Estimados, Sres. Directores y Administradores de

Hospitales Públicos de la red sanitaria Provincial E. RIOS:

S / D:

 Por el presente se informa que la Dirección Nacional de Prestaciones Médica (DNPM), Incluir Salud Central, ha resuelto implementar una nueva modalidad de cobertura para los beneficiarios que padecen Hemofilia y que actualmente se encuentran en tratamiento profiláctico con Factor VIII; es decir, para aquellos pacientes que se encuentren dados de ALTA EN PACBI.-

 Concretamente, el Ministerio de Salud de la Nación ha realizado una compra centralizada de Factores VIII, los cuales según informaron ya se encuentran a disposición para su distribución en todo el país. Esto incluye a todos los beneficiarios del Programa Incluir Salud y por lo tanto estamos obligados a adecuarnos a la nueva modalidad de cobertura.-

 Cabe destacar, que el procedimiento mencionado solo se exigirá para la provisión mensual de los tratamientos de FACTORES VIII DE PROFILAXIS. Por lo tanto, para indicaciones de tratamientos extra por internación, traumatismo o tratamientos de Factores IX se deberá remitir la solicitud médica con resumen de HC a la UGP y desde aquí se brindaran las instrucciones respecto del trámite administrativo a seguir para su financiamiento.-

 Se advierte que el procedimiento vigente para dar de alta a pacientes en PACBI se mantendrá sin modificaciones, por lo cual aquellos efectores que pretendan dar de alta un paciente nuevo en éste sistema deberán remitir a la UGP la documentación que se encuentra protocolizada en el REGLAMENTO OPERATIVO para su autorización por la DNPM. Cumplido dicho trámite, el paciente ingresa al sistema de financiamiento por PACBI.-

 El procedimiento para la distribución es el siguiente (ver CURSOGRAMA):

 **1.-** Desde la UGP se remitirá vía correo electrónico el **"FORMULARIO PARA PRESCRIPCIÓN DE FACTORES ANTIHEMOFILICOS"**, el cual debe ser completado por el médico especialista prescriptor con letra legible.-

 OBSERVACIONES: Se advierte que el formulario debe estar completo en todos sus campos, con letra legible, sin tachaduras ni enmiendas; además debe ser legible el sello del médico especialista prescriptor.-

 **2.-** Una vez que el formulario se encuentre completo, éste se debe enviar a la UGP vía correo electrónico (pacbi.incluirsalud@gmail.com) a los fines de su correspondiente auditoria medica por el Área PACBI, la cual se remitirá a Nación para su conformidad.-

 Posteriormente, el Organismo Nacional expedirá a la UGP, a través del sistema informático e-gov, su autorización con un **CODIGO DE ENTREGA.**-

 OBSERVACIONES: Se advierte que el formulario debe estar escaneado con buena calidad de imagen a los fines de ser totalmente legibles.-

 **3.-** El correspondiente código de entrega se informará al personal del Hospital de referencia donde habitualmente se atiende al beneficiario, para que este lo consigne en el formulario original. Quedando así COMPLETO para la dispensa de los factores.-

 OBSERVACIONES: El formulario ORIGINAL consignado quedará bajo resguardo y responsabilidad del Hospital público de referencia.-

 **4.-** El formulario ORIGINAL consignado con el código de entrega debe ser remitido al Servicio de Farmacia del Hospital, donde quedará a la espera de que el beneficiario se apersone en el mismo a retirar los factores.-

 **5.-** El beneficiario y/o responsable debe acercarse al Servicio de Farmacia con su DNI a los fines de retirar los factores correspondientes al tratamiento mensual. El personal del Servicio de Farmacia le dispensará los mismos y le hará firmar el formulario acreditando la conformidad y la entrega.-

 **6.-** El Servicio de Farmacia debe entregarle el formulario ORIGINAL firmado con la conformidad del paciente, al proveedor que entregó los factores a modo de cerrar el circuito.

 OBSERVACIONES: A los fines de dejar constancia el Servicio de Farmacia debe resguardar una copia del formulario firmado junto con la correspondiente certificación de que se entrega la documentación original al proveedor. A tales fines se adjunta modelo de Acta de Certificación a labrar por el Servicio. Cumplido se deberá remitir copia vía correo electrónico a la UGP a los fines de armar los legajos individuales de cada entrega mensual. Resguardando la certificación original en el Servicio.-

* ACTA DE CERTIFICACION DE DOCUMENTACION ORIGINAL

Paraná, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_de 2018.-

 Por medio de la firma del presente documento, el Sr/a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con D.N.I. Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CERTIFICA que en este acto se procede a realizar la entrega mediante el Servicio de Farmacia del Hospital "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" de la localidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; de la documentación original que se pasa a detallar a continuación, debidamente conformada por el beneficiario y/o responsable a cargo, comprometiéndose la firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con domicilio en calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; de la localidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a efectuar el procedimiento administrativo correspondiente ante la Dirección Nacional de Prestaciones Medicas del Programa Incluir Salud, eximiendo de responsabilidad al efector y la UGP de Entre Ríos, en el caso de extravíos, demora y/o cualquier otro inconveniente en dicho procedimiento ante el Organismo Nacional.-

En este acto RECIBE la siguiente documentación:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fdo:

Recibí y conforme con el contenido del