

VISTO, el expediente N° 2914 - 5863./10 iniciado por la DIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES caratulado: "ELEVA PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA EN FERTILIZACION ASISTIDA PARA AFILIADOS DE IOMA", y

CONSIDERANDO:

Que la Dirección General de Prestaciones elevó una propuesta de implementación de la metodología de ingreso de afiliados de esta Obra Social a las prestaciones de Fertilización Asistida en las distintas Instituciones habilitadas para tal fin;

Que en el marco propuesto la referida Dirección General entiende resultaría conveniente su puesta en vigencia a partir del día 03 de enero de 2011;

Que la misma Área proyectó los Anexos (compuestos por tres capítulos) en el marco de la referida propuesta, en los que se contemplan las normas operativas, los criterios de inclusión para los afiliados, las modalidades prestacionales contempladas, y los requisitos a cumplir por los Centros que brinden la prestación;

Que la presente propuesta encuentra sustento en lo normado por la Ley N° 14208 de la Provincia de Buenos Aires y su Decreto Reglamentario N° 2980 que reconoce a la Infertilidad Humana como una enfermedad y obliga al IOMA a incorporar dentro de sus prestaciones, la cobertura médico integral en Fertilización Asistida para sus afiliados;

Que la Dirección General de Administración no formuló objeción alguna al respecto;

Que la Dirección de Relaciones Jurídicas consideró que no encontraba objeciones u observaciones que formular desde el punto de vista de su competencia para que el Honorable Directorio analizara las presentes actuaciones y dispusiera la implementación de la cobertura de Fertilización Asistida para afiliados del IOMA.

Que el Honorable Directorio del Instituto, EN PLENO, en su reunión del día 29 de diciembre de 2010, según consta en Acta N° 52 RESOLVIÓ la implementación de la cobertura de Fertilización Asistida, aprobándose al mismo tiempo el dictado de un acto administrativo con los alcances consignados en el proyecto elaborado por la Dirección General de Prestaciones, delegando en el Director de Auditoría y Fiscalización Médica de Establecimientos Asistenciales la facultad de autorizar o denegar en forma fundada dichas prácticas;

Por ello,

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

RESUELVE

ARTICULO 1º: Aprobar la cobertura de Fertilización Asistida por parte del IOMA en virtud de los considerandos que anteceden.

ARTICULO 2º: Aprobar las modalidades de implementación de la cobertura de Fertilización Asistida, así como los alcances, criterios de inclusión y requisitos para los afiliados aspirantes a la prestación, tal como lucen en el Anexo 1 de la presente.

ARTICULO 3º: Aprobar los requisitos que deberán cumplimentar las Instituciones para adherirse a la red de Prestadores de Fertilización Asistida de IOMA, consignados en el Anexo 2 Inc. A y que forma parte integrante de la presente.

ARTICULO 4º: Reconocer las inclusiones y exclusiones de los módulos y prácticas consignados en el Anexo 2 Inc. B y que forma parte de la presente, de conformidad con los considerandos citados anteriormente.

ARTICULO 6º: Aprobar las Normas de facturación para los establecimientos que brindan la prestación reconocidas en el Anexo 3, y que forma parte integrante de la presente.

ARTICULO 7º: Delegar en el Director de la Dirección de Auditoría y Fiscalización Medica de Establecimientos Asistenciales, la facultad de autorizar o denegar en forma fundada dichas prácticas, conforme los considerandos de la presente.

ARTICULO 8º: Regístrese. Comuníquese a la Dirección General de Prestaciones, Dirección General de Regionalización y por su intermedio a las Direcciones Regionales y Delegaciones del Instituto, Dirección de Auditoría y Fiscalización Medica de Establecimientos Asistenciales, Comisión de Prestaciones del Honorable Directorio, y Mesa General de Entradas, Salida y Archivo. Publíquese. Tomen conocimiento las demás Direcciones del Instituto que tuvieron injerencia en el presente. Cumplido, archívese.-

RESOLUCION N°

COBERTURA DE FERTILIZACION ASISTIDA PARA AFILIADOS DEL IOMA

ANEXO 1. ALCANCES Y REQUISITOS

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

ANEXO 2. PRESTADORES

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

ANEXO 3. NORMAS DE FACTURACION

ANEXO 1. ALCANCES Y REQUISITOS

1. A. DESCRIPCION

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

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

- **Procedimientos de baja complejidad:**

- a) Inseminación Artificial**

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

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

- **Procedimientos de alta complejidad:**

- a) Fertilización In Vitro. (FIV)**

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

- ✓ Estimulación ovárica
- ✓ Preparación del semen.
- ✓ Aspiración folicular por punción bajo control ecográfico.
- ✓ Cultivo de los ovocitos.

- ✓ Procedimiento de fertilización colocando los ovocitos junto a los espermatozoides seleccionados (FIV)
- ✓ Control de la fertilización y crecimiento embrionario.
- ✓ Transferencia embrionaria bajo control ecográfico.

b) Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides. (ICSI)

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

1.B CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LOS AFILIADOS.

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

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

- a) Serán beneficiarios de la cobertura las parejas en las cuales la edad de la mujer este entre los 30 y los 40 años inclusive.
- b) Los afiliados aspirantes a la cobertura deberán arribar al Centro de Fertilización con el diagnóstico de la causa de infertilidad.
- c) Se priorizará la cobertura a las parejas que no tengan hijos previos en común.
- d) Ambos miembros de la pareja deben estar vivos.
- e) Tanto las parejas constituidas en matrimonio como las parejas de convivientes, deberán demostrar dicha unión por un período mínimo de 1 (un) año.

- f) En el caso de las parejas donde solo un integrante de la misma es afiliado al IOMA, se cubrirán las prácticas diagnósticas y terapéuticas de Fertilización Asistida solo al afiliado a esta Obra Social.
- g) Los afiliados voluntarios, podrán acceder a la cobertura de Fertilización Asistida a partir de los 2 (dos) años de su ingreso a la Obra Social.
- h) Dado que la Infertilidad Humana es considerada por la OMS y por la Provincia de Buenos Aires como una enfermedad, este IOMA reconoce la misma como preexistencia y no incorporará como afiliados voluntarios a los pacientes que al momento de solicitar la afiliación, presenten dicho diagnóstico.
- i) Solo se cubrirán los tratamientos realizados en los Centros acreditados por este IOMA dentro del Registro de Prestadores de Fertilización Asistida, y a los valores que resuelva el Directorio del Instituto.
- j) En el caso de efectores públicos, el IOMA cubrirá el tratamiento solo en aquellos Centros designados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

1.C EXCLUSIONES

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

- a) Enfermedad crónica de la mujer que pueda agravarse con el embarazo.
- b) Enfermedad de transmisión vertical en etapa aguda o activa de alguno de los integrantes de la pareja.
- c) Solicitudes de donación de gametas (óvulos o espermatozoides) o de embriones.
- d) Inseminación con semen heterólogo, entendiéndose por semen heterólogo a aquel proveniente de un hombre que no sea el integrante de la pareja.
- e) Criopreservación de embriones.
- f) Utilización de útero de otra persona.
- g) Cobertura de PGD (Diagnostico Genético Preimplantatorio)
- h) Selección embrionaria.

- i) El IOMA no otorgará cobertura a aquellos afiliados que habiéndosele autorizado prácticas de Fertilización Asistida con anterioridad, hayan completado los topes prestacionales contemplados por la presente normativa.
- j) No se reconocerá ningún tratamiento por la vía del reintegro. La cobertura en Fertilización Asistida exige la evaluación previa y su autorización por parte de la auditoría médica especializada de IOMA. Tampoco se efectuarán reintegros ni reconocimiento alguno por tratamientos realizados en establecimientos o consultorios fuera de los efectores acreditados por la Obra Social.

1.D DOCUMENTACIÓN NECESARIA

A) Documentación filiatoria que aportará el afiliado.

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

B) Documentación Médica que deberá adjuntar el Centro

1. Indicación médica del Módulo de IOMA de Alta o de Baja complejidad y el protocolo de medicación elegido para la paciente.
2. Estudios complementarios que demuestren el diagnóstico previo de Infertilidad y su causa anatómica o fisiológica tales como: Dosajes hormonales, Histerosalpingografía, y Espermograma.

3. El afiliado deberá concurrir al Centro con la historia clínica del médico de cabecera (no especialista en Medicina Reproductiva) que acredite presencia o ausencia de enfermedades agudas o crónicas previas y el tratamiento recibido de las mismas. Dicha historia clínica la adjuntará el establecimiento a la solicitud de la prestación.

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

Por medio de la presente declaro:

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

SI	NO

- Poseo hijos con mi actual o con anteriores parejas.

SI	NO

CANTIDAD

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

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MUJER:

.....

DNI:

.....

.....

FIRMA

APELLIDO Y NOMBRE DEL HOMBRE:

.....

DNI:

.....

.....

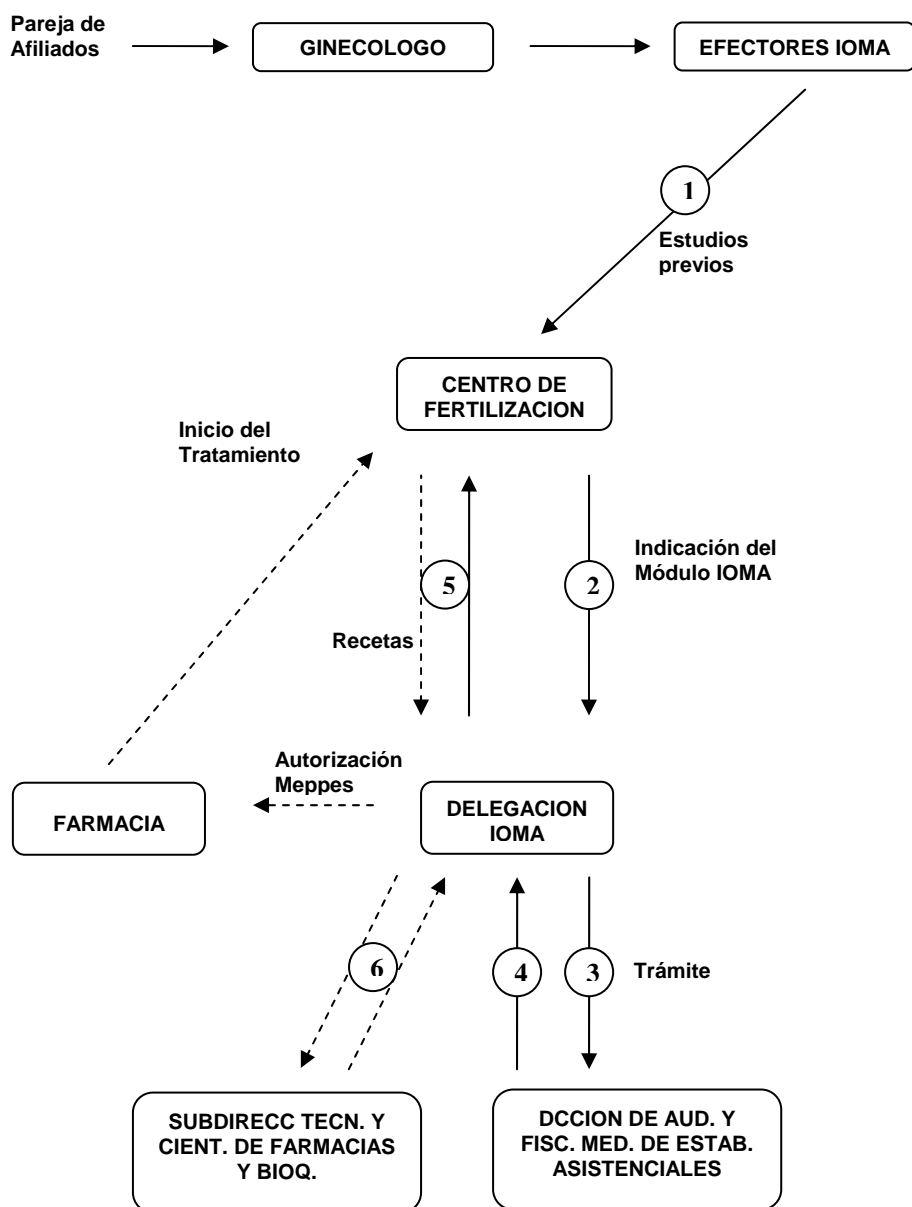
FIRMA

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

1.F CIRCUITOS ADMINISTRATIVOS

1. El **Afiliado** con los estudios básicos de infertilidad indicados por su ginecólogo y realizados en los efectores de la red de IOMA, concurrirá al centro Prestador.
2. El **Centro Prestador** analizará la documentación y extenderá la indicación del módulo de Fertilización Asistida que considere necesario. Con éstos el Afiliado concurrirá a la Delegación de IOMA.
3. La **Delegación de IOMA** recibirá la documentación personal mas la documentación médica extendida por el Centro y enunciadas en el Inciso anterior, efectuará el control de esa documentación, y de estar completa, tomará el trámite y lo elevará a IOMA Sede Central, Dirección de Auditoría Médica de Establecimientos Asistenciales.
4. La **Auditoria Central** de IOMA evaluará la documentación médica, analizará la solicitud y autorizará, denegará o solicitará, de ser necesario, alguna información adicional al Centro. En aquellos casos de excepción en que la auditoría requiera una segunda opinión ya sea por aspectos médicos o jurídicos de una solicitud, la misma será elevada a consideración del Honorable Directorio de IOMA.
5. El **Afiliado** retirará de la Delegación la autorización de la práctica y concurrirá con la misma al Centro, el cual extenderá al afiliado las recetas correspondientes al módulo autorizado por IOMA. El afiliado con las recetas concurrirá a la Delegación para solicitar la medicación por Sistema Meppes.
6. La Subdirección de Farmacias autorizara por Sistema Meppes el protocolo correspondiente, y comunicara la autorización a la Delegación, para que el afiliado concurra a la Farmacia a encargar el producto.

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



(- - - - - Medicación)

ANEXO 2: PRESTADORES

2. A REQUISITOS

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

- Inscripción como generador de residuos patogénicos y contrato con el servicio de recolección de los mismos.
- Certificado de habilitación emitido por Bomberos o certificado expedido por profesional ingeniero en seguridad e higiene matriculado.

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

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

- El registro de pacientes, patologías, estadísticas de interurrencias y complicaciones y requerimientos de derivaciones e interconsultas.
- Confección de historia clínica única de cada paciente con descripción detallada del mismo y evolución de los profesionales actuantes.

2. B MÓDULOS PRESTACIONALES

➤ **Baja complejidad:**

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

➤ **Alta complejidad:**

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

BAJA COMPLEJIDAD

MODULO 1. INSEMINACION ARTIFICIAL INTRAUTERINA

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

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

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

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

Etapas del Módulo:

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

Inclusiones:

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

MODULO 1	
Honorarios médicos	\$ 1.000,00
Gastos en prácticas	\$ 532,84
Valor total del Módulo	\$ 1.532,84

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

ALTA COMPLEJIDAD

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

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

MODULO 2. FERTILIZACION ASISTIDA (FIV ó ICSI)

Etapas del Módulo:

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

Inclusiones

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

➤ Control de la fertilización y crecimiento embrionario

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

MODULO 2	A	B	C	D
Honorarios médicos	\$ 3.000,00	\$ 3.000,00	\$ 3.000,00	\$ 3.000,00
Gasto en prácticas	\$ 8.447,55	\$ 8.337,85	\$ 9.338,54	\$9.072,23
Valor total del Módulo	\$ 11.447,55	\$ 11.337,85	\$ 12.338,54	\$12.072,23

Al valor del Módulo de Fertilización Asistida que se utilice, se le restará en la facturación \$376,38 en concepto de Medicación de Fase Lútea.

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

MANEJO DE LA FASE LÚTEA					
NOMBRE COMERCIAL	CANT	PRESENTACION		DROGA	LABORATORIO
Utrogestran	6	Cajas	100 mg caps x 30	Progesterona	Ferring
200 mg /día durante 3 meses, se interrumpe si el dosaje del día 15 posterior a la transferencia da resultado negativo					

EXCLUSIONES DE LOS MODULOS

1. Medicación para estimulación ovárica.

2. Pruebas básicas para el diagnostico de infertilidad

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

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

3. Prácticas de diagnostico específico

Estas pruebas están destinadas a aquellas parejas que, con las pruebas básicas con las que concurre el Afiliado al Centro, no puede establecerse el diagnóstico de la causa de infertilidad o bien el Centro requiere una mayor precisión en el mismo. De ser necesaria alguna de estas pruebas, las mismas se realizarán en el Centro de Fertilización Asistida y serán facturadas luego de manera individual según la siguiente tabla de valores.

Espermograma específico	\$ 390,00
Espermocultivo	\$ 75,00
Test de Kruger	\$ 55,00
Anticuerpos anti espermatozoides	\$ 120,00
ECO ginecológica con conteo de folículos antrales	\$ 143,00

4. Laparoscopia o histeroscopia:

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

5. Procedimientos de obtención de muestra de semen

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

6. Primera consulta ginecológica

En el caso de aquellas pacientes que concurran al Centro sin el diagnóstico previo de Infertilidad, el Centro podrá efectuar esa primera consulta ginecológica y facturarla según valores de consulta IOMA, Cat. C, \$ 68,71 (sesenta y ocho pesos con setenta y un centavos)

CANCELACIONES DEL TRATAMIENTO

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

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

NORMAS DE FACTURACION**I) NORMAS**

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

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

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

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

Acompañando a cada factura, el Prestador deberá enviar:

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

II) PLAZOS Y CIRCUITOS DE FACTURACION

- La documentación será presentada del 1 al 10 de cada mes, y a mes vencido de la prestación brindada, en Mesa General de Entradas y Archivo del IOMA considerándose en caso de feriado el último día hábil anterior a la finalización de dicho plazo, debiendo facturar mes calendario en cada prestación.

- El IOMA abonará las prácticas de Fertilización Asistida brindadas por el Prestador a sus Afiliados en un plazo de 30 días, contados a partir de la fecha de presentación de la facturación, siempre que la misma cumplimente las normas consignadas en este Anexo.
- La presentación de la facturación con posterioridad a los plazos establecidos será considerada como ingresada el día primero del mes inmediato subsiguiente.
- Toda facturación de facturación que no cumpla con los requisitos enunciados será devuelta a los efectos de cumplimentar con la totalidad de los mismo.

III) REFACTURACIONES

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