ALTA PACBI

Es requisito esencial para recibir cualquier prestación PACBI, la aprobación por autoridades nacionales del tratamiento que se requiera. Se han dispuesto en el Convenio Operativo los requisitos para cada patología y/o medicamento PACBI.

Una vez que se ha reunido la documentación, se debe anexar el DNI del paciente, si es menor de edad, DNI del tutor o encargado y el último recibo de cobro de la pensión (OPP). Todo esto, se debe remitir a la U.G.P. con una nota dirigida a la Coordinación, solicitando el Alta.

Posteriormente el Área constatará que la documentación esté completa a través de una auditoria médica. De ésta evaluación pueden surgir diversas situaciones:

- Documentación completa: el área remitirá la misma a autoridades nacionales para su aprobación.

-Documentación incompleta: el área informará la situación al efector para que se cumpla en remitir la faltante.

La respuesta de autoridades nacionales puede ser diversa:

1- Autorizado: representa que se puede empezar a financiar el tratamiento, de acuerdo a la modalidad a la que pertenezca. El área informará al efector los pasos a seguir.

2- Rechazado: representa que el tratamiento no puede ser financiado, las razones pueden ser diversas, incluyendo: faltante de documentación, tratamiento no apropiado, dosis inadecuadas, etc. El área informará al efector el motivo del rechazo, y en caso que falte algún estudio o laboratorio, se puede anexar y volver a pedir autorización a Nación.

Puede solicitar los requisitos, vía mail al correo del Área.

ANEXO
COBERTURA DE PATOLOGÍAS DE ALTO COSTO Y BAJA INCIDENCIA

A. ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS

Inclusiones:

- Tratamiento farmacológico con DNASA
- Tratamiento farmacológico con Tobramicina aerosolizada para neumonías por pseudomonas aeruginosa
- Asesoría a nivel institucional en la temática referida**.**

Exclusiones:

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus intercurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

B. HEPATITIS VIRALES B/C

Se dará cobertura a medicación específica de la fisiopatología de esta enfermedad

Inclusiones:

- Tratamiento farmacológico

C. DISTROFIAS MUSCULARES

Se dará cobertura a medicación específica de la fisiopatología de esta enfermedad.

Inclusiones:

- Tratamiento farmacológico no Covencional

D. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Se dará cobertura a medicación específica de la fisiopatología de esta enfermedad, en los siguientes casos:

1. Forma Remitente Recidivante.
2. Forma Secundaria Progresiva clínicamente activa.

Inclusiones:

- Tratamiento farmacológico

Exclusiones:

- Ídem anteriores

E. HIPERTENSION PULMONAR

Se dará cobertura a medicación específica de la fisiopatología de esta enfermedad., en los siguientes casos según criterios de autorización:

1. Hipertensión pulmonar primaria
2. Hipertensión pulmonar secundaria a esclerodermia
3. Hipertensión pulmonar secundaria a shunts sistémicos-pulmonares congénitos y fisiología de Einsenmenger.
4. Esclerosis sistémica con úlceras digitales activas.

Inclusiones:

- Tratamiento farmacológico en pacientes refractarios a la medicación convencional instaurada.

Exclusiones:

- Ídem anteriores

F. HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMATOTROFINA)

Se dará cobertura en los siguientes casos:

1. Déficit de la hormona.
2. Insuficiencia Renal Crónica.
3. Síndrome de Turner.
4. Síndrome de Prader Willii
5. Panhipopituitarismo postquirúrgico por resección tumoral

Inclusiones:

- Tratamiento farmacológico

Exclusiones:

- Ídem anteriores

G. CIRUGÍAS CARDIOVASCULARES Y NEUROCIRUGÍAS

Inclusiones:

- Intervenciones incluidas en los códigos 10.04, 10.05, 11.04, 13.04 y 5.03 en el Nomenclador de Hospital Público de Gestión Descentralizada Resolución 855/00 Ministerio de Salud de la Nación.

Exclusiones:

- Ídem anteriores

H. NEUROCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA.

Inclusiones:

- Práctica modulada específica, cuando no fuere posible realizar o estuviere contraindicada la cirugía convencional.

Exclusiones:

- Ídem anteriores

I. EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE VASOS INTRACRANEANOS CON APLICACIÓN DE COILS, PARTÍCULAS O PRODUCTOS TROMBOSANTES, POR MÓDULO COMPLETO.

Inclusiones:

- Práctica modulada específica por el procedimento de Neurointervencionismo endovascular, embolización de coils, partículas o productos trombosantes, en aneurismas o malformaciones arteriovenosas del SNC cuando no fuere posible realizar o estuviere contraindicado tratamientos convencionales. Por procedimiento modulado completo, independiente del número de sesiones requeridas. El valor de referencia será establecido por la DNPM. Excedentes a cargo de la Jurisdicción.

Exclusiones:

- Ídem anteriores

J. INSTRUMENTACIÓN DE COLUMNA (ANTERIOR, POSTERIOR O AMBAS)

Se dará cobertura en los siguientes casos:

1. Escoliosis idiopática del niño o adolescente que involucre 6 o más niveles.

Inclusiones:

- Reintegro por el material de instrumentación específico de estabilización.

Exclusiones:

- Ídem anteriores

K. TRATAMIENTO AGUDO DEL GRAN QUEMADO DE MÁS DEL 10% DE LA SUPERFICIE CORPORAL.

Inclusiones:

- Práctica modulada específica primeros 30 días de internación.

Exclusiones:

- Ídem anteriores

L. CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE. (NO RESINCRONIZADOR)

Se dará cobertura en los siguientes casos:

1. Síndrome de Brugada
2. Episodios de muerte súbita por arritmia ventricular refractaria a los antiarrítmicos y fracción de eyección VI > del 20%, con EEF que demuestre inducción de arritmia ventricular sostenida con fallo de bomba.

Inclusiones:

- Provisión de cardiodesfibrilador mono y bicamerales, con electrodos epi o endocárdicos

Exclusiones:

- Ídem anteriores

M. IMPLANTE COCLEAR.

Las normas, requisitos y condiciones para acceder al reintegro de la prótesis se establecen en el Programa para el Otorgamiento de Subsidios por Implante de Prótesis Cocleares creado por la Resolución N° 1276/02 – APE.

Inclusiones:

- Reintegro del gasto correspondiente a la prótesis específica (implante coclear)

Exclusiones:

- Ídem anteriores
- Calibración y controles posteriores

N. MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES – OTRAS NUEVAS DROGAS.

Se reconocerá la provisión de los medicamentos detallados a continuación según protocolos de indicación y pautas de seguimiento y control detalladas en la Normativa de Reintegro.

Inclusiones:

- Etanercept
- Infliximab
- Imatinib
- Rituximab
- Abatacept
- Adalimumab
- Bevacizumab
- Cetuximab
- Dasatinib
- Erlotinib

- Sorafenib
- Sunitinib
- Trastuzumab
- Temsirolimus
- Gefitinib
- Lapatinib
- Nilotinib
- Eculizumab
- Tocilizumab
- Tofacitinib
- Certolizumab
- Everolimus (indicación oncológica)
- Bortezomib
- Cisteamina (tratamiento de la cistinosis)
- Acetato de icatibant
- Regorafenib
- Ixabepilona
- Axitinib
- Pirfenidona
- Belimumab
- Ustekinimab
- Nitisinona
- Brentuximab
- Lenalidomida
- Azacitidina
- Alemtuzumab
- Pegvisomant
- Ofatumumab
- Ipilimumab
- Pazopanib
- Carfilzomib
- Temozolamida
- Clofarabina
- Palbociclib
- Ruxolitinib

Nota:

Las indicaciones de cada droga autorizada, se actualizará automáticamente acorde a las Disposiciones de la ANMAT.

O. BOMBA DE BACLOFENO

Se reconocerá a afiliados con certificado de discapacidad en los casos en que la espasticidad:

- interfiere sobre la funcionalidad imposibilitando llevar a cabo las actividades de la vida diaria o desarrollar actividades laborales o
- provoca dolor intratable o
- interfiere con el sueño
- Con antecedente de falta de respuesta a tratamientos alternativos

Inclusiones:

- Reintegro del gasto correspondiente a la bomba de baclofeno

Exclusiones:

- Ídem anteriores
- Gastos por implante de la bomba

P. SILLAS DE RUEDAS ESPECIALES

Se reconocerá a afiliados con certificado de discapacidad aquellas sillas de ruedas que presenten las siguientes características presentando las justificaciones por el profesional especialista interviniente, quien además informará las alternativas existentes.

Inclusiones:

Sillas tipo B

- Modelos conformados o a medida o sistemas posturales
- Cuadro fijo
- Sistema de reclinación TILT o sistema CGB (Centro de Gravedad Balanceado)
- Apoya cabezas con soporte de movimiento universal
- Ultralivianos aluminios con aleaciones de titanio u otros
- Eje de ruedas traseras con desacople rápido (quick release)
- Plegado frontal
- Apoya pies con pedana única
- Protectores laterales

Sillas de rueda motorizadas

Acorde a prescripción médica, prestación modulada.

Q. ENFERMEDADES DE DEPÓSITO POR DEFICITS ENZIMÁTICOS

Se dará cobertura de reemplazo enzimático a **beneficiarios con certificado de discapacidad** en los siguientes casos:

- **MUCOPOLISACARIDOSIS I**

  Terapia de reemplazo enzimático.

- **MUCOPOLISACARIDOSIS II**

  Terapia de reemplazo enzimático.

- **MUCOPOLISACARIDOSIS IV**

  Terapia de reemplazo enzimático

- **MUCOPOLISACARIDOSIS Tipo VI**

  Terapia de reemplazo enzimático.

- **ENFERMEDAD DE POMPE**

  Terapia de reemplazo enzimático.

- **ENFERMEDAD DE GAUCHER**

  Terapia de reemplazo enzimático.

- **ENFERMEDAD DE FABRY**

  Terapia de reemplazo enzimático.

R. NEUROESTIMULADOR VAGAL IMPLANTABLE

Inclusiones

- Epilepsia refractaria a tratamiento farmacológico y no plausible de tratamiento quirúrgico resectivo.
- Recarga o cambio de batería.

Exclusiones

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus intercurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

S. PROCEDIMIENTOS NEUROQUIRÚRGICAS PARA TRATAMIENTO DE DOLOR CRÓNICO REFRACTARIO A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES

Inclusiones

- Colocación de sistema totalmente implantable para la infusión intratecal de fármacos

- Lesión/ colocación de electrodos cerebrales profundos mediante técnica estereotáctica y microregistro intraoperatorio e implante de generador.

Exclusiones

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus intercurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

T. PROCEDIMIENTOS NEUROQUIRÚRGICOS PARA TRATAMIENTO DE MOVIMIENTOS ANORMALES Y ESPASTICIDAD RESISTENTES A TRATAMIENTO MÉDICOS

Inclusiones

- Colocación de sistema totalmente implantable para la infusión intratecal de fármacos.
- Lesión/ colocación de electrodos cerebrales profundos mediante técnica estereotáctica y microregistro intraoperatorio e implante de generador.

Exclusiones

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus intercurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

U. ENDOPROTESIS AORTICA IMPLANTABLE

Inclusiones

- Colocación de endoprótesis aórtica en situaciones de contraindicación de cirugía cardiovascular convencional.

Exclusiones

- Traslado de pacientes y familiares.
- Alojamiento, pensión y todo gasto derivado de la permanencia en las cercanías del centro de atención, de pacientes y familiares.
- Diagnóstico de la enfermedad de base y sus intercurrencias.
- Cualquier medida terapéutica fuera de la específicamente incluida.

V. TERAPIA RADIANTE. Según Resolución Ministerial 1860-16/10/2015

W. HEMOFILIA

Tratamiento farmacológico.