



**Vigencia: 01/12/2016**

Cufre 1781 – Montevideo  
Teléfono: (2)1750 - Interno 130  
Fax: 24027122  
Email: [fopremi@fopremi.com.uy](mailto:fopremi@fopremi.com.uy)

# **ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA**

*COBERTURA FINANCIERA A CARGO DE FOPREMI*

## **NORMATIVA - ACTUALIZACIÓN**

### A.- GENERALIDADES:

FOPREMI se hará cargo de financiar el tratamiento de los pacientes con enfermedad tumoral maligna o hematooncológica que cumplan con las siguientes condiciones:

1. Afiliación, previa al diagnóstico de afección maligna, a una IAMC de FOPREMI que contrató ante FOPREMI el reaseguro “HEMATO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA”.
2. Diagnóstico positivo de enfermedad maligna con fecha posterior al 1° de enero de 2014 y antes del día de cumplir los quince (15) años de vida.
3. La cobertura financiera se extenderá hasta el alta, o hasta la continuación del tratamiento por oncólogo de adultos y no más allá del día de cumplir los 18 años de vida.
4. Se excluye de esta cobertura financiera todo estudio y/o tratamiento de cualquier tipo necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de recaídas de la enfermedad maligna, o de segunda enfermedad maligna, que se diagnostique en fecha posterior al día del cumpleaños n° 15 del paciente.

### B.- DEFINICIONES Y RESPONSABILIDADES:

- **Centro Derivador (CD):**

- Es cada una de las IAMC de FOPREMI que tiene contratado con FOPREMI el reaseguro “Hemato-oncología Pediátrica”.
- Es quien tiene la responsabilidad asistencial y legal sobre el paciente.
- Le compete designar un coordinador o referente ante FOPREMI, a quién se le mantendrá informado de los aspectos administrativos y/o asistenciales que se entiendan pertinentes.

- **Centro Receptor (CR):**

- Corresponde a cada centro que recibe pacientes de los CD y que cuenta con infraestructura edilicia habilitada y especialistas necesarios para la realización del tratamiento.

- Le corresponde la responsabilidad asistencial y legal en relacionada a la prestación para la cual es contratado.
- **FOPREMI** podrá establecer diferentes categorías de **CR** de acuerdo a la capacidad resolutoria de los mismos. Esta categorización se pondrá en conocimiento de todos los **CD** y será actualizada ante cualquier modificación.
- Al **CR** le compete, una vez otorgada el alta a cada paciente, comunicarlo a **FOPREMI** por vía mail a [fopremi@fepremi.com.uy](mailto:fopremi@fepremi.com.uy) o vía fax al 2402 7122, utilizando el Formulario para Alta.

#### C.- ALCANCE DE LA PRESTACIÓN:

La financiación abarca, considerando los criterios y plazos previstos en “GENERALIDADES”:

- Los estudios paraclínicos de laboratorio, imagenológicos, biópsicos y de cualquier otro tipo, realizados con el criterio de pesquisa diagnóstica de la enfermedad maligna sospechada, incluidos los realizados con ese fin y con antelación al que arroja el diagnóstico positivo de malignidad. Los criterios de inclusión para la financiación de los mismos son: el estar comprendidos dentro del PIAS, haber sido realizados dentro del territorio nacional, no apartarse de la lex artis en el estudio diagnóstico de la afección de marras.
- Los tratamientos medicamentosos, quirúrgicos y radiantes necesarios para la curación y/o control de la enfermedad maligna desde el diagnóstico positivo de malignidad.
- La medicación coadyuvante durante y posteriormente al tratamiento oncológico.
- El tratamiento de las complicaciones somáticas que ocurran durante o luego del tratamiento pero que sean notoriamente atribuibles al mismo.
- Los controles realizados por oncólogo pediátrico, hasta la continuación del tratamiento por oncólogo de adultos y no más allá del día de cumplir los 18 años de vida.

***No se incluyen dentro de esta financiación los traslados que el paciente requiera desde o hacia el Centro Derivador (CD) ni desde o hacia el (los) Centro(s) Receptor(es) (CR) o cualquier otro, condicionados por la necesidad de tratamientos, estudios o controles.***

#### D.- INGRESO - EGRESO DEL PACIENTE A LA COBERTURA POR FOPREMI:

- Confirmado el diagnóstico de enfermedad maligna, el **CD** deberá completar el formulario de *Solicitud de Cobertura de Hemato-Oncología Pediátrica* el cual se podrá obtener de la página de FEPREMI [www.fepremi.com.uy](http://www.fepremi.com.uy) en el link FOPREMI, y enviarlo vía fax al 2402 7122 o vía mail a [fopremi@fepremi.com.uy](mailto:fopremi@fepremi.com.uy). **Esta comunicación deberá realizarse de forma inmediata, y se tendrán en cuenta únicamente los casos que sean declarados como máximo dentro de los 30 días de confirmado el diagnóstico. En todos los casos, la cobertura económica se realizará hasta 30 días retroactivos a la fecha de comunicado el caso.**
- Deberá adjuntar los exámenes diagnósticos que se hayan realizado para la confirmación de enfermedad maligna, y la factura de los mismos si correspondiera.
- Ante dudas referentes al proceso administrativo, al alcance de la prestación en cada caso particular o a las posibilidades de prestaciones de los diferentes **CR**, el coordinador o referente del **CD** podrá comunicarse con la **secretaria** o con el **coordinador de FOPREMI**.

NOTAS:

*Los casos no contemplados en esta normativa podrán ser sometidos a un estudio detallado por los técnicos que designe **FOPREMI**, en cuyo caso la autorización dependerá de los resultados de cada evaluación en particular y a la opinión asesora del **Comité Ejecutivo de FOPREMI**.*

*Los datos obtenidos del diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente que se integre a esta normativa pueden ser usados por **FOPREMI** para el análisis y reporte de resultados según lo considere pertinente, siendo la única condición para su utilización el mantenimiento de la confidencialidad del paciente.*