

RESOLUCION DE CONSEJO DIRECTIVO N° 3435

VISTO:

La necesidad de reglamentar el Fondo Solidario de Acción Social del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Buenos Aires, y

CONSIDERANDO:

El proyecto de *Reglamento del Fondo Solidario de Salud*, elaborado al efecto,
Que oportunamente fue analizado por la Mesa Directiva del Consejo Profesional de Ciencias Económicas
Que con posterioridad fue circulado a los señores Consejeros para su análisis y consideración.
Que con fecha 16 de septiembre de 2011 el Consejo Directivo del Consejo Profesional de Ciencias Económicas analizó el proyecto definitivo mereciendo su aprobación.
Que es necesario dictar la resolución que así lo acredite.
Por ello, el

**CONSEJO DIRECTIVO
RESUELVE**

ARTICULO 1°: Aprobar el *Reglamento del Fondo Solidario de Salud* y sus Anexos respectivos, que forma parte integrante de la presente.

ARTICULO 2°: El presente reglamento entrará en vigencia el 1° de octubre de 2011.

ARTICULO 3°: Comuníquese, regístrese, publíquese y archívese.

Acta C.D. N° 853 -16-09-2011

Dr. Eduardo D. LOGUZZO
Contador Público
Secretario de Acción Social

Dr. Alfredo D. AVELLANEDA
Contador Público
Presidente

RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 3435

ANEXO I TRANSPLANTES E IMPLANTES

ARTÍCULO 1º: El Fondo de Salud dará cobertura, con autorización previa de su Auditoría Médica a los costos de ablación, implante, medicamentos y exámenes complementarios pre y postoperatorios de acuerdo a lo que establecen las normas de procedimiento administrativo en vigencia. La cobertura oficiará con carácter de subsidio y en forma complementaria a la Obra Social o Sistema de Salud Primario del Beneficiario, hasta un monto fijo en lo que respecta a la intervención quirúrgica y análisis complementarios previos. Los medicamentos y exámenes complementarios y postoperatorios, serán abonados con prescripción del médico tratante, debiendo rendir los correspondientes comprobantes.

ARTÍCULO 2º: La cobertura referida en el artículo anterior comprende:

Trasplantes de:

CORAZON, RIÑON, HIGADO, MEDULA, CORNEA, CARDIOPULMONAR, PANCREAS, RENO-PANCREATICO, INTESTINO Y HUESOS.

Implantes:

COCLEARES Y DE PIÉL AUTÓLOGA CON TÉCNICAS DE CULTIVO IN VITRO.

ARTÍCULO 3º: A los efectos del presente anexo se considera:

- a) ABLACION: Extracción del órgano de un donante cadavérico o vivo.
- b) IMPLANTE: Transplante de una parte de un tejido u órgano tomado de otra parte o de otro individuo.-
- c) BIOPSIAS PRE-OPERATORIAS: Estudios anatómo-patológicos para la determinación de compatibilidad entre el donante y el receptor.
- d) BIOPSIAS POST-OPEPATORIAS: Estudios anatomopatológicos para prevenir el rechazo del órgano injertado.
- e) MEDICAMENTOS PERMANENTES: Medicación inmunosupresora en forma continuada durante la sobrevivencia del paciente.

ARTÍCULO 4º: Para los casos no previstos en el presente anexo se aplicarán subsidiariamente las normas establecidas en los reglamentos del Fondo Solidario y del Funcionamiento del Departamento de Servicios Sociales del CPCEPBA.

Acta C.D. N° 853 -16-09-2011

REQUISITOS

Para realizar una solicitud de cobertura, deberá presentarse la siguiente documentación:

1. Por parte del Consejo:

1.1 Nota indicando:

- Solicitud de cobertura, que incluya la prestación solicitada.
- Detalle de la documentación que se remite
- Detalle de gastos y monto a reintegrar.
- A quien corresponde realizar el reintegro. (cheque a nombre del CPCE o del beneficiario).

1.2 Certificación del CPCE, donde conste el número de matrícula del profesional o beneficiario

1.3 En caso de poseer Sistema Médico, especificar la cobertura de dicha patología.

2. Por parte del matriculado o beneficiario:

2.1- Nota indicando:

- Tipo de cobertura solicitada.
- Detalle de los gastos a reintegrar.
- Si posee Obra Social ó no. En caso afirmativo, qué tipo de cobertura le otorga, su respectiva constancia, y Cesión de Derechos.

2.2 Fotocopia del DNI, autenticada por el CPCE.

2.3 Recibos/facturas/comprobantes/ticket u otros, en originales al tratarse de un reintegro del 100 %. Si se trata de reintegros complementarios, fotocopia autenticada por la O. Social o el CPCE.

2.4. Si se trata de cobertura por:

- **Medicación por Transplantes:**
 - Presentar Informe médico trimestral que contenga los datos del formulario que se adjunta.
 - Acompañado por receta, troqueles, facturas, en originales.
- **Cobertura de Medicamentos al 100 %:**
 - Presentar receta original, factura original de farmacia, con troqueles.
- **Cobertura Medicamentos complementaria:**
 - Presentar fotocopias autenticadas, por la Obra Social o CPCE, de recetas y facturas de farmacia con troqueles.

En caso de solicitar cobertura para alguno del grupo familiar:

Del cónyuge o conviviente: fotocopia autenticada del DNI, libreta de familia o documentación probatoria de vínculo.

- De hijo: fotocopia autenticada del DNI y la partida de nacimiento.
- A estos efectos se considera grupo familiar primario al cónyuge y los hijos, hijas, hijastros e hijastras solteros de hasta 25 años de edad.
- Hijos discapacitados de acuerdo a lo dispuesto en la ley 22431, sus modificatorias y complementarias.

Reintegros:

- **Matriculados o familiares fallecidos:**
 - Fotocopia de la partida de defunción autenticada por autoridad del CPCE.
 - Acreditarse el matrimonio y/o vínculo aparente, y los hijos del matrimonio, con fotocopia de la libreta de casamiento, salvo que el CPCE tenga un dato adverso.
 - Los únicos herederos y que se obliga como fiador por cualquier reclamación de terceros, estimándose que sea preferentemente un matriculado.
 - Que perciban todos firmando un único recibo.
- En todos los casos, la documentación recibida en fotocopias debe ser enviada debidamente autenticada.

De la auditoria medica:

- **Toda práctica o cirugía deberá contar con:**
 - Historia clínica.
 - Diagnóstico que incluya el procedimiento y los resultados obtenidos.
 - Estudios y resultados, presentados en original o copias autenticadas por el CPCE.
- **En caso de habersele realizado la prestación:**
 - Acompañar el parte quirúrgico.

Acta C.D. N° 853 -16-09-2011

Informe médico trimestral

Paciente:.....**Edad:**.....años

Lugar y Fecha:.....

Fecha de transplante:.....

Tipo de transplante:.....

Diagnóstico pre-transplante:.....

Donante: Cadavérico..... Vivo relacionado..... Vivo no relacionado.....

HLA del Donante:

HLA del Receptor:

Peso en Kg:

Cyclosporina A:

Dosis diaria total:.....mg Posología:

Valor de los tres últimos dosajes de Cyclosporina A en sangre entera y/o plasma y el método utilizado para la realización del mismo, con fecha de realización de los mismos.

	Fecha	Valor	Método	Monoclonal	Pioloconal	Sangre Entera	Plasma
1							
2							
3							

Valor de los tres últimos dosajes de uremia y creatininemia, con fecha de realización de los mismos.

	Fecha	Uremia	Creatininemia
1			
2			
3			

Informe de los tres últimos hepatogramas, con fecha de realización de los mismos (Sólo para transplantes hepáticos)

	Fecha	BiT	BiD	TGO	TGP	FA	
1							
2							
3							

RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 3435

ANEXO II PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS ANTICUERPOS MONOCLONALES

ARTÍCULO 1º: El Fondo Solidario proveerá y/o dará cobertura, con autorización previa de su auditoría médica, hasta el 50% de los valores de las drogas conocidas como anticuerpos monoclonales para uso en oncología, en forma complementaria a la Obra Social, Sistema de Salud o similar que posea el afiliado o su grupo familiar.

ARTÍCULO 2º: El Departamento de Servicios Sociales del CPCEPBA, a través de la/s Droguería/s proveedoras, entregará la medicación oncológica en el lugar indicado por el CPCE correspondiente sea éste, la delegación ó el domicilio del beneficiario, según el procedimiento siguiente:

I- Documentación a presentar:

1. Formulario de solicitud de medicamentos y receta expedida por el Médico tratante.
2. Certificado del CPCE solicitante donde aclare:
 - a. Que el matriculado solicitante se encuentra apto para gozar de la cobertura.
 - b. Que el solicitante se hará cargo del 50 % del valor no cubierto por el Fondo de Salud, al momento de recibir el medicamento o cuando recepcione la correspondiente factura.
 - c. Lugar y fecha de entrega.
3. La Droguería entregará el medicamento en el lugar indicado junto con el Remito Valorizado. Una vez entregado deberá enviar dicho remito debidamente firmado por el beneficiario al CPCEPBA, quien procederá a abonar el importe a su cargo.-
4. Nota del profesional dirigida al Consejo, solicitando la cobertura prevista para el Fondo Solidario
5. Informe médico, resumen de historia clínica, expedido por el Médico tratante y antecedentes generales relativos al tratamiento.
6. D.N.I. (1º y 2º hoja) Fotocopia del Acta de matrimonio o libreta de familia,. (En caso de referirse a un integrante del grupo familiar) y/o declaración testimonial de vínculo de familia, en caso de convivientes.

ARTÍCULO 3º: En los casos que los matriculados posean algún sistema de salud, y los medicamentos oncológicos tengan un porcentaje de cobertura, el Departamento de Servicios Sociales del CPCEPBA abonará hasta el 50% de lo efectivamente pagado por el beneficiario, no pudiendo exceder el 50% del valor fijado en el Vademécum Farmacéutico, atendiéndose el procedimiento siguiente:.

Todo beneficiario que requiera por primera vez la cobertura deberá cumplimentar los siguientes requisitos:

- 1- Nota del profesional dirigida al Consejo solicitando la cobertura prevista para el Fondo Solidario.

- 2- Certificado del Consejo, indicando que se encuentra matriculado y que tiene derecho a gozar de la cobertura.
- 3- Informe médico, resumen de historia clínica, formulario de solicitud de medicamentos oncológicos y receta expedidos por el Médico tratante y antecedentes generales relativos al tratamiento.
- 4- D.N.I. 1º y 2º hoja, Fotocopia del Acta de matrimonio o libreta de familia, (en caso de referirse a un integrante del grupo familiar).
- 5- Certificado de las características de la cobertura emanada de la obra social o entidad similar y Cesión de Derechos
- 6- Facturas, recibos y/o tickets originales de lo solicitado y/o copias autenticadas por el CPCE con el troquel original correspondiente.

Para suministros posteriores:

- 1 - Informe del médico, formulario de solicitud de medicamentos y receta expedida por el Médico tratante,
- 2 - Certificado del Consejo donde especifique la habilitación del matriculado para gozar de esta prestación.
- 3 - Facturas, recibos y/o tickets originales de lo solicitado y/o copias autenticadas por el CPCE
4. Certificado de las características de la cobertura emanada de la obra social o entidad similar y Cesión de Derechos

ARTÍCULO 4º: En el caso de los matriculados que no poseen ningún tipo de cobertura médica, la SSS del CPCEPBA, se hará cargo del 50% de lo efectivamente abonado por el matriculado, no pudiendo exceder el valor fijado en el Vademécum farmacéutico.

Lo expuesto será aplicado exclusivamente cuando medie imposibilidad de proveer los medicamentos a través del Departamento de Servicios Sociales del CPCEPBA, lo cual deberá justificarse. (ej. Urgencia, imposibilidad de devolver la medicación a un internado etc.).

ARTÍCULO 5º: Asimismo, se dará cobertura a través de la utilización de la droga Bevacizumab (Avastin) para el tratamiento de la maculopatía, que incluirá:

1. Inyección intravitrea de Avastín
2. Droga Avastín
3. Estudios previos y posteriores al tratamiento con OCT (optic coherent tomography) y/ RFG

El monto total será de pesos dos mil (\$ 2.000) por ojo y hasta un máximo de dos aplicaciones

ARTICULO 6º: La cobertura a que se refiere el artículo 1º comprende los siguientes medicamentos, con los precios fijados en el vademécum farmacéutico:

VADEMÉCUM DE DROGAS

- Otros agentes antineoplásicos
 - Anticuerpos monoclonales

1. Rituximab
2. Trastuxumab
3. Alemtuxumab
4. Bevacizumab
5. Panitumumab
6. Sunitinib
7. Sorafenib
8. Everolimus
9. Temsirolimus

El mencionado Vademécum podrá ser modificado mediando informe favorable del Auditor Médico.

ARTÍCULO 7º: Para los casos no previstos en el presente Anexo se aplicarán subsidiariamente las normas establecidas en los Reglamentos del Fondo Solidario y de Funcionamiento del Departamento de Servicios Sociales del CPCEPBA

Acta C.D. N° 853 -16-09-2011

FORMULARIO DE SOLUCITUD DE MEDICACION ONCOLOGICA

DATOS DEL AFILIADO:

Apellido y Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____/_____/_____ Edad: _____

Sexo: M / F Direccion: _____

Localidad: _____ Partido: _____

Código Postal: _____ Telefono: _____

Peso: _____ Talla: _____ Superficie Corporal: _____

Diagnóstico: _____

Estadio: _____

Médico Prescriptor: _____

1.- Plan Quimioterapico:

A.- Drogas:

1. Droga _____ Dosis: _____
2. Droga _____ Dosis: : _____
3. Droga _____ Dosis: _____
4. Droga _____ Dosis: : _____
5. Droga _____ Dosis: _____
6. Droga _____ Dosis: : _____

B.- Plan de Administración:

| Día |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

C.- Número de ciclo actual: _____ Número de ciclos
programados: _____

Intervalo entre los ciclos: _____

D.- Esquemas Anteriores:

1. Droga _____ Ciclos: _____
2. Droga _____ Ciclos: _____
3. Droga _____ Ciclos: _____

2.- Esquema Antiemético:

A.- Metoclopraida: _____ Ondansetron: _____ Otra: _____

B.- Forma Farmaceutica: _____

C.- Dosis: _____ Tiempo: _____

D.- Esquema de administración: _____

E.- Tuvo esquemas anteriores: SI: NO:

Droga: _____ Dosis: _____ Tiempo: _____

Esquema de administración: _____

Efectos Adversos: _____

RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 3435

ANEXO III
TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS ALTERNATIVOS

Características de la cobertura:

ARTICULO 1º : El Fondo Solidario dará cobertura, al Tratamiento Oncológico alternativo, de acuerdo a las modalidades definidas en este anexo.

ARTICULO 2º : La cobertura será brindada de la siguiente manera:

- Se abonará un *monto tope mensual* y por *reintegro*
- *Sin límites de tiempo*
- No se podrá utilizar esta cobertura junto a la brindada por el Departamento de Servicios Sociales del CPCEPBA para tratamientos convencionales al mismo tiempo.

Patologías y montos tope a cubrir para cada una de ellas:

PATOLOGÍA	VALOR:
Cáncer de Mama	\$ 700
Cáncer de Próstata	\$ 750
Cáncer de Pulmón	\$ 800
Cáncer de Estómago	\$ 200
Linfomas	\$ 550
Melanomas	\$ 900
Cáncer de Ovario	\$ 1.800
Cáncer de Cuello Uterino	\$600
Cáncer de Colon y Recto	\$450
Cáncer de Vejiga	\$ 350
Leucemia Mieloide Crónica	\$ 400
Mieloma Múltiple	\$ 150
Cáncer de Laringe	\$ 500
Tumores germinales	\$ 850
Sarcomas	\$ 900

ARTÍCULO 3º: Para los casos no previstos en el presente Anexo se aplicarán subsidiariamente las normas establecidas en los Reglamentos del Fondo Solidario y del Funcionamiento del Departamento de Servicios Sociales.

Acta C.D. N° 853 -16-09-2011

REQUISITOS

Para realizar una solicitud de cobertura, deberá presentarse la siguiente documentación:

1. Por parte del Consejo:

1.1 Nota indicando:

- Solicitud de cobertura, que incluya la prestación solicitada.
- Detalle de la documentación que se remite
- Detalle de gastos y monto a reintegrar.
- A quien corresponde realizar el reintegro. (cheque a nombre del CPCE o del beneficiario).

1.2 Certificación del CPCE, donde conste el número de matrícula del profesional o beneficiario.

1.3 En caso de poseer Sistema Médico, especificar la cobertura de dicha patología.

2. Por parte del matriculado o beneficiario:

2.1- Nota indicando:

- Solicitud de cobertura, que incluya la prestación solicitada.
- Detalle de los gastos a reintegrar.
- Indicar si posee Obra Social ó no. En caso de tener, que tipo de cobertura le otorga, y su respectiva constancia y Cesión de Derechos.

2.2 Fotocopia del DNI, autenticada por el CPCE.

2.3 Recibos/facturas/comprobantes/ticket u otros, en originales al tratarse de un reintegro del 100 %. Si se trata de reintegros complementarios, fotocopia autenticada por la O. Social o el CPCE.

En caso de solicitar cobertura para alguno del grupo familiar:

- Del cónyuge o conviviente: fotocopia autenticada del DNI, libreta de familia o documentación probatoria de vínculo.
- De hijo: fotocopia autenticada del DNI y la partida de nacimiento.
- A estos efectos se considera grupo familiar primario al cónyuge y los hijos, hijas, hijastros e hijastras solteros de hasta 25 años de edad.
- Hijos discapacitados de acuerdo a lo dispuesto por la ley 22431, sus modificatorias y complementarias.

Reintegros:

- **Matriculados o familiares fallecidos:**

- Fotocopia de la partida de defunción autenticada por autoridad del CPCE.

- Acreditarse el matrimonio o vínculo aparente, y los hijos del matrimonio, con fotocopia de la libreta de casamiento, salvo que el CPCE tenga un dato adverso.

- Los únicos herederos y que se obliga como fiador por cualquier reclamación de terceros, estimándose que sea preferentemente un matriculado.

- Que perciban todos firmando un único recibo.

- En todos los casos, la documentación recibida en fotocopias debe ser enviada debidamente autenticada. (sin excepción).

De la auditoria medica:

Toda práctica deberá contar con:

- Historia clínica.
- Diagnóstico que incluya el procedimiento y los resultados obtenidos.
- Estudios y resultados, presentados en original o copias autenticadas por el CPCE.

- Se deberá contar con el formulario de solicitud de medicación.

Acta C.D. N° 853 -16-09-2011

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACION ONCOLOGICA

APELLIDO Y NOMBRE: Fecha de nacimiento: / /

SEXO: M / F DOMICILIO: LOCALIDAD: TEL: -

DIAGNÓSTICO: ANATOMÍA PATOLÓGICA:

FECHA: / / ESTADIFICACIÓN: T: N: M:

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

CIRUGÍA: FECHA: / /

RADIOTERAPIA PREVIA-CAMPO: DOSIS: FECHA: / /

QUIMIOTERAPIA PREVIA: 1. 2. 3. 4.

HORMONOTERAPIA PREVIA: 1. 2. 3.

PESO ACTUAL: ALTURA: SUPERFICIE CORPORAL: ;

LP.STATUS: .

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA (medicación):

Droga	Tipo de droga	Indicación	Dosis/m ² x ciclo	Cantidad de amp/comp	Fecha de Inicio	Intervalo	Nro. De ciclos

Droga: consignar el nombre farmacológico de la droga indicada.

Tipo de droga: se deben consignar las siguientes características: **Q** (quimioterapia), **H** (hormonoterapia), **I** (inmunoterapia),

C (medicación complementaria, ej.: antieméticos, factoresestimulantes de colonias, citoprotectores)

Indicación: Se deben categorizar las siguientes indicaciones **N** (neoadyuvante), **A** (adyuvante), **P** (paliativa).

Intervalo: tiempo (en días) cada cuanto se administran los ciclos.

NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE:

FECHA: / /

RESOLUCION DE CONSEJO DIRECTIVO N° 3435

ANEXO IV
PRESTACIONES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA (IMRT)

ARTICULO 1º : El Fondo Solidario dará cobertura, con autorización previa de su auditoria médica, en carácter de subsidio y en forma complementaria a la Obra Social, Sistema de Salud o similar que posea el afiliado o su grupo familiar, a la práctica denominada "Radioterapia de intensidad modulada (IMRT), siempre que se cumpla con los requisitos detallados en el Anexo VII

ARTICULO 2º: La cobertura a que se refiere el artículo anterior comprende *Radioterapia de intensidad modulada para el tratamiento del cáncer de próstata, cuello de útero y cabeza y cuello.-*

Se incluyen en el módulo los siguientes procesos:

- Elaboración de dispositivos personalizados de anclaje y fijación, mallas termomoldeables y adaptadores a camillas
- Adquisición digital de imágenes anatómicas por TAC en formato DICOM
- Delineado en plataforma IMRT de estructuras blanco y órganos críticos
- Prescripción médica de las condiciones dosimétricas óptimas requeridas para el tratamiento radiante IMRT
- Optimización del tratamiento mediante Planificación inversa en la Workstation XIO
- Generación de templates a escala pantográfica
- Aplicación de Acelerador Lineal de Intensidad Modulada
- Aseguramiento de calidad mediante films de control para cada campo de tratamiento

ARTICULO 3º: No tendrán cobertura los honorarios, estudios y prácticas no contemplados en el artículo precedente.

ARTICULO 4º: El valor tope para el procedimiento asciende a \$ 20.000- (pesos veinte mil)

ARTICULO 5º: Para los casos no previstos en el presente Anexo se aplicarán subsidiariamente las normas establecidas en los Reglamentos del Fondo Solidario y de Funcionamiento del Departamento de Servicios Sociales.

Acta C.D. N° 853 -16-09-2011

RESOLUCION DE CONSEJO DIRECTIVO N° 3435

ANEXO V
PRESTACIONES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
REEMPLAZO VALVULAR PERCUTÁNEO

ARTICULO 1º : El Fondo Solidario dará cobertura, con autorización previa de su auditoria médica, en carácter de subsidio y en forma complementaria a la Obra Social, Sistema de Salud o similar que posea el afiliado o su grupo familiar, a la práctica hemodinámica denominada “Reemplazo valvular percutáneo”, siempre que se cumpla con los requisitos detallados en el Anexo VII.-

ARTICULO 2º: La cobertura a que se refiere el artículo anterior comprende el reemplazo valvular aórtico percutáneo indicado para personas a las cuales sea imposible efectuarles una cirugía de reemplazo valvular convencional, según opinión de la auditoría médica del Departamento de Servicios Sociales del CPCEPBA.-

Se incluyen en el módulo (TAVI: transaortic valve implatation):

- Colocación de una prótesis biológica montada sobre un stent mediante técnica de cateterismo o cirugía mínimamente invasiva.-
- Honorarios médicos y gastos sanatoriales.-

ARTICULO 3º: No tendrán cobertura pre y postoperatoria los honorarios, estudios y prácticas no contemplados en el artículo precedente.

ARTICULO 4º: El valor tope para el procedimiento asciende a \$ 40.000- (pesos cuarenta mil)

ARTICULO 5º: Para los casos no previstos en el presente Anexo se aplicarán subsidiariamente las normas establecidas en los Reglamentos del Fondo Solidario y de Funcionamiento del Departamento de Servicios Sociales.

Acta C.D. N° 853 -16-09-2011

RESOLUCION DE CONSEJO DIRECTIVO N° 3435

ANEXO VI
PRESTACIONES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
MARCADORES DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

ARTICULO 1º : El Fondo Solidario dará cobertura, con autorización previa de su auditoria médica, en carácter de subsidio y en forma complementaria a la Obra Social, Sistema de Salud o similar que posea el afiliado o su grupo familiar, a la utilización de marcadores de enfermedades oncológicas que se detallan en el artículo siguiente, siempre que se cumpla con los requisitos establecidos en el Anexo VII.-

ARTICULO 2º: La cobertura a que se refiere el artículo anterior comprende los marcadores de tumores que son sustancias que se detectan en la sangre, orina o tejidos corporales en cantidades superiores a lo normal en los sujetos con algunos tipos de cáncer. Pueden ser sintetizados por el mismo tumor o puede ser una respuesta del organismo ante la presencia del cáncer.

Se incluyen los siguientes:

- Estudio de Kras: es el genotipo de éste gen en pacientes con cáncer colorectal, su utilidad es como factor predictivo en casos de enfermedad metastásica.-
- .Estudio genotipo timidilato sintetasa (TS): para detectar posible toxicidad en el uso de fluropirimidinas.-
- Estudio UGT 1 a 1: enzima que interviene en el metabolismo de la droga irinotecan, también para cáncer colorectal.
- Estudio del genotipo de EGFR para cáncer de pulmón
- Estudio de genes implicados en cáncer de mama hereditario, BRCA 1 y BRCA 2

ARTICULO 3º: No tendrán cobertura estudios y prácticas no contemplados en el artículo precedente.

ARTICULO 4º: El valor tope para el procedimiento asciende a \$ 100- (pesos cien) por estudio y a \$ 200- (pesos doscientos) por grupo familiar anual.

ARTICULO 5º: Para los casos no previstos en el presente Anexo se aplicarán subsidiariamente las normas establecidas en los Reglamentos del Fondo Solidario y de Funcionamiento del Departamento de Servicios Sociales.

Acta C.D. N° 853 -16-09-2011

RESOLUCION DE CONSEJO DIRECTIVO N° 3435

ANEXO VII **REQUISITOS GENERALES**

Para realizar una solicitud de cobertura, deberá presentarse la siguiente documentación, (además de la que se menciona en cada uno de los apartados correspondientes a los requisitos particulares de éste mismo cuerpo normativo):

1. Por parte del Consejo:

1.1 Nota indicando:

- Solicitud de cobertura, que incluya la prestación solicitada.
- Detalle de la documentación que se remite
- Detalle de gastos y monto a reintegrar.
- A quien corresponde realizar el reintegro.

1.4 **Certificación** del CPCE, donde conste el número de matrícula del profesional o beneficiario

1.5 En caso de poseer cobertura a través de los sistemas de salud de los Consejos Profesionales adheridos al Fondo, especificar la cobertura de la patología por la cual se solicita el reintegro, con carácter de declaración jurada.

2. Por parte del matriculado o beneficiario:

2.1- Nota indicando:

- Tipo de cobertura solicitada.
- Detalle de los gastos a reintegrar.
- Si posee Obra Social, empresa de medicina prepaga o sistema de salud ó no. En caso afirmativo, qué tipo de cobertura le otorga, su respectiva constancia, y Cesión de Derechos.

2.2 Fotocopia del DNI, autenticada por el CPCE.

2.3 Recibos/facturas/comprobantes/ticket u otros, en originales al tratarse de un reintegro del 100 %. Si se trata de reintegros complementarios, fotocopia autenticada por la Obra Social, empresa de medicina prepaga, sistema de salud o el CPCE respectivo.

En caso de solicitar cobertura para algún miembro del grupo familiar:

- Cónyuge o conviviente: fotocopia autenticada del DNI, libreta de familia o documentación probatoria de vínculo.
- Hijos: fotocopia autenticada del DNI y la partida de nacimiento.
- A estos efectos se considera grupo familiar primario al cónyuge o conviviente, hijos, hijas, hijastros e hijastras solteros de hasta 25 años de edad.

- Hijos discapacitados de acuerdo a lo dispuesto en la ley 22431, sus modificatorias y complementarias.
- Reintegros en caso de Matriculados o familiares fallecidos:
 - Fotocopia de la partida de defunción autenticada por autoridad del CPCE.
 - Constancia de acreditación de vínculo
 - Nota del presentante en carácter de declaración jurada, donde se manifieste la calidad de heredero/s del matriculado o familiar fallecido y que se obliga como fiador por cualquier reclamación de terceros.
 - El subsidio se abonará en un único recibo a pesar que exista más de un causahabiente.-

En todos los casos, la documentación recibida en fotocopias debe ser enviada debidamente autenticada.

De la auditoria medica:

- **Toda práctica o cirugía deberá contar con:**
 - Historia clínica.
 - Diagnóstico que incluya el procedimiento y los resultados obtenidos.
 - Estudios y resultados, presentados en original o copias autenticadas por el CPCE.
 - Parte quirúrgico.

REQUISITOS PARTICULARES

1.- Medicamentos Oncológicos Anticuerpos Monoclonales

1. Informe médico, resumen de historia clínica, formulario de solicitud de medicamentos oncológicos, cuyo modelo se encuentra en el Anexo II y receta, expedidos por el Médico tratante y antecedentes generales relativos al tratamiento.
2. Certificado del CPCE solicitante donde aclare:
 - a. Que el matriculado solicitante se encuentra apto para gozar de la cobertura.
 - b. Lugar y fecha de entrega.

2.- Medicación Oncológica alternativa:

1. Informe médico, resumen de historia clínica, formulario de solicitud de medicamentos oncológicos, cuyo modelo se encuentra en el Anexo III y receta, expedidos por el Médico tratante y antecedentes generales relativos al tratamiento.
2. Certificado del CPCE solicitante donde aclare:
 - c. Que el matriculado solicitante se encuentra apto para gozar de la cobertura.
 - d. Lugar y fecha de entrega.

3.- Radioterapia de intensidad Modulada (IMRT):

1. Informe Médico con Diagnóstico y tratamiento, Historia Clínica, y todos los antecedentes que amplíen la situación.
2. Prescripción médica de las condiciones dosimétricas óptimas requeridas para el tratamiento radiante IMRT

4.- Reemplazo valvular percutáneo (TAVI)

1. Informe Médico con diagnóstico y tratamiento, Historia Clínica, y todos los antecedentes que amplíen la situación, fundamentalmente, la justificación de la imposibilidad de realización de la cirugía tradicional de reemplazo valvular.-
2. Certificado de implante.-

5.- Marcadores de enfermedades oncológicas

1. Informe médico con diagnóstico y tratamiento indicado, Historia Clínica, estudios complementarios, y todos los antecedentes que amplíen la solicitud de utilización de marcadores tumorales.

Acta C.D. N° 853 -16-09-2011

RESOLUCION DE CONSEJO DIRECTIVO N° 3435**ANEXO VIII**
CESIÓN DE DERECHOS

El que suscribe,.....en su carácter de, en cumplimiento a lo que prescribe el Reglamento del Fondo Solidario de salud, cede hasta cubrir el importe que corresponderá al Departamento de Servicios Sociales del CPCEPBA, sobre los derechos que pudiera tener contra los intervinientes en el hecho que motiva este subsidio. Dejo constancia que para el supuesto de acciones judiciales con motivo del mismo, informaré en forma permanente al CPCEPBA sobre la marcha del trámite respectivo

Asimismo, me obligo a: 1) Elevar a escritura pública la presente cesión dentro de los diez (10) días a partir de la intimación en forma fehaciente efectuada por el Departamento de Servicios Sociales del CPCEPBA; 2) Abonar el importe de la cesión con mas sus intereses dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de que se percibiese de parte de los responsables del hecho.-----.

Lugar y Fecha:.....,/...../.....

.....
Firma

Acta C.D. N° 853 -16-09-2011

RESOLUCION DE CONSEJO DIRECTIVO N° 3435**ANEXO IX
FONDO SOLIDARIO C.P.C.E.P.B.A
DECLARACION JURADA****DATOS DEL TITULAR**

Legajo Nro.: _____ Matrícula: _____ Fecha de Alta: _____

Apellido y Nombre: _____

Tomo: _____ Folio: _____ Fecha de Matrícula: _____

Calle: _____ Nro: _____ Medio N°: _____ Lat: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Partido: _____ Localidad: _____

Delegación: _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Ejercicio Profesional:

 Dep.Pública Dep.Privada Independiente Mixta

Obras Sociales: _____

Estado:

 Activo Suspendido Cancelado Jubilado Fallecido

Tipo de Documento:

 Lib. de Enrolamiento Lib. Cívica DNI Masculino DNI Femenino

Nro de Documento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado ViudoSexo: Femenino Masculino

Fecha de Casamiento: _____ Fecha de Baja: _____

DATOS DE FAMILIARES (CONYUGES E HIJOS)

Nombre	Parentesco	Incap.	Tipo Doc	Nro Doc	F.Nacimiento	F.Alta	F.Baja	A Cargo	O.Social

Firma del Titular