

Cobertura de Trasplantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH)

**Circuitos de acceso para ciudadanos
de cobertura estatal, exentos de
seguro de salud**

Ministerio de Desarrollo social de la Nación
Dirección de asistencia directa por situaciones
especiales

Destinatarios: aquellos ciudadanos argentinos o extranjeros exentos de otras coberturas (obra social, prepaga, Incluir Salud (Ex PROFE), PAMI, otras.

Ente financiador: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, a través de la Dirección de Asistencia Directa a Situaciones Especiales

Requisitos para iniciar expediente de trasplante de medula

Negativa de cobertura de la provincia. Coparticipación.

Encuesta social

Documentos de identidad

Certificación negativa de Anses

Formulario medico. Estudios

Se inicia personalmente, a través de centro de referencia, casa de provincia o por carta.

REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE SUBSIDIOS PERSONALES

- 1) En primera instancia se deberá realizar la solicitud ante organismo Municipal y Provincial correspondiente al lugar de residencia del solicitante. En caso de que la prestación sea rechazada deberá presentar por escrito constancia o negativa fundamentada, firmada por funcionario autorizado del área de salud municipal y provincial (Director, Secretario o Subsecretario).**

Para los residentes de de Buenos Aires, se deberá realizar la gestión en el Servicio Social del Hospital. En caso de rechazo la gestión de Ayuda Medica debe ser firmado por Director y/o Secretario de Salud.

Medicación no cubierta por Programas Nacionales como SIDA y Drogas Oncológicas, deberá presentar negativa emitida por Director del Programa.

En el caso que el titular sea extranjero y no tenga DNI se solicitara además constancia de negativa de cobertura emitida por Consulado del país de origen.

- 1) Informe social original, actualizado, confeccionado por Lic. en Trabajo Social matriculado, perteneciente a organismo público.**
- 2) NOTA de solicitud de subsidio personal o carta. Solicitante menor de 18 años: la gestión la realiza alguno de sus padres o familiar. Teléfonos de contacto se requiere informar 2 o mas teléfonos de línea y celulares con código de área. Agregar código postal del lugar de residencia.**
- 3) Carta de mandatario. Cuando el paciente mayor de edad autoriza a otra persona a hacer la gestión. Se recomienda que la designación de mandatario recaiga en un familiar. Debe constar en el expediente fotocopia de DNI de mandatario y teléfono de contacto. Las firmas serán certificadas por autoridad del establecimiento donde se atiende el paciente o autoridad civil, administrativa o policial de su lugar de residencia.**
- 4) Fotocopia de documentos de identidad del Titular, solicitante y si hubiere de mandatario: de las dos primeras hojas y de cambio de domicilio (únicamente Documento Nacional de Identidad, Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica), autenticada por funcionario/ autoridad pública. DNI tarjeta, fotocopia de frente y dorso.**
- 5) Certificado de domicilio cuando el real no coincida con el consignado en el documento de identidad y para extranjeros sin DNI.**
- 6) Constancias de ANSSES y caja de previsión provincial de su lugar de residencia. (por internet: anses.gov.ar, autopista de servicios, certificación negativa)**

-Paciente mayor de 18 años: Aportes Jubilatorios y R.U.B de este y también de su cónyuge / concubino.

-Paciente menor de 18 años y/o discapacitados: Aportes Jub. y R.U.B de este y de ambos padres.

REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE SUBSIDIOS PERSONALES (2)

DOCUMENTACION MEDICA A PRESENTAR

- 1) Resumen de historia clínica actualizada, en original, con membrete del Hospital Público, con firma y sello del medico tratante, refrendada por el Jefe de servicio o Director del Hospital. Se deberá adjuntar estudios complementarios relevantes que avalen el pedido según lo solicitado.**
- 2) Prescripción médica actualizada en el Formulario DADSE correspondiente. Existen tres modelos: “medicamentos”, “tecnología biomédica” y “tratamientos**

DIRECCION DE ASISTENCIA DIRECTA POR SITUACIONES ESPECIALES

AV. RIVADAVIA 870 PB– CAPITAL FEDERAL (CP 1002)

Teléfono para consultas de 16 hs: 011. 4.121.4609/4.121.4683

**HORARIO DE ATENCION a PUBLICO: Lunes a Jueves de 17.
Viernes de 16 hs.**

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

AL MÉDICO TRATANTE:

- 1) POR FAVOR CONSIGNAR LOS DATOS QUE CORRESPONDAN CON LETRA DE IMPRENTA Y CLARA.
- 2) ESTA DIRECCIÓN TIENE COMO CRITERIO DE AUTORIZACION LOS ESQUEMAS APROBADOS POR ANMAT, FDA Y EMEA..
- 3) SE PUEDE PROGRAMAR MAS DE 1 CICLO DE TRATAMIENTO Y HASTA 6 MESES EN UN SOLO PEDIDO.
- 4) ADJUNTAR COPIA AUTENTICADA DE ESTUDIOS QUE AVALEN EL PEDIDO.

Datos del paciente y del médico tratante:

Apellido, Nombre y DNI del paciente		Apellido y nombre de médico tratante			
Edad		Especialidad			
Sexo		Institución			
Peso		E- Mail			
Talla		Teléfono directo o celular			
Superficie Corporal		Jefe de Servicio o Director que avala.	Datos de la enfermedad actual		
Diagnóstico		Fecha diagnóstico		Estadificación	
Biopsia (fecha y conclusión)				Inmunomarcación, genotipo, carga viral	
Tratamientos previos realizados Resumen de historia					
Performance actual del paciente					
Fundamentación del tratamiento solicitado					
Aprobación de la indicación por ANMAT-FDA-EMEA	ANMAT	EMEA			FDA
Nombre de la droga		Lugar y fecha: Firma y sello medico tratante: Firma y sello de Director o Jefe de Servicio			
Forma farmacéutica y cantidad solicitada por día y por mes					
Tiempo de tratamiento estimado (ciclos e intervalo interciclos)					

FORMULARIO ELEMENTOS DE TECNOLOGIA BIOMEDICA

AL MÉDICO TRATANTE: ESTA DIRECCIÓN OTORGA SOLO AQUELLOS ELEMENTOS AVALADOS POR ANMAT, FDA Y EMEA, DE LOS CUALES EXISTA EVIDENCIA CIENTIFICA INTERNACIONAL QUE SOSTENGA SU UTILIZACION. SE PROVEERAN ELEMENTOS STANDAR Y NACIONALES. SE CONTEMPLARÁN EXCEPCIONES DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS. NO SE ACEPTARAN PRESCRIPCIONES CON MARCA COMERCIAL U ORIENTACION.

Apellido y Nombre del paciente			DNI		
Edad	Sexo	Peso	Talla	Nº de historia Clínica	
Apellido y nombre de médico tratante			Especialidad		
Servicio			Institución		
Jefe de Servicio o Director que avala			Teléfono de contacto con médico Interno: Celular y E-Mail:	Datos del elemento solicitado	
Nombre del elemento y cantidad					
Especificaciones técnicas (letra clara x favor) sin marca comercial.	Datos de la enfermedad actual				
Diagnóstico				Fecha diagnóstico	
Métodos comp. de diagnóstico					
Estado general del paciente			ambulatorio	Internado	
Tratamientos previos					
Tipo de intervención	EMERGENCIA		URGENCIA	PROGRAMADA	
Fundamentación del tratamiento solicitado					
Aprobación del elemento a pedir	ANMAT		EMEA	FDA	

Lugar y fecha:

Firma y sello de medico tratante: Firma y sello de Director/ Jefe de Servicio:

SOLICITUD DE TRASPLANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

- consignar todos los datos que correspondan con letra de imprenta y clara
- las instituciones que prescriben y sus profesionales deben estar registradas ante INCUCAI.

Nombre y apellido del paciente:

DNI:

Nº de historia clínica:

Diagnóstico

Fecha de solicitud:

Institución de origen de la solicitud:

Médico tratante y matrícula

Jefe del Servicio:

Director de la Institución:

Tipo de trasplante solicitado

Tratamientos previos realizados

Métodos complementarios de diagnóstico que definen la indicación

Adjunta estudios histocompatibilidad

Solicita módulos de búsqueda de donante ante INCUCAI

Lugar y fecha:

Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales
Ministerio de Desarrollo social de la Nación
Rivadavia 870 (1002) Capital federal

Consultas: 011.4.121.4683
011.4.121.4609

Área social 011.4.121.4602
Área medica: 011.4.121.4603

Muchas gracias