



# **Asistencia Financiera a Agentes del Seguro de Salud**

**Res. 731/23**

**SURGE**

**Sistema Único de Reintegro  
por Gestión de Enfermedades**

**Capacitación para Personal de Agentes de Seguro de Salud (Obras Sociales)**

# Clase N° 2

**¿Cuáles son las condiciones generales  
para el recupero?  
Hoy veremos eso y mucho más!!!**



EL SISTEMA ÚNICO DE REINTEGROS POR GESTIÓN DE ENFERMEDADES (S.U.R.G.E. ) SE COMPONE DE UN CONJUNTO DE RESOLUCIONES QUE ENUMERAN, VALORIZAN Y DESCRIBEN LAS PATOLOGÍAS Y TRATAMIENTOS QUE SON PLAUSIBLES DE REINTEGRO, JUNTO CON TODAS LAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL PACIENTE O DE SU TRATAMIENTO Y LA DOCUMENTACIÓN AVALATORIA REQUERIDA.



Res 731/23: Crea SURGE

Res. 1784/23: Revaloriza montos de recuperó

Res. 1797/23: Revaloriza montos de recuperó

Res. 665/24: Modifica Anexo I Res. 731/23

# CONDICIONES GENERALES PARA EL RECUPERO



QUE SE ENCUENTRE EN LA RESOLUCION LA ASOCIACION TECNOLOGIA-PATOLOGIA



QUE LA DOCUMENTACION PRESENTADA AVALE LA PATOLOGIA DEL PACIENTE, EL TRATAMIENTO ELEGIDO Y LAS TRANSACCIONES COMERCIALES REALIZADAS



TODO EL EXPEDIENTE/LEGAJO TIENE QUE TENER COHERENCIA



LAS PRESTACIONES TIENEN QUE ENCONTRARSE ABONADAS POR EL AGENTE DEL SEGURO



# CONCEPTOS BASICOS

Expediente o Legajo:  
conjunto de  
documentación necesaria  
para solicitar el reintegro

- Justificación medica
- Justificación contable

Dar cumplimiento a todo lo  
solicitado en la Resolución vigente

- Firma digitales
- auditor médico
- Contador



# ALGUNOS CONCEPTOS

## FUNDAMENTO TERAPEUTICO

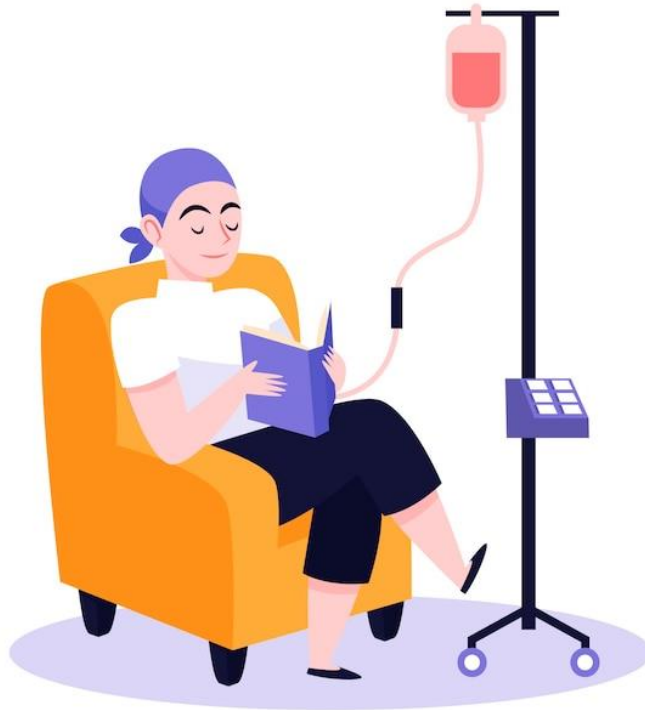
### FUNDAMENTO TERAPEUTICO GENERAL

Son las son las condiciones médicas que tiene que tener el paciente para que su tratamiento tenga recuperero por SURGE.



## **EJEMPLO**

Pacientes con diagnóstico de LMC, (Leucemia mieloide crónica) / Artritis reumatoidea activa moderada a grave, en monoterapia o en combinación con metotrexato, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), los cuales pueden incluir también uno o más tratamientos con FAME biológicos o dirigidos



**FUNDAMENTO O CRITERIO DIAGNÓSTICO:** fundamentación para justificar que el paciente tiene la patología .

Ej: El diagnóstico es clínico y se realiza con el clásico raspado metódico. La realización de biopsia para la confirmación histopatológica se deja sólo para los casos de duda diagnóstica.



**INFORMACIÓN REQUERIDA:** documentación a presentar con sus características particulares para cada caso

Historia clínica



Estudios de imágenes

Resultados de laboratorio



Otros...

# DOCUMENTACION MEDICA

Los requisitos de documentación e información respaldatoria deberán cumplimentarse, para cada enfermedad, de la manera determinada en Resolución

## Resumen de Historia Clínica con:

- a) Datos del beneficiario o beneficiaria (nombre y apellido, N° de afiliado/a y/o número de documento)
- b) Diagnóstico
- c) detalle del tratamiento indicado
- d) información que contemple el Fundamento Terapéutico para la tecnología sujeta a recupero
- e) fecha del resumen
- f) fecha de acto médico
- g) fecha de inicio de tratamiento
- h) matrícula del médico prescriptor.



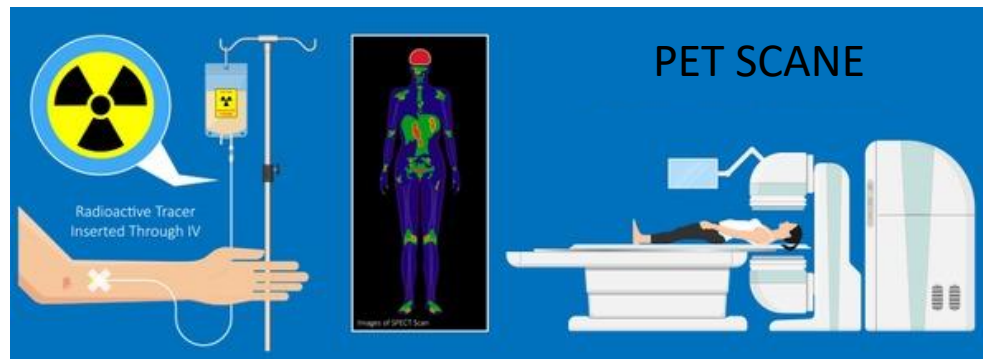
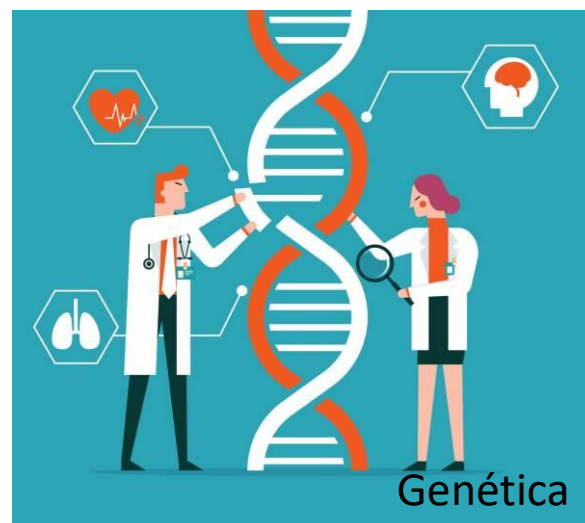
**En el caso de prácticas o dispositivos:**



Prescripción de la práctica o dispositivo, firmada y sellada por médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud

## Estudios complementarios

En caso de corresponder, y definido para cada enfermedad, información de estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico y la solicitud del reintegro, firmados y sellados por el profesional interviniente y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. Esta documentación adicional se especifica en la Resolución para cada patología.



# DOCUMENTACION MEDICA



¿Qué es la documentación  
médica y en que casos  
como ejemplo  
se debería incluir?

Epicrisis, firmada por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

Parte quirúrgico/ Protocolo quirúrgico firmado profesional interviniente y por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

Certificado de implante, firmado por el profesional interviniente, en donde conste la fecha del implante y los stickers, con firma y sello del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. Cuando se trate de material diseñado específicamente para el paciente o que no sea implantable, se dará por cumplido el requisito con el remito conformado.

## EN EL CASO DE MEDICAMENTOS

**La receta médica original  
quedará en el Legajo Original  
del Agente del Seguro de Salud**



Será puesta a disposición de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD cuando ésta lo requiera en sus procesos de auditoría.

La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en ella el período prescripto.

Las recetas no tendrán vencimiento, de conformidad con lo normado por la Ley N° 16.463.

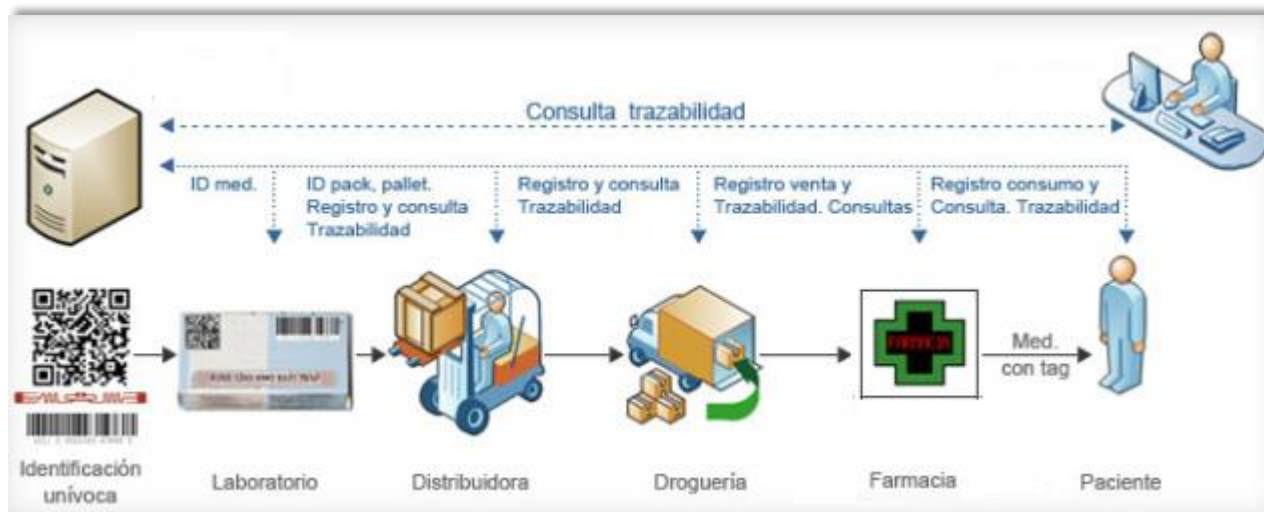


Dar cumplimiento a la trazabilidad. Hay que verificar la misma en los medicamentos dispensados a su población beneficiaria ( Res° 362/12-)

El ASS deberá asegurarse de que la trazabilidad haya sido completa, incluyendo la dispensa al paciente, a cuyo efecto deberá validarla mediante su usuario de acceso al Sistema Nacional de Trazabilidad (SNT).

Deberá verificar que el GTIN seriado facturado sea un código válido existente en el SNT y que fue dispensado al paciente por una farmacia o establecimiento asistencial registrado.

Tal verificación, realizada en el SNT de la ANMAT o plataforma equivalente que tome los datos del sistema de ANMAT, con GTIN y serie, reemplazará la firma del farmacéutico y paciente en los remitos y comprobantes de dispensa.



## ¿Qué es ANMAT ?

Es la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.

Su función es proteger a la población garantizando que los productos para la salud sean eficaces, seguros y de calidad.



## ¿Qué autoriza el ANMAT?

El control y fiscalización sobre la sanidad y calidad de las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico, materiales y tecnología biomédicos y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana.



GTIN

**Factura**  Brand Name  
Your tagline here

INVOICE FOR: CLIENT NAME  
INVOICE NO.:  
INVOICE DATE:  
INVOICE PERIOD:

QR CODE

SL. NO.	ITEM DESCRIPTION	QTY	PRICE	TOTAL
1	Aspirin	100	1000	100000
2	Paracetamol	100	1000	100000
3	Amoxicillin	100	1000	100000
4	Ibuprofen	100	1000	100000
5	Metformin	100	1000	100000
6	Simvastatin	100	1000	100000
7	Lisinopril	100	1000	100000
8	Atorvastatin	100	1000	100000
9	Losartan	100	1000	100000
10	Hydrochlorothiazide	100	1000	100000
11	Furosemide	100	1000	100000
12	Diltiazem	100	1000	100000
13	Nifedipine	100	1000	100000
14	Verapamil	100	1000	100000
15	Amlodipine	100	1000	100000
16	Ramipril	100	1000	100000
17	Enalapril	100	1000	100000
18	Lisinopril	100	1000	100000
19	Hydrochlorothiazide	100	1000	100000
20	Furosemide	100	1000	100000

**PAYMENT POLICY**  
All payments should be made to the following bank account:  
BANK NAME: ABC BANK  
ACCOUNT NO.: 1234567890  
BRANCH: Main Branch

**OUR TERMS & CONDITIONS**  
This invoice is subject to our standard terms and conditions, which can be found on our website at www.brandname.com/terms-conditions.

ADDRESS:  
STREET:  
CITY:  
STATE:  
COUNTRY:

  
AUTHORISED SIGNATURE

**Recibo**  Brand Name  
Your tagline here

INVOICE FOR: CLIENT NAME  
INVOICE NO.:  
INVOICE DATE:  
INVOICE PERIOD:

QR CODE

SL. NO.	ITEM DESCRIPTION	QTY	PRICE	TOTAL
1	Aspirin	100	1000	100000
2	Paracetamol	100	1000	100000
3	Amoxicillin	100	1000	100000
4	Ibuprofen	100	1000	100000
5	Metformin	100	1000	100000
6	Simvastatin	100	1000	100000
7	Lisinopril	100	1000	100000
8	Atorvastatin	100	1000	100000
9	Losartan	100	1000	100000
10	Hydrochlorothiazide	100	1000	100000
11	Furosemide	100	1000	100000
12	Diltiazem	100	1000	100000
13	Nifedipine	100	1000	100000
14	Verapamil	100	1000	100000
15	Amlodipine	100	1000	100000
16	Ramipril	100	1000	100000
17	Enalapril	100	1000	100000
18	Lisinopril	100	1000	100000
19	Hydrochlorothiazide	100	1000	100000
20	Furosemide	100	1000	100000

**PAYMENT POLICY**  
All payments should be made to the following bank account:  
BANK NAME: ABC BANK  
ACCOUNT NO.: 1234567890  
BRANCH: Main Branch

**OUR TERMS & CONDITIONS**  
This invoice is subject to our standard terms and conditions, which can be found on our website at www.brandname.com/terms-conditions.

ADDRESS:  
STREET:  
CITY:  
STATE:  
COUNTRY:

  
AUTHORISED SIGNATURE

El medicamento por el que se solicita el reintegro deberá reflejarse fehacientemente con su código unívoco (GTIN seriado) en la facturación dirigida al Agente del Seguro de Salud (Factura, detalle de factura y/o Remito).

Para el caso de los medicamentos no alcanzados por la normativa de trazabilidad, se requerirá remito conformado por el paciente o su representante, con firma y sello del farmacéutico de la farmacia responsable de la dispensa y comprobante de dispensa donde conste el GLN (Global Location Number) o CUFÉ (Código de Ubicación Física de Establecimiento) de dicha farmacia.

# DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA CONTABLE

## FACTURA GENERALIDADES

Verificar que los conceptos de enfermedades, productos o dispositivos por los que solicita reintegro, se reflejen fehacientemente en la facturación del prestador.



El ASS debe verificar el Seguro de Salud verificar la validez de todos los comprobantes contables antes de la carga en el sistema.

Se deberá adjuntar imagen de la factura o documento que la reemplace, completa en todos sus ítems según normas vigentes de ARCA (ex AFIP) , con los siguientes datos:

- Nombre y apellido del beneficiario o beneficiaria, o nomenclatura según normas vigentes para personas con infección por VIH.
- Descripción de la enfermedad, producto o dispositivo, en concordancia con los conceptos reconocidos.
- Fecha de prestación o período, para el caso de prestaciones médicas.
- Monto individual y sumatoria total de la prestación facturada

En el caso de facturas globales que no contengan este detalle, acompañar un Resumen de Facturación y/o Rendición Individual confeccionada y firmada por el prestador, detallando los datos mencionados en el párrafo anterior y donde conste el número de factura a la que pertenece.

\*En el caso de ser operaciones comerciales vinculadas con emisión de remitos (medicamentos y dispositivos médicos), el detalle de factura global puede reemplazarse con el detalle de remitos que la sustenten, siempre y cuando éstos contengan los datos requeridos mencionados.

\*En caso de facturas globales emitidas en forma anticipada a la fecha de prestación o entrega de medicamentos/dispositivos, se podrá acompañar con un detalle confeccionado por la Auditoría Médica del ASS conteniendo los datos detallados previamente (beneficiario/a, concepto suministrado, período y monto). Y, para el caso de medicamentos, se deberá agregar el detalle de GTIN + series incluidos en la factura global.

\*En todos los casos, los detalles de facturación global deberán contener firma y sello del representante del Área Contable del ASS

# DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA CONTABLE

## RECIBO

### GENERALIDADES

Verificar que en el recibo se refleje fehacientemente la cancelación total de las Facturas que contengan los conceptos por los que se solicita reintegro.

#### Opciones de cancelación de facturas:

1) Recibo, completo en todos sus ítems según normas vigentes de ARCA (ex AFIP) conteniendo los siguientes datos:

- fecha
- número completo de factura que cancela
- en el caso de recibo global, deberá contener el detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual

2) Orden de pago, donde conste el CBU del prestador/proveedor, más comprobante de transferencia.

En cualquiera de las dos opciones, y cuando exista diferencia entre lo facturado y el importe cancelado, se deberá incluir registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas



3)Detalle de medio/s de pago utilizado/s (cheques o transferencias bancarias), con registro de la fecha de vencimiento del cheque o fecha de débito de la transferencia.

-Verificar que el importe total de las facturas canceladas sea igual al importe total de valores recibidos más débitos, retenciones y percepciones efectuadas

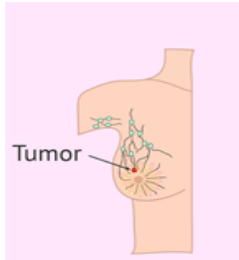
Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por Notas de Débito, se deberá adjuntar planilla de ajuste que detalle motivo e importe del débito, con firma y sello del representante del Área Contable del ASS.

**Ahora veremos**  
**Cuales son las Enfermedades Incluidas en el**  
**Sistema único de reintegro por Gestión de Enfermedades**



# ONCOLOGIA

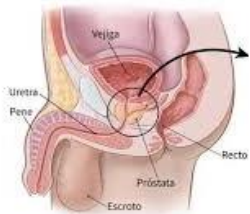
# Tecnologías de uso crónico



Tratamiento  
cáncer de mama



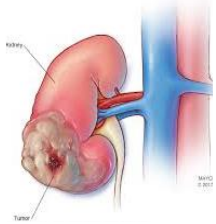
Tratamiento  
cáncer de colon



Tratamiento  
cáncer de próstata



Tratamiento  
cáncer de pulmón



Tratamiento  
cáncer de riñón



Tratamiento  
del Melanoma

# Patologías Oncológicas

Los requisitos de empadronamiento y seguimiento de los pacientes con patología oncológica incluida para apoyo financiero resultan comunes para todos los subtipos detallados en el presente anexo. Los fundamentos terapéuticos específicos son listados según el tipo de Cáncer.

Información requerida:

## **Empadronamiento del Beneficiario:**

- 1. Fecha de Diagnóstico de la Patología**
- 2. Estadio Inicial (I, II, III, IV)**
- 3. Matrícula del Profesional Tratante**
- 4. ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)**
- 5. Fecha de última recaída o progresión**
- 6. Sitio de Metástasis (Hígado, Pulmón, SNC, Ganglionar, Óseo, Serosas, otros)**
- 7. Tratamientos Previos (según tipo de Cáncer)**
- 8. Fecha de inicio de tratamiento sujeto a recupero**
- 9. Esquema de quimioterapia concomitante**

## **10. Estrategia - Línea terapéutica**

- Adyuvancia-Neoadyuvancia
- Primera línea estadio avanzado
- Segunda línea estadio avanzado
- Tercera línea estadio avanzado

## **11. Documentación Respaldatoria**

- Resumen de Historia Clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional)
- Estadificación actual (I, II, III, IV y NO APLICA)
- Informe de Anatomía Patológica
- Marcadores tumorales (en caso de corresponder)
- Estudios complementarios (en caso de corresponder)
  - TAC
  - PET
  - RNM
  - Centellograma
  - Colonoscopia

## Actualización Semestral

### **1. Resumen de Historia Clínica de seguimiento**

### **2. Matrícula del Profesional Tratante**

### **3. Actualización de la Información Médica**

- Cambio de tratamiento
- Fecha de finalización de tratamiento
- Motivo de Discontinuación
- En caso de progresión y/o cambio de tratamiento por favor adjuntar nuevo resumen

de Historia Clínica o RP del nuevo tratamiento

### **4. Información adicional**

- ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) de Seguimiento

# Cáncer de mama

## **Fundamento terapéutico**

### Cáncer de Mama HER2 Positivo

- Tratamiento en adyuvancia (hasta 12 meses)
- Tratamiento del cáncer avanzado

### Cáncer de Mama Metastásico RE positivo, HER2 negativo

- Tratamiento del cáncer avanzado

### Tratamientos Previos Cáncer de Mama

Paclitaxel

Docetaxel

Ciclofosfamida

Carboplatino

Tamoxifeno (hormonoterapia)

Antraciclinas (doxorrubicina, epirrubicina, daunorrubicina)

Inhibidores de la aromatasa (anastrozol, exemestano, letrozol)

Radioterapia

Cirugía

Otro

# Cáncer de colon

**Fundamento terapéutico:** Tratamiento de pacientes con diagnóstico de carcinoma colorrectal (CCR) avanzado o metastásico, en monoterapia o combinación con quimioterapia citotóxica convencional clínicamente probada para CCR, con estado funcional ECOG entre 0-1, mayores de 18 años.

## Tratamientos Previos Cáncer de Colon

FOLFOX

CAPEOX

FOLFIRI

FOLFOXIRI

5-FU/LV

Monoterapia (capecitabina, fluoropirimidinas)

Radioterapia

Cirugía

Otro

IF

# Cáncer de próstata

**Fundamento terapéutico general:** Tratamiento de hombres adultos con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración cuya enfermedad ha progresado durante o tras el tratamiento con docetaxel o no sean susceptibles de recibir quimioterapia con docetaxel.

## **Tratamientos Previos Cáncer de Próstata**

Radioterapia: Braquiterapia intersticial, Radioterapia externa

Hormonoterapia

Cirugía

Bloqueo Androgénico

Androgénicos esteroideos: Ciproterona

Andrógenos no esteroideos: Flutamida, Bicalutamida

Agonistas LH-RH: Leuprolida, Goserelina, Triptorelina

Antagonistas LH-RH: Degarelix

QUIMIOTERAPIA: Docetaxel

Otro

# Cáncer de pulmón

## **CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO O NO PEQUEÑAS CÉLULAS**

**Fundamento terapéutico general:** Tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico con estado funcional ECOG 0 a 1.

### **Fundamento terapéutico específico**

- Inhibidores EGFR: presencia de la mutación del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutación EGFR T790m positiva según corresponda al producto
- Inhibidores ALK: presencia de la mutación de la quinasa del linfoma anaplásico (ALK)
- Inmunoterapia: Sobreexpresión de ligando 1 de muerte programada PD-L1 ( $\geq 50\%$ ) – La utilización de inmunoterapia se limitará a dos años

## Tratamientos Previos Cáncer de Pulmón

Paclitaxel

Docetaxel

Ciclofosfamida

Carboplatino

Tamoxifeno (hormonoterapia)

Antraciclinas (doxorrubicina, epirrubicina, daunorrubicina)

Inhibidores de la aromatasa (anastrozol, exemestano, letrozol)

Radioterapia

Cirugía

Otro

# Cáncer de riñón

**Fundamento terapéutico general:** Tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de carcinoma de células renales avanzado o metastásico con estado funcional ECOG entre 0 -1.

## **Tratamientos Previos Cáncer de Riñón**

Radioterapia

Cirugía

Citoquinas: Interleuquina, Interferón

Terapia Anti VEGF: Bevacizumab

Inhibidores de tirosina kinasa: Sunitinib, Pazopanib, sorafenib y axitinib

Inhibidores mTOR: Everolimus, Temsirolimus

Inhibidores de tirosinquinasa de receptores múltiples: cabozantinib, lenvatinib

Inmunoterapia (AntiPD-1/PD-L1)

Otro

# Melanoma

**Fundamento terapéutico general:** Tratamiento de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de melanoma cutáneo avanzado, irresecable y/o metastásico.

**Fundamento terapéutico específico:**

- Inhibidores BRAF: Mutación BRAF V600 positiva
- Inmunoterapia: PD-L1 > 1%

**Tratamientos Previos para Melanoma**

Radioterapia

Cirugía

Dacarbazina

Temozolomida

Citoquinas: Interleuquina, Interferón

Quimioterapia con platino

Ipilimumab

Inhibidores MEK/BRAF

Otro

# Tecnologías de uso único



Módulo de  
Radioterapia  
oncológica

IMRT

RTC 3D

La radioterapia conformacional de haz externo de alta energía es aquella en la que se usa tecnología de avanzada para adaptar la radioterapia a las estructuras anatómicas de cada paciente.

Con la ayuda de imágenes tridimensionales computarizadas, es posible moldear el haz de radiación para que se ajuste a la forma de los tumores.

Actualmente hay dos niveles de radioterapia conformacional:

- \* La radioterapia conformacional tridimensional (**RTC 3D**)

- \* La radioterapia de intensidad modulada (**IMRT**)

Ambas modalidades permiten administrar mayores dosis de radiación al tumor mientras se protegen los órganos normales circundantes.

# Módulo de IMRT

Los criterios para utilizar la IMRT en distintas localizaciones anatómicas tumorales se fundamentan en mejorar la adaptación al volumen tumoral con formas cóncavas, convexas o con invaginaciones y conseguir dosis heterogéneas en el volumen tratado, adaptadas a la distinta prescripción sobre zonas tumorales o ganglionares.

## **Fundamento terapéutico:**

### **Cáncer de Próstata**

- ✦ Tumor localizado (ausencia de extensión del tumor a ganglios linfáticos o metástasis a distancia) T1 N0 M0.
- ✦ Buen estado general del paciente.
- ✦ Edad menor a 65 años.

### **Cáncer de Cabeza y Cuello**

- ✦ Cáncer de cavidad oral y labios.
- ✦ Cáncer de laringe, hipofaringe, orofaringe, nasofaringe.
- ✦ Cáncer de senos paranasales y de cavidad nasal.
- ✦ Cáncer de glándulas salivales.
- ✦ Cáncer primario oculto en cabeza y región del cuello.

**Información requerida:**

- 1. Fecha de Diagnóstico de la Patología**
- 2. Fecha de inicio de radioterapia**
- 3. Matrícula de Profesional Tratante**
- 4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología**
- 5. Protocolo de Anatomía Patológica**
- 6. Prescripción de la IMRT**
- 7. Protocolo de aplicación de IMRT**

# Módulo de RTC 3D

## **Fundamento terapéutico:**

- ✦ Cáncer de Cabeza y Cuello.
- ✦ Tumores Cerebrales.
- ✦ Cáncer de Laringe.
- ✦ Cáncer de Esófago.
- ✦ Cáncer de Mama.
- ✦ Cáncer de Pulmón.
- ✦ Cáncer de Páncreas.
- ✦ Cáncer de Hígado.
- ✦ Cáncer de Vejiga.
- ✦ Cáncer de Recto.
- ✦ Cáncer de Próstata.

## **Información requerida:**

- 1. Fecha de Diagnóstico de la Patología**
- 2. Fecha de inicio de radioterapia**
- 3. Matrícula de Profesional Tratante**
- 4. Resumen de Historia Clínica que justifique el uso de la tecnología**
- 5. Protocolo de Anatomía Patológica**
- 6. Prescripción de la Radioterapia Tridimensional Conformada**
- 7. Protocolo de aplicación de Radioterapia Tridimensional Conformada**

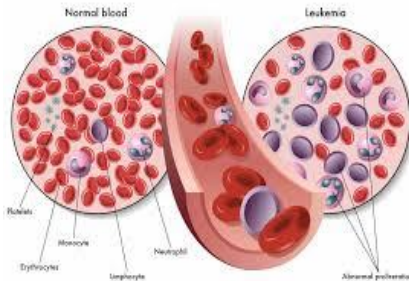
# ONCOHEMATOLOGIA

# Tecnologías de uso crónico



Mieloma Múltiple

## Mieloma múltiple



## Leucemia mieloide crónica

# Mieloma múltiple

## **Fundamento diagnóstico:**

El diagnóstico de Mieloma Múltiple incluye las siguientes características:

- Proteína monoclonal presente en suero u orina
- Células Plasmáticas monoclonales > 10% en Médula Ósea (MO) o biopsia de plasmocitoma
- Disfunción orgánica relacionada al Mieloma:
  - a) Calcio elevado en suero (>10.5 mg/dl);
  - b) Insuficiencia Renal (Creatinina > 2 mg/dl)
  - c) Anemia (Hb < 10 gr/dl o Hb < 2 gr de lo normal);
  - d) Lesión ósea lítica u osteoporosis.

El tratamiento actual para pacientes con mieloma múltiple sintomático se puede dividir en inducción, de consolidación (que se utilizan menos para los pacientes de edad muy avanzada), de mantenimiento y cuidados médicos de soporte.

De acuerdo con la edad y características funcionales, los pacientes se dividen en aquellos que son candidatos a trasplante de medula ósea y aquellos que no.

## **Fundamento terapéutico:**

- Tratamiento de primera línea en esquemas de quimioterapia como inducción al trasplante en pacientes candidatos, o en aquellos aptos para recibir quimioterapia no candidatos a trasplante.

- Tratamiento de primera recaída y posteriores.

Los tratamientos para el mieloma múltiple deberán ser seleccionados de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente, las recomendaciones de guías de práctica clínica, y el mejor perfil de beneficios-riesgos-costos.

## **Información requerida:**

### **Empadronamiento del Beneficiario:**

**1. Fecha de Diagnóstico de la Patología**

**2. Tratamientos Previos**

**3. Matrícula del Profesional Tratante**

**4. Fecha de Inicio de Tratamiento sujeto a recupero**

**5. Documentación Respaldatoria**

- Resumen de Historia Clínica (deberá incluir Fundamento Terapéutico y los antecedentes de medicación utilizada)
- Laboratorio
- Biopsia de Medula Ósea
- Citometría de flujo

## **Tratamientos Previos Mieloma Múltiple**

Inducción

Consolidación

Mantenimiento

Recaída

### **Seguimiento del Beneficiario:**

Actualización Semestral

#### **1- Resumen de Historia Clínica de seguimiento**

#### **2- Actualización de la Información Medica**

- Cambio de tratamiento
- Fecha de finalización de tratamiento
- Motivo de Discontinuación
- En caso de progresión y/o cambio de tratamiento por favor adjuntar nuevo resumen de Historia Clínica o RP del nuevo tratamiento

#### **3- Matrícula Profesional Tratante**

# Leucemia mieloide crónica

Fundamento Terapéutico:

Pacientes con diagnóstico de LMC. La elección del tratamiento se realiza según diferentes variables como comorbilidades, escala de riesgo (Sokal, Hasford, EUTOS, ELTS) y edad.

Información requerida:

**Empadronamiento del Beneficiario:**

**1. Fecha de Diagnóstico de la Patología**

**2. Fase de LMC al diagnóstico**

- Crónica
- Acelerada
- Crisis Blástica

**3. Tratamientos Previos**

**4. Matrícula del Profesional Tratante**

**5. Fecha de Inicio de Tratamiento sujeto a recupero**

## **6. Documentación Respaldata**

- Resumen de Historia Clínica (deberá incluir Fundamento Terapéutico y los antecedentes de medicación utilizada)
- Laboratorio
- Biopsia de Medula Ósea
- Citometría de flujo
- Determinación Cromosoma de Filadelfia y/o el gen BCR-ABL
- Mutación T315I (en caso de corresponder)

## **Tratamientos Previos Leucemia Mieloide Crónica**

Hidroxiurea

Interferón Alfa

Trasplante de Médula Ósea

Imatinib

Dasatinib

Nilotinib

Otro

## **Seguimiento del Beneficiario:**

Actualización Semestral

### **1- Resumen de Historia Clínica de seguimiento**

### **2- Respuesta obtenida**

- Respuesta hematológica (S-N)
- Respuesta citogenética (completa; parcial; menor; mínima; nula)
- Respuesta Molecular (mayor; menor; mínima; nula)

### **3- Actualización de la Información Médica**

o Cambio de tratamiento

o Fecha de finalización de tratamiento

o Motivo de Discontinuación

o En caso de progresión y/o cambio de tratamiento por favor adjuntar nuevo resumen

de Historia Clínica o RP del nuevo tratamiento

### **4- Matrícula Profesional Tratante**

## ONCOLOGÍA

CANCER MAMA	CANCER COLON	CANCER PRÓSTATA	CANCER PULMÓN	CANCER RIÑÓN	MELANOMA
Trastuzumab	Panitumumab	Abiraterona	Bevacizumab	Axitinib	Pembrolizumab
Pertuzumab	Bevacizumab	Enzalutamida	Crizotinib	Sunitinib	Nivolumab
Pertuzumab + Trastuzumab	Cetuximab	Cabazitaxel	Erlotinib	Sorafenib	Nivolumab + Ipilimumab
Lapatinib	Trifluridina + Tipiracilo	Darolutamida	Gefitinib	Pazopanib	Dabrafenib + Trametinib
(TDMI-1) Trastuzumab emtansina	Aflibercept	Dicloruro de Radio 223	Ceritinib	Everolimus	Vemurafenib + Cobimetinib
Palbociclib	Regorafenib	Apalutamida	Alectinib	Nivolumab	Encorafenib + Binimetinib
Ribociclib	Encorafenib		Afatnib	Cabozantinib	
Abemaciclib	Nivolumab		usimertinib	Lenvatinib	
Alpelisib	Pembrolizumab		Pembrolizumab	Pembrolizumab	
Everolimus			Nivolumab	Avelumab	
Olaparib			Atezolizumab		
Talazoperib			Decomitinib		
Pembrolizumab			Brigatinib		
Atezolizumab			Entrectinib		
			Lorlatinib		

## ONCOHEMATOLOGÍA

Mieloma Múltiple	Leucemia Mieloide Crónica
Bortezomib	Imatinib
Lenalidomida	Dasatinib
Pomalidomida	Nilotinib
Cerfizomib	Bosutinib
Daratumumab	Ponatinib
Ixazomib	
Elotuzumab	