

**NORMAS DE COBERTURA DE MASTOPLASTIAS POST MASTECTOMÍA**  
**ONCOLÓGICA**

**Indicaciones:**

1. La afección tumoral debe haber sido **totalmente erradicada**.
2. Ausencia de mama postmastectomía uni o bilateral.
3. Ausencia de enfermedades asociadas que contraindiquen cualquier tipo de intervención electiva de riesgo quirúrgico elevado.
4. Ausencia de enfermedades crónicas descompensadas tales como diabetes, hipertensión, cardiopatías, trastornos psiquiátricos.
5. **Reconstrucción mamaria con Implante se requiere:**
  - Suficiente cantidad de piel de buena calidad.
  - Conservación del músculo pectoral mayor.
6. **Reconstrucción mamaria con colgajo músculo Recto-Abdominal-Transverso (TRAM):**
  - Haber concluido el período genésico.
  - Panículo adiposo abdominal mayor de 3 cm. de grosor.
  - Ausencia de cicatrices abdominales.
  - Ausencia de hernias o debilidades de la pared abdominal.
  - No hábito de fumar.
  - Lesión de la arteria tóraco dorsal durante la mastectomía.
7. **Reconstrucción mamaria con implante simultaneo con la Mastectomía:** la paciente no debe tener indicación de tratamiento de Radioterapia o Quimioterapia posterior a la Reconstrucción, ya que esta circunstancia está asociada a una mayor frecuencia de complicaciones.
8. **Reconstrucción mamaria por colgajo miocutáneo de dorsal ancho se requiere:**
  - No haber concluido el período de reproducción.
  - Panículo adiposo abdominal de menos de 3 cm. de grosor.
  - Presencia de cicatrices abdominales posquirúrgicas.



1  
0136 / 13



- Presencia de debilidades o hernias de la pared abdominal.
- Resección Amplia De Tejido Cutáneo y/o muscular en la Mastectomía

#### **Exclusiones De Cobertura**

- Las que surgen de las condiciones detalladas más arriba;
- Plástica de la mama contralateral (Simetrización)
- Edad: la cobertura alcanza a mujeres menores de 65 años
- Tampoco se reconocerán reintegros por intervenciones efectuadas por fuera del sistema prestador contratado por APROSS.

#### **Prescripción:**

- Prescripción por médico especialista en formulario de solicitud que estará disponible en página Web, Mesa de Informes Sede Central, Delegaciones y Subdelegaciones de APROSS
- Para el implante, la prescripción debe ser genérica (Sin indicación de marca)

#### **Autorización Médica Previa:**

Cada procedimiento, debe ser evaluado por la auditoria médica según sus antecedentes.

#### **Cobertura**

La cobertura será el 100% a cargo de APROSS, en los prestadores contratados y que adhieran a la presente.



#### **Aranceles: (Anexo II)**

Los aranceles reconocidos, incluyen:



0136 / 13



- Honorarios Profesionales del equipo quirúrgico y de las prácticas especializadas
- Derechos de quirófano
- Internación en piso o UTI hasta el alta sanatorial
- Medicamentos y Materiales descartables
- Prácticas de Laboratorio

**Exclusiones:**

- Las Prótesis mamaria y expansores tisulares necesarios en estas cirugías.
- Prácticas de Anatomía Patológica, Hemoterapia y Anestesia. Estas se facturan a las Asociaciones respectivas
- Medicamentos Oncológicos y de tipo "Catástrofes"
- Resto de las exclusiones comunes a otros Módulos Quirúrgicos.

**Prestadores**

- Los prestadores actualmente adheridos a esta cobertura, y aquellos que quieran incorporarse como tales, deberán suscribir formal aceptación de las normas y aranceles resueltos.
- No les está permitido cobro alguno por sobre estos aranceles, en ningún concepto.
- La plástica mamaria contralateral no está cubierta por APROSS y de realizarse simultáneamente, se considerará incluida en el arancel establecido para la cirugía principal.

**SOLICITUD DE MODULO RECONSTRUCCION MAMARIA POSTMASTECTOMIA**

FECHA DE SOLICITUD ...../...../.....

**POR FAVOR COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE**

**PRESTADOR  
PRESCRIPTOR**

NOMBRE Y APELLIDO .....  
 DIRECCIÓN .....  
 LOCALIDAD ..... CP ..... PROVINCIA .....  
 N° TELEFONO ..... N° FAX .....  
 e-mail .....

**BENEFICIARIO**

AFILIADO N°: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 NOMBRE Y APELLIDO .....  
 DOCUMENTO - N° ..... DNI ( ) LE ( ) LC ( )  
 FECHA DE NACIMIENTO ..... EDAD .....  
 SEXO: F ( ) M ( )

**Diagnostico:** .....

**Fecha de Mastectomia** ...../...../..... **Tipo** Radical  Unilateral  Bilateral

**Quimioterapia** Si  No  **Fecha de Finalización** .....

**Radioterapia** Si  No  **Fecha de Finalización** .....

**Hábito de Fumar** .....

**Patología Asociada** .....

**Patología Cronica** .....

**Código:** (marcar con una x el que corresponda)

06.02.01 <input type="checkbox"/>	06.02.03 <input type="checkbox"/>	06.02.05 <input type="checkbox"/>
06.02.02 <input type="checkbox"/>	06.02.04 <input type="checkbox"/>	06.02.06 <input type="checkbox"/>

.....  
 Firma y Sello del Profesional

0156 / 13

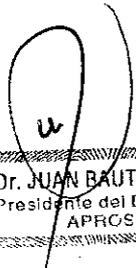
**ARANCELES DE MASTOPLASTIAS POST RESECCION ONCOLOGICA**

Aranceles propuestos al 1° de Junio de 2013			Excluye Implante
060200	MASTOPLASTIAS POST MASTECTOMIA ONCOLOGICA	TITULO	Arancel
060201	MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION MAMARIA CON IMPLANTE (MISMO ACTO QUIRURGICO)	COMPLEJIDAD 2	\$ 10.700,00
060202	RECONSTRUCCION MAMARIA DIFERIDA (CON IMPLANTE)	COMPLEJIDAD 2	\$ 5.000,00
060203	RECONSTRUCCION MAMARIA CON EXPANSION TISULAR (PRIMER TIEMPO)	COMPLEJIDAD 2	\$ 5.000,00
060204	RECAMBIO DE EXPANSOR TISULAR POR IMPLANTE MAMARIO	COMPLEJIDAD 2	\$ 5.000,00
060205	RECONSTRUCCION MAMARIA CON COLGAJO MIOCUTANEO	COMPLEJIDAD 2	\$ 12.705,00
060206	RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON	COMPLEJIDAD 2	\$ 3.630,00

0136 / 13

**ARANCELES DE MASTOPLASTIAS POST RESECCION ONCOLOGICA**

Aranceles vigentes al 1° de Mayo de 2013			Incluye Implante
060200	MASTOPLASTIAS POST MASTECTOMIA ONCOLOGICA	TITULO	Arancel
060201	MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION MAMARIA CON IMPLANTE (MISMO ACTO QUIRURGICO)	COMPLEJIDAD 2	\$ 13.310,00
060202	RECONSTRUCCION MAMARIA DIFERIDA (CON IMPLANTE)	COMPLEJIDAD 2	\$ 7.502,00
060203	RECONSTRUCCION MAMARIA CON EXPANSION TISULAR (PRIMER TIEMPO)	COMPLEJIDAD 2	\$ 7.744,00
060204	RECAMBIO DE EXPANSOR TISULAR POR IMPLANTE MAMARIO	COMPLEJIDAD 2	\$ 7.260,00
060205	RECONSTRUCCION MAMARIA CON COLGAJO MIOCUTANEO	COMPLEJIDAD 2	\$ 12.705,00
060206	RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON	COMPLEJIDAD 2	\$ 3.630,00

  
 Dr. JUAN BAUTISTA UEZ  
 Presidente del Directorio  
 APROSS

0136/13