



Propiedad Intelectual Nº 187332

# BOLETIN OFICIAL

## Provincia de La Pampa

REPUBLICA ARGENTINA

Gobernador: ..... Ing. Carlos Alberto **VERNA**  
Vice-Gobernador:..... Prof. Norma Haydee **DURANGO**  
Ministro de Gobierno, Justicia y Seguridad: .....Dr. Rodolfo Mauricio **GAZIA**  
Ministro de Bienestar Social: .....Sr. Sergio Raúl **ZILLOTTO**  
Ministro de Cultura y Educación:.....Prof. María de los Angeles **ZAMORA**  
Ministro de la Producción: .....Dr. Ricardo Horacio **MORALEJO**  
Ministro de Hacienda y Finanzas:..... C.P.N. Ernesto Osvaldo **FRANCO**  
Ministro de Obras y Servicios Públicos.....Ing. Julio Néstor **BARGERRO**  
Secretario General de la Gobernación:..... Ing. Juan Ramón **GARAY**  
Secretario de Asuntos Municipales..... Sr. Rodolfo **CALVO**  
Secretario Recursos Hídricos..... Sr. Juan Pablo **MORISOLI**  
Secretario de Derechos Humanos.....Sr Héctor Rubén **FUNES**  
Asesor Letrado de Gobierno: ..... Dr. Raúl Omar Osvaldo **ARAGONES**  
Fiscal de Estado: .....Dr. José Alejandro **VANINI**

Dirección: Sarmiento Nº 335  
AÑO LIV - Nº 2718

Telefax 02954- 436323

[www.lapampa.gov.ar](http://www.lapampa.gov.ar)

SANTA ROSA, 12 de Enero de 2007.-

## SEPARATA

### BOLETIN OFICIAL Nº 2718

### RESOLUCIONES GENERALES Nº 309 Y 311

### INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

**RESOLUCION GENERAL N° 309/06.-**Expediente N° 53325-0/04 Cuerpo 3.-

SANTA ROSA, 28 de Diciembre

**VISTO:**

La Resolución General N° 252/05 mediante la cual se aprueba un nuevo modelo de prestación para medicamentos en ambulatorios y la Resolución General N° 259/06 que modificó el Anexo L de aquella; y

**CONSIDERANDO:**

Que es preciso efectuar ajustes derivados de la variación en algunos costos, la rectificación de otro y la incorporación de nuevos medicamentos al ANEXO L "Materiales Descartables y Fórmulas Magistrales", de los Convenios suscriptos con los prestadores, que ya se encuentran aplicados;

Que dichas modificaciones deben ser aprobadas por el Directorio del ISS, por imperio del artículo 10° inciso i) de la NJF 1170 (t.o.2000), el punto 15 de los "Principios Generales y Definiciones" y la Cláusula 14° de las "Cláusulas Particulares", ambos de los convenios aprobados por la Resolución General N° 252/05;

Que habiendo intervenido Auditoría Interna y Asesoría Letrada no encuentran objeciones a la presente;

**POR ELLO y en uso de las facultades otorgadas por el artículo 10° inciso i) y 119° de la Norma Jurídica de Facto N° 1170 (t.o. 2000):**

**EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE  
SEGURIDAD SOCIAL**

**DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA  
RESUELVE:**

**ARTICULO 1°.-** Apruébase lo propuesto por el Servicio Médico Previsional en el marco de los Convenios de Prestaciones Farmacéuticas Ambulatorias, suscriptos por la Presidencia del ISS con los prestadores farmacéuticos y aprobados por Resolución General N° 252/05 de acuerdo con el detalle contenido en el Anexo I que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 2°.-** Regístrese, publíquese y pase al Servicio Médico Previsional a sus efectos.-

**ANEXO I****ANEXO L****MATERIALES DESCARTABLES Y FORMULAS  
MAGISTRALES****MATERIALES DESCARTABLES**

SE INCORPORA a partir del 1° de Mayo de 2006:

Pañal-Apósito Mediano x 1	\$ 0,70 c/u
Pañal Apósito Grande x 1	\$ 0,69 c/u
Pañal Apósito Extra Grande x 1	\$ 0,72 c/u

SE MODIFICA a partir del 1° de Mayo de 2006:

Bolsa Colostomía de una pieza con aro	\$ 16,00 c/u
Gasa 20x20 cm. Estéril, caja n° 1	\$ 1,40 c/u

SE RECTIFICA a partir del 1° de Enero de 2006:

Lancetas	\$ 0,68 c/u
----------	-------------

**FORMULAS MAGISTRALES**

SE INCORPORA a partir del 1° de Mayo de 2006:

Morfina-Clorhidrato – Jarabe/solución – 0,60% - envase x 250 ml.	\$ 75
Morfina-Clorhidrato – Jarabe/solución – 0,60% - envase x 500 ml.	\$ 125

**RESOLUCION GENERAL N° 311**

Expedientes N°s. 94631-9/80 Alc.-1- Cpo. 2;  
94631-9/80 Cpo.2: 90042-3/69 Cuerpo 17 y  
90143-3/71 Cuerpo 4.-

SANTA ROSA, 28 de Diciembre de 2006

**VISTO:**

El Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias; y

**CONSIDERANDO:**

Que el Directorio del Instituto de Seguridad Social abocado al análisis de la situación económico-financiera-prestacional del Servicio Médico Previsional ha considerado oportuna la adecuación y actualización de los valores de las prestaciones reconocidas;

Que interviniendo las distintas áreas de Prestaciones y Gerencia General del SEMPRES se han determinado los importes respectivos los que, consensuados con los prestadores han originado el Acta Acuerdo suscripto por la presidencia del ISS y el Colegio Médico de La Pampa ;

Que de conformidad con lo informado por la Gerencia General del SEMPRES, resulta necesaria la reunificación de valores de distintas prestaciones por importes diferentes al general convenido;

Que corresponde en consecuencia efectuar las modificaciones al Nomenclador SEMPRES;

Que han intervenido Asesoría Letrada y Auditoría Interna, no teniendo objeciones que realizar;

**POR ELLO y en uso de las facultades otorgadas por los artículos 10º inciso i) y 119º de la Norma Jurídica de Facto N° 1170 (t.o. 2000):**

**EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE  
SEGURIDAD SOCIAL**

**DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA**

**R E S U E L V E :**

**ARTICULO 1º.-** Modifícase en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia- Sección I - Prestaciones Medicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares- Capítulo XIII- Normas Complementarias el Código 50.08- Plan Especial N° 2 –Oncológico- del Nomenclador SEMPRES aprobado mediante Resolución General nº 33/00, de acuerdo al Anexo I que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 2º.-** Modifícase en el Título I - Prestaciones dentro de la Provincia- Sección I - Prestaciones Medicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares- Capítulo XIII- Normas Complementarias el Código 50.10- Plan Especial N° 4 - Diabético- del Nomenclador SEMPRES aprobado mediante Resolución General N° 33/00, de acuerdo al Anexo II que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 3º.-** Modifícase en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia- Sección I -Prestaciones Medicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares- el Capítulo XI -Coseguros a cargo de los Afiliados- del Nomenclador SEMPRES aprobado mediante Resolución General N° 33/00, incorporando el Código 90.64 –Detección de Microalbuminuria-, de acuerdo al Anexo III que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 4º.-** Modifícanse en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia-Sección III -Prestaciones Bioquímicas– los Capítulos: I - Códigos- y III-Prestaciones que Requieren Autorización Previa y sus Coseguros-, del Nomenclador SEMPRES aprobado mediante Resolución General N° 33/00, incorporando el Código 90.64 -Detección de Microalbuminuria-, de acuerdo al Anexo IV que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 5º.-** Modifícase en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia Sección III -Prestaciones Bioquímicas– el Capítulo VII- Normas Complementarias-del Nomenclador SEMPRES aprobado mediante Resolución General N° 33/00, incorporando el Código 52.03 –Seguro de Control y Tratamiento Anual del Diabético- de acuerdo al Anexo V que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 6º.-** Modifícase en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia - Sección I – Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares- del Nomenclador SEMPRES, los subtítulos: Tipos de Unidades Arancelarias y Valores aplicados en Nomenclador de Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares según Normas, de aplicación en Capítulos I a VI, de acuerdo al Anexo VI que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 7º.-** Modifícase en el Título I - Prestaciones dentro de la Provincia - Sección I -Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares- del Nomenclador SEMPRES, los Capítulos I a VI, de acuerdo al Anexo VII que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 8º.-** Modifícase en el Título I - Prestaciones dentro de la Provincia– Sección I - Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares- del Nomenclador SEMPRES, el Capítulo VII Normas Generales y Particulares, de acuerdo al Anexo VIII que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 9º.-** Reemplázase en el Título I - Prestaciones dentro de la Provincia- Sección I - Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares- del Nomenclador SEMPRES, el Capítulo VIII Prácticas Moduladas por el que, como Anexo IX, forma parte de la presente.-

**ARTICULO 10º.-** Reemplázase en el Título I -Prestaciones dentro de la Provincia- Sección IV - Prestaciones Ópticas del Nomenclador SEMPRES aprobado por Resolución General nº 33/00 y sus modificatorias, el Capítulo I - Códigos-, de acuerdo con el Anexo X que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 11º.-** La presente Resolución General tendrá vigencia a partir del 1 de Noviembre de 2006.-

**ARTICULO 12º.-** Regístrese, publíquese y pase al Servicio Médico Previsional a sus efectos.-

**ANEXO I****TITULO I- PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA****SECCIÓN I- PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES****CAPITULO XIII- NORMAS COMPLEMENTARIAS**

Códigos Descripción

...

50.08 PLAN ESPECIAL N° 2 -ONCOLOGICO-

Tratamiento médico-asistencial y farmacéutico de las enfermedades neoplásicas y de aquellas que por sus características esenciales y cuadro clínico resulten comparativamente asimilables a las anteriores.

1- El derecho a los beneficios del cien por ciento (100%) con cargo al Sempre del costo del tratamiento médico asistencial integral y farmacéutico, incluyendo todas las prácticas médicas y de laboratorio, materiales descartables, endoprótesis no cosméticas ni estéticas, serán determinados por la Auditoría Médica u Odontológica del Sempre según corresponda, previo estudio de la Historia Clínica y demás antecedentes del caso.

2- El registro de beneficiarios de este programa será llevado por el Departamento Prestaciones Médicas. Para este efecto se llevarán fichas individuales en las que, además de los datos personales y diagnóstico de la enfermedad periódica y sistemáticamente se asentarán informes sobre el tratamiento, desarrollo y/o evolución de la misma. La producción y registración bajo firma de estos informes estará a cargo de la Auditoría Médica y su periodicidad no podrá ser mayor de seis (6) meses.

3- El derecho a los beneficios del presente programa regirá a partir de la fecha con que se autorice a inscribir al beneficiario en el registro indicado en el punto 2. A cada beneficiario inscripto se le proveerá de una chequera que contendrá:

a) seis (6) órdenes para prescripción de análisis y radiografías.

b) seis (6) órdenes de consulta médica.

c) recetarios para la prescripción de medicamentos según Normas.

4- La inscripción será solicitada por el titular de la afiliación, o en su caso, por el familiar que lo represente con la presentación de la Historia Clínica y certificación médica que acredite la patología respectiva.

**5- NORMAS BASICAS**

5-1- Asistencia especializada fuera del ámbito provincial, ambulatorio o en internación por derivación.

5-1-1- El Sempre reconocerá y se hará cargo del valor total de los servicios prestados y facturados por el prestador, correspondientes a la patología generadora del derecho.

5-1-2 - Cuando por cualquier causa el beneficiario deba pagar total o parcialmente

servicios prescritos u ordenados por el prestador o autorizados por el Sempre, podrá solicitar el reintegro respectivo.

5-2- Asistencia en el ámbito provincial, en internación y ambulatoria.

5-2-1- El Sempre se hará cargo del valor total de los servicios prestados y facturados por el prestador, correspondiente a la patología generadora del derecho.

5-2-2- Toda prestación ordenada o prescrita por el prestador y cuya realización deban efectuar otros prestadores se ejecutarán en la chequera indicada en el punto 3, salvo las prácticas especiales (por Ej.: centellografías, ecografías, etc. ) que deberán ser autorizadas previamente por la Auditoría Médica del Sempre en sus formularios especiales.

Cuando la prestación no se efectivice en la forma precedentemente señalada, se realizará con ajuste a las normas del régimen prestacional general y no será procedente ningún reintegro posterior por diferencia de cobertura económica.

6 -El reconocimiento y pago de las prestaciones médico-sanatorias se ajustará a las previsiones del presente Nomenclador.

**ANEXO II****TITULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA****SECCION I – PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES****CAPITULO XIII – NORMAS COMPLEMENTARIAS.**

50.10 PLAN ESPECIAL N° 4 DIABETICO  
Seguro de Control y Tratamiento del Diabético:

4- Las chequeras contendrán las siguientes órdenes de prestaciones con cargo total al Siempre:

Seis (6) consultas médicas en consultorio (código 42.01.01)

Seis (6) análisis de glucemia (código 412 y 677). El bioquímico deberá consignar su informe al dorso de la orden o acompañar la misma con una copia del que entrega al beneficiario.

Tres (3) análisis de orina completa (código 711). El bioquímico deberá consignar su informe al dorso de la orden o acompañar la misma con una copia del que entrega al beneficiario.

Un (1) electrocardiograma (código 17.01.01). El cardiólogo deberá consignar su informe al dorso de la orden o acompañar la misma con una copia del que entrega al beneficiario.

Un (1) fondo de ojo (Código 30.01.04). El oftalmólogo deberá consignar su informe al dorso de la orden o acompañar la misma con una copia del que entrega al beneficiario.

Un (1) análisis de detección de microalbuminuria (código 90.64) para diabetes Tipo I y para diabetes Tipo II solo cuando la proteinuria sea negativa.

El bioquímico deberá consignar su informe al dorso de la orden o acompañar la misma con una copia del que entrega al beneficiario.

Un (1) análisis de hemoglobina glicosilada (código 90.29). El bioquímico deberá consignar su informe al dorso de la orden o acompañar la misma con

Una copia del que entrega al beneficiario.

Asistencia Farmacéutica ambulatoria según normas

### ANEXO III

#### TITULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA

#### SECCION I – PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES

#### CAPITULO XI – COSEGUROS A CARGO DE LOS AFILIADOS

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Siempre	Al Prestador

\* 90.64 DETECCION DE MICROALBUMINURIA

### ANEXO IV

#### TITULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA

#### SECCION III – PRESTACIONES BIOQUIMICAS

#### CAPITULO I – CODIGOS

CODIGO	DESCRIPCION	UNID.	UNID.	I	HONORARI	HONORARI	HONORARI	GASTOS	TOTAL	TOTAL	TOTAL
					O	O	O		CAT."A"	CAT."B"	CAT."C"

90.64 DETECCION DE MICROALBUMINURIA  
# + C (verificar que referencias  
corresponderán)

#### TITULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA

#### SECCION III – PRESTACIONES BIOQUIMICAS

#### CAPITULO III – PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA Y SUS COSEGUROS

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Siempre	Al Prestador

\* 00.90.64 DETECCION DE MICROALBUMINURIA ..... .....

#### REFERENCIAS:

\* REQUIEREN PRESENTACION DE FORMULARIO "SOLICITUD DE PRACTICAS ESPECIALES"

# REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA

+ REQUIEREN PRESENTACION DE FORMULARIO "SOLICITUD DE PRÁCTICAS ESPECIALES"

C CON PAGO DE COSEGURO EN LA OBRA SOCIAL

**ANEXO V****TITULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA****SECCION III – PRESTACIONES BIOQUIMICAS****CAPITULO VII – NORMAS COMPLEMENTARIAS****52.03 SEGURO DE CONTROL Y TRATAMIENTO ANUAL DEL DIABETICO**

-Prestaciones con cargo total a SEMPRE:

Un (1) análisis de detección de microalbuminuria (código 90.64 ) para diabetes Tipo I y para diabetes Tipo II solo cuando la proteinuria sea negativa. .

Un (1) análisis de hemoglobina glicosilada (código 90.29).

**ANEXO VI****TITULO I: PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA****SECCION I: PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**

CAPITULO I	CODIGOS 01 AL 13		
CAPITULO II	CODIGOS 14 AL 36		
CAPITULO III	CODIGOS 37 AL 41		
CAPITULO IV	CODIGO 42		
CAPITULO V	CODIGO 43		
CAPITULO VI	CODIGO 44		
CAPITULO VII	NORMAS GENERALES Y PARTICULARES		
CAPITULO VIII	PRACTICAS MODULADAS		
CAPITULO IX	PRESTACIONES RECONOCIDAS POR REINTEGRO		
CAPITULO X	ORTESIS Y PROTESIS		
CAPITULO XI	COSEGUROS A CARGO DE LOS AFILIADOS		
CAPITULO XII	PRESTACIONES QUE PUEDEN REALIZARSE EN CONSULTORIO EXTERNO		
CAPITULO XIII	NORMAS COMPLEMENTARIAS		
CAPITULO XIV	CODIGOS DE ERROR DE LIQUIDACIONES		

**TIPOS DE UNIDADES ARANCELARIAS**

Descripción de la letra consignada a la derecha del valor total de cada prestación			
<b>LETRA</b>	<b>HONORARIOS EN</b>	<b>GASTOS EN</b>	
A	GALENO QUIRURGICO	UNIDAD SANATORIAL GASTO QUIRURGICO	
B	GALENO QUIRURGICO	UNIDAD SANATORIAL GASTO QUIRURGICO	
C	GALENO PRACTICA	UNIDAD SANATORIAL OTROS GASTOS	
D	GALENO PRACTICA	UNIDAD GASTO RADIOLOGICO	
E	GALENO CONSULTA	-----	
F	GALENO PRACTICA	-----	
G	GALENO PRACTICA	UNIDAD SANATORIAL GASTO PENSION	
I	GALENO QUIRURGICO	-----	

O	GALENO QUIRURGICO	UNIDAD SANATORIAL GASTO PENSION
N	GALENOS	UNIDAD GASTO BIOQUIMICO

**VALORES APLICADOS EN NOMENCLATURA DE PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES SEGÚN NORMAS.-**

	UNIDAD GALENO CONSULTA:			\$ 1,4370				
	UNIDAD GALENO QUIRURGICO:			\$ 1,3730				
	UNIDAD GALENO PRACTICA:			\$ 1,1870				
	UNIDAD GALENO PRACTICA PSICOLOGICA/PSIQUIATRICA:			\$ 1,3180				
	UNIDAD GASTO PENSION:			\$ 1,4720				
	UNIDAD GASTO QUIRURGICO:			\$ 1,5380				
	UNIDAD GASTOS RX:			\$ 0,5820				
	UNIDAD GASTO BIOQUIMICO:			\$ 1,5160				
	UNIDAD OTROS GASTOS:			\$ 0,1980				
CODIGO DE VALOR	GALENO CONSULTA	GALENO PRACTICA	GALENO PRACTICA PSIQUIATRICA PSICOLOGICA	GASTO QUIRURGICO	GASTO RADIOLOGICO	GASTO PENSION	OTROS GASTOS	GASTO BIOQUIMICO O PREST. MEDICAS
1	1,437	1,187	1,318	1,538	0,582	1,472	0,198	1,516
2		1,039	1,154	1,346	0,509		0,173	1,327
3		1,056	1,173	1,369	0,518		0,176	1,349
CODIGO DE VALOR:								
1	VALORES ESTABLECIDOS							
2	VALORES ESTABLECIDOS CON AJUSTE: -12,5% EN VALOR DE PRACTICAS DE DIAGNOSTICO							
3	VALORES ESTABLECIDOS CON AJUSTE: -11% EN VALOR DE PRACTICAS RADIOLOGICAS							

**ANEXO VII**

**TITULO I - PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA  
SECCION I - PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES  
CAPITULOS I AL VI**

Código	Descripción	UNIDADES				IMPORTES				Total	Ind	Val	Cat	B
		Espec.	Ayudan	C Anest.	Honora	Espec.	Ayudan	Anest.	Honora					
290106	ELECTROMIOGRAFIA CON VELOCIDAD DE CONDUCCION. #+C.....	22,50		120,60	26,71			26,71	23,88	50,59	C	2	A	S
					30,72			30,72	23,88	54,60			B	
					34,72			34,72	23,88	58,60			C	

NORMA DICTAMENES DEL I.N.O.S. "EL CODIGO 29.01.06 INCLUYE AL 29.01.04, POR LO QUE NO PODRA FACTURARSE SU SUMATORIA" INCLUYE AGUJA.

32 PEDIATRIA.....

NORMA VER NORMAS GENERALES PARA PRACTICAS MEDICAS EN CAP. VII -CODIGO INTERNO 99.13-.

320104	ATENCION DEL RECIEN NACIDO NOR MAL O PATOLOGICO EN SALA DE PARTOS .....	87,75		120,48			120,48			120,48	I	1	A	
					138,55			138,55		138,55			B	
					156,62			156,62		156,62			C	

NORMA LA FACTURACION DEL CODIGO 32.01.04 EXIGE LA PRESENCIA DE PEDIATRA O NEONATOLOGO ANTES DEL NACIMIENTO E INCLUYE LA ATENCION DEL NACIDO NORMAL, PATOLOGICO, PREMATURO O DEPRIMIDO -CUALQUIERA FUERE LA HORA O EL DIA DE ATENCION-Y TODAS LAS PRACTICAS Y/O MANIOBRAS DE REANIMACION QUE DEMANDE - INTUBACION, VENTILACION ASISTIDA, VENOPUNTURA, CANALIZACION UMBILICAL, ADMINISTRACION DE LIQUIDOS PARENTALES, ETC.-Y TODA LA ATENCION NECESARIA DURANTE LAS CUARENTA Y OCHO HORAS POSTERIORES AL NACIMIENTO.

40 TERAPIA INTENSIVA.....

400101	ARANCEL GLOBAL POR CADA 24 HO RAS DE ATENCION.....	39,75	39,75	196,00	54,58 62,77 70,95	54,58 62,77 70,95	288,51 288,51 288,51	343,09 O 351,28 359,46	1	A B C
--------	---	-------	-------	--------	-------------------------	-------------------------	----------------------------	------------------------------	---	-------------

UNIDADES IMPORTES

Código	Descripción	Espec.	Ayudan	C Anest.	Honora	Gastos	Espec.	Ayudan	Anest.	Honora	Gastos	Total	Ind	Val	Cat	B
--------	-------------	--------	--------	----------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	-------	-----	-----	-----	---

NORMA DICTAMENES DEL I.N.O.S. "EL ARANCEL DE ESTE CODIGO COMPRENDE LA REALIZACION DE UN E.C.G. HOLTER 24 HS. (CODIGO 17.01.18), SI FUERE REQUERIDO".

"LOS CODIGOS 40.01.04 Y 28.01.10 NO ESTAN INCLUIDOS EN ESTE CODIGO. ES DE DESTACAR QUE PARA SU FACTURACION SE DEBE CONTAR CON EL INSTRUMENTAL NECESARIO PARA DICHAS PRACTICAS Y JUSTIFICAR SU UTILIZACION".

A PARTIR DEL 1/05/89, POR RES. 737/89-MSAS, JUNTO CON ESTE CODIGO SE FACTURARA ELCODIGO 43.10.02. ADEMAS, POR CADA DIA EN QUE SE HAYA BRINDADO ASISTENCIA RESPIRATORIA SE FACTURARA EL CODIGO 43.11.03 O BIEN 43.11.05 CUANDO SE TRATE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATOLOGICA.

42 ASISTENCIA EN CONSULTORIO, DOMICILIO E INTERNACION.....

NORMA

A) EL ARANCEL PREVISTO PARA LAS VISITAS COMPRENDIDAS EN EL CODIGO 42.02.01 Y 42.02.03 CORRESPONDE A LAS REALIZADAS DENTRO DEL RADIO URBANO . LAS VISITAS EFECTUADAS FUERA DE ESE RADIO, SE FACTURARAN CON EL ADICIONAL CONTEMPLADO EN EL CODIGO 42.02.02.

B) CUANDO A UN BENEFICIARIO LE EFECTUARAN MAS DE TRES (3) CONSULTAS Y/O VISITAS EN UN MISMO MES O MAS DE UNA CONSULTA Y/O VISITA EN EL MISMO DIA SE DEBERA ADJUNTAR HISTORIA CLINICA JUNTO A LA FACTURACION DE LAS CONSULTAS Y/O VISITAS.

C)EL CODIGO 42.01.03 COMPRENDE LAS CONSULTAS MEDICAS REQUERIDAS EN EL CONSULTORIO PERSONAL DEL MEDICO, FUERA DE LOS HORARIOS PROGRAMADOS, ENTRE LAS 21 HORAS Y LAS 7 HORAS Y DESDE LAS 18 HORAS DEL SABADO A LAS 24 HORAS DEL DIA DOMINGO Y LAS 24 HORAS DE LOS DIAS FERIADOS. EXCLUYE LAS CONSULTAS EFECTUADAS EN SERVICIOS DE GUARDIA O EMERGENCIA.

DICTAMENES DEL I.N.O.S. EL CODIGO 42.01.03.."NO PODRA FACTURARSE PARA CONSULTAS DESPUES DE LAS 21.00 HS. SI EL HORARIO HABITUAL DE ATENCION FUESE DE 19.00 A 24.00, YA QUE NO CONFIGURAN EXCEPCIONALIDAD".

D)EL CODIGO 42.02.03 COMPRENDE LAS VISITAS MEDICAS REALIZADAS EN EL DOMICILIO HABITUAL DEL PACIENTE ENTRE LAS 21 HORAS Y LAS 7 HORAS Y DESDE LAS 18 HORAS DEL SABADO A LAS 24 HORAS DEL DIA DOMINGO Y LAS 24 HORAS DE LOS DIAS FERIADOS.

E)EL CODIGO 42.03.03 COMPRENDE LA CONSULTA OCASIONAL REALIZADA POR UN MEDICO CUYA ESPECIALIZACION SEA AFIN CON LA PATOLOGIA QUE PRESENTA EL PACIENTE Y SOLICITADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DE LA ATENCION EN INTERNACION.

DICATMENES DEL I.N.O.S. "EL TRATAMIENTO LOCAL CON INFILTRACIONES INTRALESIONALES CON CORTICOIDES EN PSORIASIS Y AFECCIONES AFINES SE CONSIDERA INCLUIDO EN EL ARANCEL DE LA CONSULTA".

4201 CONSULTA.....

420101	CONSULTA MEDICA.....	10,00	10,00		14,37 16,53 18,68	14,37 16,53 18,68	14,37 16,53 18,68	E 1	A B C
--------	----------------------	-------	-------	--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-----	-------------

UNIDADES IMPORTES

Código	Descripción	Espec.	Ayudan	C Anest.	Honora	Gastos	Espec.	Ayudan	Anest.	Honora	Gastos	Total	Ind	Val	Cat	B
--------	-------------	--------	--------	----------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	-------	-----	-----	-----	---

NORMA A PARTIR DEL 1/1/86 Y HASTA EL 31/3/87, LOS VALORES FUERON ESTABLECIDOS DIRECTAMENTE EN AUSTRALES. A PARTIR DEL 1/4/87 EL VALOR QUEDA FIJADO NUEVAMENTE EN GALENOS.

420103	CONSULTA MEDICA EN HORARIO NOC TURNO Y/O DIAS FERIADOS.....	11,00	11,00		15,81 18,18 20,55	15,81 18,18 20,55	15,81 18,18 20,55	E 1	A B C
--------	--	-------	-------	--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-----	-------------

NORMA HASTA EL 31/3/87 EL VALOR ERA ESTABLECIDO DIRECTAMENTE EN AUSTRALES. DICATMENES DEL I.N.O.S. EL CODIGO 42.01.03.."NO PODRA FACTURARSE PARA CONSULTAS DESPUES DE LAS 21 HS. SI EL HORARIO HABITUAL DE ATENCION FUESE DE 19.00 A 24.00, YA QUE NO CONFIGURAN EXCEPCIONALIDAD".

4202 VISITA.....

420201	VISITA MEDICA	12,00	12,00		17,24 19,83 22,41	17,24 19,83 22,41	17,24 19,83 22,41	E 1	A B C
--------	---------------	-------	-------	--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-----	-------------

NORMA A PARTIR DEL 1/1/86 Y HASTA EL 31/3/87, LOS VALORES FUERON ESTABLECIDOS DIRECTAMENTE EN AUSTRALES. A PARTIR DEL 1/4/87 EL VALOR QUEDA FIJADO NUEVAMENTE



EN GALENOS.

420202	ARANCEL POR C/10 KM.RECORR.FUE RA DEL RADIO URBANO-SE ADICIO NARA.	3,00	3,00	4,31 4,96 5,60	4,31 4,96 5,60	4,31 4,96 5,60	E 1	A B C
--------	--	------	------	----------------------	----------------------	----------------------	-----	-------------

NORMA PARA LA OPCION DE LA RES. 264/86, ESTA HABIA REDEFINIDO ESTE CODIGO A PARTIR DEL 1/3/86 COMO CODIGO 42.02.03. LA RES. 328/86 LO VOLVIO A SU CODIGO ANTERIOR A PARTIR DEL 1/7/86.

420203	VISITA MEDICA EN HORARIO NOC TURNO Y/O DIAS FERIADOS.....	13,00	13,00	18,68 21,48 24,28	18,68 21,48 24,28	18,68 21,48 24,28	E 1	A B C
--------	--	-------	-------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-----	-------------

NORMA HASTA EL 31/3/87 EL VALOR ERA ESTABLECIDO DIRECTAMENTE EN AUSTRALES.

Código	Descripción	UNIDADES				IMPORTES				Total	Ind	Val	Cat	B	
		Espec.	Ayudan	C Anest.	Honora	Gastos	Espec.	Ayudan	Anest.						Honora
4203	HONORARIOS MEDICOS EN INTERNACION.....														
420301	ATENCION MEDICA EN INTERNACION	10,00				14,37			14,37		14,37	E 1	A		
	CLINICA,POR DIA DE INTERNACION					16,53 18,68			16,53 18,68		16,53 18,68		B C		

NORMA HASTA EL 30/9/86 ESTE CODIGO ERA APLICABLE A LOS PRIMEROS 3 DIAS, Y EL CODIGO 42.03.02. A CADA DIA DE ATENCION SUBSIGUIENTE.  
EL CODIGO 42.03.02. FUE ANULADO A PARTIR DEL 1/10/86 POR RES. 946/86 DE LA SECRETARIA DE SALUD.

420303	INTERCONSULTA ESPECIALIZADA EN INTERNACION.....	12,00		12,00		17,24 19,83 22,41			17,24 19,83 22,41		17,24 19,83 22,41	E 1	A B C		
--------	--	-------	--	-------	--	-------------------------	--	--	-------------------------	--	-------------------------	-----	-------------	--	--

### ANEXO VIII

#### TITULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA SECCION I – PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES CAPITULO VII – NORMAS GENERALES Y PARTICULARES

Código Descripción  
9901 NORMAS GENERALES DE TRABAJO

4 -EL SEMPRE ABONARA A EL PRESTADOR DE ACUERDO A NORMAS Y DISCRIMINACIONES DEL NOMENCLADOR NACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS Y SANATORIALES VIGENTES AL 01-03-91, A LOS VALORES QUE SE ESTABLECEN EN EL PRESENTE NOMENCLADOR, Y LA CATEGORIZACION PROFESIONAL ESTABLECIDA POR LA RESOLUCION Nº 228/88 I.N.O.S. SE LIQUIDARA CODIFICANDO LAS DEDUCCIONES, DEVOLUCIONES Y/O CREDITOS CON CODIGOS DE ERROR EN LIQUIDACIONES INDIVIDUALES Y SE LES APLICARA TOPE EN CONSULTAS, DE ACUERDO AL SISTEMA DE MEDICION QUE POR ESPECIALIDAD Y POR PACIENTES ATENDIDOS EFECTUA SEMPRE, ABONANDO EL RESTO QUE RESULTE COMO CONSULTAS EXCEDENTES A \$ 10,00.  
LA INFORMACIÓN DEBERÁ SER PRESENTADA EN SOPORTE MAGNÉTICO.

### ANEXO IX

#### TITULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA SECCION I – PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES CAPITULO VIII – PRACTICAS MODULADAS

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social	IMPORTES			Ind	Val	Cat	Bon
				En Prestador	Pago al Prestador					
7001	POTENCIALES EVOCADOS.....									
	NORMA A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGIA U OTORRINOLANRINGOLOGIA, ESTOS ULTIMOS CON ENTRENAMIENTO APROPIADO EN EL METODO DEBIDAMENTE ACREDITADO. B)-NORMAS: 1-DEBERAN SER SOLICITADOS POE ESPECIALISTAS EN: OTORRINOLARINGOLOGIA, OFTAMOLOGIA Y NEUROLOGIA. 2-A LA FACTURACION SE ADJUNTARA EL REGISTRO GRAFICO E INFORME DE LA PRACTICA.									
700101	POTENCIALES EVOCADOS..... ESTUDIO SIN AGREGADOS. #+C.....	55,00	13,00			55,00			A B C	S
700102	POTENCIALES EVOCADOS.....	88,00	20,00			88,00			A	

2 ESTUDIOS O ESTUDIO CON AGREGADO. #+C.....						B C
700103 POTENCIALES EVOCADOS..... 3 ESTUDIOS O 2 ESTUDIOS CON AGREGADOS. #+C.....	110,00	26,00		110,00		A S B C
710101 ECOCARDIOGRAMA DOPPLER BLANCO Y NEGRO. #+C*.....	137,00		59,00	78,00	3	A B B C

NORMA A) REQUISITOS:

- 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.
  - 2-ACREDITACION DE CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS.
- B) NORMAS: EN EL INFORME DE LA PRACTICA DEBERA CONSTAR:
- 1-TIPIFICACION DE CUADRO CLINICO Y MOTIVO DE LA SOLICITUD.
  - 2-DESCRIPCION DE MEDICIONES SOBRE:

- # : Requieren autorización previa
- \* : Con pago de coseguro al prestador
- + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"
- C : Con pago de coseguro en la Obra Social
- & : En internación no requiere pago de coseguro
- I : Requiere internación
- [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

IMPOR TES

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social	En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat	Bon
	-VELOCIDAD DE FLUJO- -CAMARAS CARDIACAS- -VALVULAS- -DETERMINACION VALORACION DE LAS PRESIONES. -DETERMINACION VALORACION DE SOPLOS Y CORTOCICUITOS. -DIAGNOSTICO Y/O COMENTARIO.								

710102 ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR #+C*.....	198,00		111,00	87,00	3	A B B C
--	--------	--	--------	-------	---	---------------

NORMA A) REQUISITOS:

- 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.
  - 2-ACREDITACION DE CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS.
- B) NORMAS: EN EL INFORME DE LA PRACTICA DEBERA CONSTAR:
- 1-TIPIFICACION DE CUADRO CLINICO Y MOTIVO DE LA SOLICITUD.
  - 2-DESCRIPCION DE MEDICIONES SOBRE:
- VELOCIDAD DE FLUJO-
  - CAMARAS CARDIACAS-
  - VALVULAS-
  - DETERMINACION VALORACION DE LAS PRESIONES.
  - DETERMINACION VALORACION DE SOPLOS Y CORTOCICUITOS.
  - DIAGNOSTICO Y/O COMENTARIO.

710103 ERGOMETRIA COMPUTARIZADA. #+C*.....	55,00		26,00	29,00	3	A B B C
---	-------	--	-------	-------	---	---------------

NORMA A) REQUISITOS:

- 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-
- B) NORMAS:
- 1-INFORME COMPLETO.
  - INCLUYE MONITOREO Y TRAZADOS ELECTROCARDIOGRAFICOS NECESARIOS.

710104 PRESUROMETRIA. #+C*.....	110,00		41,00	69,00	3	A B B C
------------------------------------	--------	--	-------	-------	---	---------------

- # : Requieren autorización previa
- C\* : Con pago de coseguro al prestador
- + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"
- C : Con pago de coseguro en la Obra Social
- & : En internación no requiere pago de coseguro
- I : Requiere internación
- [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

IMPOR TES

Valor	Coseguros a Pagar	Pago al
-------	-------------------	---------

Código	Descripción	Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador	Ind	Val	Cat	Bon
--------	-------------	--------	-------------	--------------	-----------	-----	-----	-----	-----

NORMA A) REQUISITOS:  
1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-  
B) NORMAS:  
1-INFORME COMPLETO.-

7201 DENSITOMETRIA OSEA

NORMA A) REQUISITOS:  
1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-  
B) NORMAS:  
1-INFORME COMPLETO.-

720101	DENSITOMETRIA OSEA - UN AREA #+C*.....	77,00		19,00	58,00	3		A B C	B
--------	---	-------	--	-------	-------	---	--	-------------	---

720102	DENSITOMETRIA OSEA - MAS DE DOS AREAS Y CUERPO ENTERO. #+C*.....	99,00		32,00	67,00	3		A B C	B
--------	--	-------	--	-------	-------	---	--	-------------	---

7301 GASTROENTEROLOGIA

730101	PAPILO-ESFINTEROMIA ENDOSCO- PICA. #+C*l.....	1.373,00		400,00	973,00			A B C	B
--------	---	----------	--	--------	--------	--	--	-------------	---

NORMA B) NORMAS:  
1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, COMO ASIMISMO EL CODIGO 20.01.23 CON TODOS SUS COMPONENTES. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA.-  
2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-

# : Requieren autorización previa  
C\* : Con pago de coseguro al prestador  
+ : Debe adjuntar a la descripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"  
C : Con pago de coseguro en la Obra Social  
& : En internación no requiere pago de coseguro  
l : Requiere internación  
[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social	Pago al En Prestador	Prestador	Ind	Val	Cat	Bon
--------	-------------	-----------------	----------------------------------	-------------------------	-----------	-----	-----	-----	-----

730102	ESOFAGOGASTRODUODENOVIDEOS- COPIA. #+C*.....	200,00		61,00	139,00			A B C	B
--------	--	--------	--	-------	--------	--	--	-------------	---

NORMA A) REQUISITOS:  
1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-  
2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA.-  
B) NORMAS:  
1-INFORME COMPLETO.-  
2-EL ARANCEL INCLUYE EVENTUAL TOMA DE BIOPSIA Y/O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO.-

730103	COLONOVideoscopia. #+C*.....	200,00		77,00	123,00			A B C	B
--------	---------------------------------	--------	--	-------	--------	--	--	-------------	---

NORMA A) REQUISITOS:  
1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-  
2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA.-  
B) NORMAS:  
1-INFORME COMPLETO.-  
2-EL ARANCEL INCLUYE EVENTUAL TOMA DE BIOPSIA Y/O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO

730104	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA GAS- TRICA POR VIDEO. #+C*.....	93,00		40,00	53,00	1		A B C	B
--------	--	-------	--	-------	-------	---	--	-------------	---

## NORMA A) REQUISITOS:

- 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-
- 2-DEBE SER REALIZADA POR MEDICO ESPECIALISTA.-

## B) NORMAS:

- 1-INFORME COMPLETO.-
- 2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA LA PRACTICA CONVENCIONAL.-

730105	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA COLO- NICA POR VIDEO.	330,00	56,00	274,00	1	A	B B C
	#+C*.....						

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestado

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

&amp; : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor		Coseguros a Pagar		Pago al		Ind	Val	Cat	Bon
		Modulo		En O.Social	En Prestador	Prestador	Ind				

## NORMA A) REQUISITOS:

- 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-
- 2-DEBE SER REALIZADA POR MEDICO ESPECIALISTA.-

## B) NORMAS:

- 1-INFORME COMPLETO.-
- 2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA LA PRACTICA CONVENCIONAL.

730106	VIDEOCOLECISTECTOMIA.	2.417,00		500,00	1.917,00		A	B B C
	#+C*1.....							

## NORMA B) NORMAS:

1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA.-

2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-

730107	PH METRIA 24 HS COMPUTARIZADA.....	154,00	42,00		154,00		A	B B C
	#+C.....							

## NORMA A) REQUISITOS:

- 1- DEBEN SER REALIZADAS POR ESPECIALISTA.
- 2- REGISTRO EN OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.
- 3- ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN.

## B) NORMAS

1- AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA PRÁCTICA CON HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.

2- INFORME COMPLETO.

3- EL MÓDULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO.

C) VALORES APLICABLES A PRACTICAS 73.01.07 A 73.01.10

1- CUANDO SE FACTURE LA 1° PRÁCTICA ANUAL AUTORIZADA, EL VALOR DE LA PRESTACIÓN SERÁ EL ASIGNADO EN COLUMNA VALOR MODULO.

2- CUANDO SE FACTURE LA 2° PRACTICA ANUAL AUTORIZADA, EL VALOR DE LA PRESTACIÓN CORRESPONDERÁ AL 50% DE LOS MONTOS ASIGNADOS EN COLUMNA VALOR

MODULO.

3- CUANDO SE SUPERE LA CANTIDAD DE DOS ANUALES, EL VALOR DE LA PRESTACIÓN CORRESPONDERÁ AL 30% DE LOS MONTOS ASIGNADOS EN COLUMNA VALOR MODULO.

## D) COSEGUROS

1- SERÁ ABONADO EN SEMPRE EL COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO Y CORRESPONDERÁ AL 30% DE LOS MONTOS ASIGNADOS EN COLUMNA VALOR MODULO.

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

&amp; : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador					
730108	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTARIZADA #+C.....	198,00		54,00	198,00			A B C	
NORMA	VER NORMAS CODIGO 730107								
730109	MANOMETRIA ANO RECTAL COMPUTARIZADA #+C.....	198,00		54,00	198,00			A B C	
NORMA	VER NORMAS CODIGO 730107								
730110	BIOFEEDBACK (POR SESION) #+C*.....	38,00		10,00	38,00			A B C	
NORMA	VER NORMAS CODIGO 730107								

7401 GINECOLOGIA

740101	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANS- VAGINAL. #+C*.....	88,00			30,00	58,00		A B C	B
--------	--	-------	--	--	-------	-------	--	-------------	---

NORMA A:REQUISITOS:

1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.

2-ACREDITACION DE CAPACITACION NO INFERIOR A SEIS (6) MESES EN SERVICIOS RECONOCIDOS.

B) NORMAS:

1-INFORME COMPLETO.

2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA LA PRACTICA CONVENCIONAL.

740102	VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA #+C*1.....	1000,00			150,00	850,00		A B C	
--------	---	---------	--	--	--------	--------	--	-------------	--

NORMA B) NORMAS:

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

&amp; : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador					
740103	CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO. #+C*.....	115,00		34,00	81,00	1		A B C	B

NORMA A) REQUISITOS:

1) REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-

B) NORMAS:

1) INFORME COMPLETO.-

740104	VIDEOCIRUGIA SOBRE ANEXOS UTE- RINOS Y/O LIBERACION DE ADHE-	2.200,00			500,00	1.700,00		A B	
--------	---	----------	--	--	--------	----------	--	--------	--

RENCIAS Y/O MIOMECTOMIA. C  
 INCLUYE 740102  
 #+C\*I.....

NORMA A).REQUISITOS:  
 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.  
 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA O EN CIRUGIA.  
 B) NORMAS:  
 EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES, EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA. SERA DE APLICACION ALTERNATIVA A LOS CODIGOS DEL NOMENCLADOR NACIONAL 11.01.01, 11.01.04 Y 11.02.04.-

740105 VIDEOHISTERECTOMIA TOTAL CON O 2.417,00 500,00 1.917,00 A  
 SIN ANEXECTOMIA. B  
 INCLUYE 740102 C  
 #+C\*I.....

# : Requieren autorización previa  
 C\* : Con pago de coseguro al prestador  
 + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"  
 C : Con pago de coseguro en la Obra Social  
 & : En internación no requiere pago de coseguro  
 I : Requiere internación  
 [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

IMPOR TES

Código	Descripción	Valor		Coseguros a Pagar		Pago al		Cat	Bon
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador	Ind Val			

NORMA A).REQUISITOS:  
 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.  
 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA O EN CIRUGIA.  
 B).NORMAS:  
 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES, EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA. SERA DE APLICACION ALTERNATIVA A LOS CODIGOS DEL NOMENCLADOR NACIONAL 11.02.01 Y 11.02.03.  
 2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A VALORES VIGENTES.

740106 MODULO CONTROL MAMARIO 93,00 93,00 A  
 MUJERES DE 40 A 49 AÑOS: UN CONTROL, UNA (1) VEZ POR AÑO  
 B  
 MUJERES A PARTIR DE LOS 50 AÑOS: UN CONTROL, UNA (1) VEZ CADA DOS (2) AÑOS.  
 C  
 ESTE MODULO COMPRENDE LOS CÓDIGOS 34.06.01 X 3 Y 18.01.06

7501 NEUROLOGIA

750101 MAPEO CEREBRAL. 154,00 50,00 104,00 A B  
 #+C\*..... B  
 C

NORMA A) REQUISITOS:  
 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-  
 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA.-  
 B) NORMAS:  
 1-INFORME COMPLETO CON REGISTROS GRAFICOS.-

750102 ELECTROENCEFALOGRAMA DE HOLTER 143,00 40,00 103,00 A B  
 #+C\*..... B  
 C

NORMA A) REQUISITOS:  
 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-  
 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA.-  
 B) NORMAS:  
 1-INFORME COMPLETO CON REGISTROS GRAFICOS.-

# : Requieren autorización previa  
 C\* : Con pago de coseguro al prestador  
 + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"  
 C : Con pago de coseguro en la Obra Social  
 & : En internación no requiere pago de coseguro  
 I : Requiere internación  
 [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				
750201	MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA	1.977,00		475,00	1.502,00		A B C	
	#+C*l.....							

## NORMA NORMA:

1)-REQUISITOS: A REALIZAR POR PROFESIONALES ACREDITADOS EN LA ESPECIALIDAD: NEUROLOGO, NEUROCIRUJANO Y/O TERAPISTA.

2)-AUTORIZACION PREVIA DE LA OBRA SOCIAL, LA AUDITORIA MEDICA LLEVARA A CABO AUDITORIA EN TERRENO.

3)-INCLUYE: TODOS LOS CONCEPTOS: COLOCACION Y RETIRO DE CATETER, MONITOREO DIARIO CUALQUIERA SEA LA CANTIDAD DE DIAS, FIBRA OPTICA, MONITOR, ETC. EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACION ES COMPLEMENTARIA DE LA FACTURACION POR TERAPIA INTENSIVA O INTERMEDIA SEGUN CORRESPONDA.

4)-COSEGURO: A/C AFILIADO, ABONA DIRECTAMENTE AL PRESTADOR CON APLICACION DE ESCALA.(VER CODIGO 59.01.).

## 7601 OFTALMOLOGIA

760101	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CATARATA + LIO POR TODO CONCEPTO	1.373,00		279,00	1094,00	1	A B C	B
	#+C*.....							

## NORMA B) NORMAS:

1-EL MODULO INCLUYE: HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, PROVISION DE LENTE INTRAOCULAR Y LA REALIZACION DE YAG LASER HASTA SEIS (6) MESES POSTERIORES AL IMPLANTE

760102	FACOFRAGMENTACION ULTRASONICA DE CATARATA + LIO POR TODO CON CEPTO.	1.703,00		483,00	1.220,00	1	A B C	B
	#+C*.....							

## NORMA B) NORMAS:

EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, PROVISION DE LENTE INTRAOCULAR Y LA REALIZACION DE YAG LASER HASTA SEIS (6) MESES POSTERIORES AL IMPLANTE.

760103	YAG LASER - FOTOCOAGULACION - POR CADA OJO.	549,00		44,00	505,00	1	A B C	B
	#+C*.....							

## # : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

& : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				

## NORMA A) REQUISITOS:

1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-

2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA.-

## B) NORMAS:

1-INFORME COMPLETO.-

760104 RETINOFLUORESCEINOGRAFIA POR

	ANGIOGRAFIA DIGITAL (POR CADA OJO). #+C*.....	71,00	13,00	58,00					A
	NORMA A)-NORMAS 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. 2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA PRACTICA CONVENCIONAL. 3-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO 4-INFORME COMPLETO. B)-EXCLUYE 1-MATERIAL DE CONTRASTE 2-MEDICAMENTO								
7701	OTORRINOLARINGOLOGIA								
770101	RINOFIBROLARINGOSCOPIA. #+C*.....	44,00	20,00	24,00					A B B C
	NORMA A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO POR CADA UNA DE LAS ZONAS QUE LA COMPONEN: NARIZ - FARINGE Y LARINGE.- 2-INCLUYE EVENTUAL TOMA DE BIOPSIA Y/O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO.-								
7801	CARDIOLOGIA								
	# : Requieren autorización previa C* : Con pago de coseguro al prestador + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales" C : Con pago de coseguro en la Obra Social & : En internación no requiere pago de coseguro I : Requiere internación [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción								
I M P O R T E S									
			-----						
Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social	En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat	Bon
780101	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO COLOR. #+C*.....	154,00		69,00	85,00			A B B C	
	NORMA A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTRO GRAFICO.-								
780102	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO BLANCO Y NEGRO. #+C*.....	121,00		43,00	78,00			A B B C	
	NORMA A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTRO GRAFICO.-								
780103	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO COLOR. #+C*.....	198,00		111,00	87,00	3		A B B C	
	NORMA A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTRO GRAFICO.-								
780104	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	137,00		63,00	74,00	3		A B	



LLO BLANCO Y NEGRO.

#+C\*.....

B

C

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

&amp; : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor	Coseguros a Pagar		Pago al	Ind	Val	Cat	Bon
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador				

NORMA A) REQUISITOS:

1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-

2-CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS.-

B) NORMAS:

1-INFORME COMPLETO CON REGISTRO GRAFICO.-

79 UROLOGIA/NEFROLOGIA

790101	ECOGRAFIA VESICO-PROSTATICA TRANSRECTAL. #+C*.....	88,00		26,00	62,00			A B C	B
--------	--	-------	--	-------	-------	--	--	-------------	---

NORMA A) REQUISITOS:

1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-

2-CAPACITACION NO INFERIOR A SEIS (6) MESES EN SERVICIOS RECONOCIDOS.-

B) NORMAS:

1-INFORME COMPLETO.-

2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA PRACTICA CONVENCIONAL.-

790102	ESTUDIO URODINAMICO. #+C*.....	203,00		71,00	132,00		3	A B C	B
--------	-----------------------------------	--------	--	-------	--------	--	---	-------------	---

NORMA A) REQUISITOS:

1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-

2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA.-

B) NORMAS:

1-INFORME COMPLETO.-

790103	FLUJOMETRIA. #+C*.....	77,00		25,00	52,00		3	A B C	B
--------	---------------------------	-------	--	-------	-------	--	---	-------------	---

NORMA A) REQUISITOS:

1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-

2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA.-

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

&amp; : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor	Coseguros a Pagar		Pago al	Ind	Val	Cat	Bon
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador				

CALCULOS RENALES Y URETERALES

#\*C\*I.....

B

C

B) NORMAS:

1-INFORME COMPLETO CON REGISTRO GRAFICO.-

790104	LITOTRIZIA EXTRACORPOREA PARA	2.109,00		481,00	1.628,00			A	
--------	-------------------------------	----------	--	--------	----------	--	--	---	--

NORMA A) REQUISITOS:

1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-

2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA.-

B) NORMAS:

1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO (ANESTESIA, HONORARIOS, INTERNACION, LABORATORIO, MEDICAMENTOS, MATERIAL DESCARTABLE INCLUIDO EL CATETER DOBLE J, ETC.), Y LA CANTIDAD DE SESIONES NECESARIAS.

2-SI POR CAUSAS MEDICAS SE REQUIRIO LA COLOCACION DE CATETER DOBLE J, PREVIO A LA LITOTRIZIA, EL PRESTADOR FACTURARA AL SEMPRES EL VALOR DE \$ 1.140 MENOS \$ 160 EN CONCEPTO DE CATETER Y SU COLOCACION.-

3-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-

790105	MODULO MULTIPUNCION PROSTATICA (INCLUYE PUNCION, ECOGRAFIA TRANSRECTAL, AGUJA PARA PUNCION AUTOMATICA)	352,00	96,00	256,00	A
	#+C*.....				

NORMA A)-REQUISITOS:

1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.

2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN UROLOGIA / DIAGNOSTICO POR IMÁGENES INTERVENCIONISTA.

B)-NORMAS:

1-INFORME COMPLETO.-

2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA PRÁCTICA CONVENCIONAL.-

3-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR SEMPRES PARA PRACTICA MODULADA.-

IMPOR TES

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				
790106	MODULO MULTIBIOPSIA PROSTÁTICA #+C*.....	96,00		17,00	79,00		A	

NORMA A)-NORMAS

1-INFORME COMPLETO.-

2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA PRÁCTICA CONVENCIONAL.-

3-HASTA 7 TOMAS REMITIDAS: SE RECONOCE CODIGO 790106 X 1.-

4-DESDE 8 A 14 TOMAS INCLUSIVE: SE RECONOCE CODIGO 790106 X 2.-

5-MÁS DE 15 TOMAS REMITIDAS EN FRASCOS SEPARADOS: SE RECONOCE CODIGO 790106 X 3.-

790201	HEMODIALISIS CON RIÑÓN ARTIFICIAL EN INSUFICIENCIA CRONICA POR SESION.	242,00			242,00		A B C	
--------	--	--------	--	--	--------	--	-------------	--

NORMA INCLUSIONES: HONORARIOS PROFESIONALES Y GASTOS EN SU TOTALIDAD. PRACTICAS MEDICAS, BIOQUIMICAS Y/O HEMATOLOGICAS EN SU TOTALIDAD. TRANSFUSION DE TODOS LOS ELEMENTOS DE LA SANGRE. SOLUCION DE USO INTRADIALITICOS, MEDICAMENTOS (TODOS) INCLUIDO ERITROPROYETINA. ACCESO VASCULAR-FISTULA ARTERIOVENOSA. MATERIAL DESCARTABLE EN SU TOTALIDAD. PRACTICAS PARA CONFORT, BIENESTAR PARA EL PACIENTE (MATERIAL DE LECTURA, REFRIGERIO, ETC).

TRASLADOS: COMPRENDE EL TRASLADO DESDE EL DOMICILIO DEL AFILIADO HASTA EL CENTRO DONDE SE REALIZA LA PRACTICA Y VICEVERSA. PRACTICAS EXIGIDAS PARA HEMODIALISIS LEY N° 22853.

EXCLUSIONES: TODA PRESTACION NO VINCULADA A LA DIALISIS.

790202	COLOCACION DE CATETER Y ENTRENAMIENTO POR UNICA VEZ (DIAL. PERITONEAL).	2.856,00			2.856,00		A B C	
--------	---	----------	--	--	----------	--	-------------	--

NORMA INCLUSIONES Y EXCLUSIONES: IDEM COD.79.02.01.

PREVIO AL ENTRENAMIENTO EL PRESTADOR TENDRA LA OBLIGACION DE VERIFICAR SI EL DOMICILIO DEL AFILIADO ES ADECUADO PARA REALIZAR LA PRACTICA EN ESE LUGAR. EN CASO DE NO SERLO LA MISMA SE LLEVARA A CABO EN LA INSTITUCION.

790203	DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA POR MES.	2.856,00			2.856,00		A B C	
--------	--	----------	--	--	----------	--	-------------	--

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social  
 & : En internación no requiere pago de coseguro  
 I : Requiere internación  
 [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				

NORMA INCLUSIONES Y EXCLUSIONES: IDEM COD.79.02.01.

790301	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL DONANTE DE RIÑON -ADULTO/PEDIATRICO	2.236,00			2.236,00			A B C
#+	.....							

## NORMAS -INCLUSIONES:

LABORATORIO NOMENCLADO Y NO NOMENCLADO  
 DIAGNOSTICO POR IMÁGENES  
 ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS Y RIESGO QUIRÚRGICO  
 EXAMEN GINECOLÓGICO Y/O ANDROLÓGICO  
 INTERCONSULTAS

## -EXCLUSIONES:

ESTUDIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD.  
 ESTUDIOS DE HEMODINAMIA.  
 ARANCELAMIENTO DE LAS EXCLUSIONES: TODA PRÁCTICA (HONORARIOS MÉDICOS Y GASTOS SANATORIALES) Y/O PRESTACIONES FUERA DE LAS MENCIONADAS COMO COMPRENDIDAS EN EL PRESENTE MÓDULO, SERÁN FACTURADAS EN FORMA SEPARADA A LOS VALORES DETERMINADOS POR SEMPRE, VIGENTES AL MOMENTO DE SU REALIZACIÓN LOS MEDICAMENTOS, MATERIALES DESCARTABLES, PRÓTESIS, ORTESIS, SUSTANCIAS DE CONTRASTE, ETC., PROVISTOS Y NO HABITUALMENTE UTILIZADOS EN EL PRE-TRANSPLANTE O CONSIDERADOS COMO EXCLUIDOS, SERÁN FACTURADOS A SEMPRE AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.

790302	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL RECEPTOR DE RIÑON – ADULTO / PEDIATRICO	3.915,00			3.915,00			A B C
#+	.....							

## NORMAS -INCLUSIONES

LABORATORIO  
 RADIOLOGÍA  
 INTERCONSULTAS  
 HISTOCOMPATIBILIDAD  
     COD. 210201 X 1      TIPIFICACIÓN HLA-ABC  
     COD. 210206 X 1      TIPIFICACIÓN HLA-DR  
     COD. 210203 X 1      CROSS MATCH CONTRA PANEL  
 HONORARIOS  
 ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				

-CUALQUIER OTRA PRESTACIÓN DE HISTOCOMPATIBILIDAD NO DETALLADA SE FACTURARÁ POR PRESTACIÓN

ARANCELAMIENTO DE LAS EXCLUSIONES: TODA PRÁCTICA (HONORARIOS MÉDICOS Y GASTOS SANATORIALES) Y/O PRESTACIONES FUERA DE LAS MENCIONADAS COMO COMPRENDIDAS EN EL PRESENTE MÓDULO, SERÁN FACTURADAS EN FORMA SEPARADA A LOS VALORES DETERMINADOS POR SEMPRE, VIGENTES AL MOMENTO DE SU REALIZACIÓN. LOS MEDICAMENTOS, MATERIALES DESCARTABLES, PRÓTESIS, ORTESIS, SUSTANCIAS DE CONTRASTE, ETC., PROVISTOS Y NO HABITUALMENTE UTILIZADOS EN EL PRE-TRANSPLANTE O CONSIDERADOS COMO EXCLUIDOS, SERÁN FACTURADOS A SEMPRE AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.

790303	MODULO AMBULATORIO POST TRANSPLANTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO - 1º SEMESTRE, POR MES	962,00			962,00			A B C
#+	.....							

NORMAS -INCLUYE:  
 CONSULTA MÉDICA  
 RADIOLOGÍA DE TÓRAX



- # : Requieren autorización previa  
 C\* : Con pago de coseguro al prestador  
 + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"  
 C : Con pago de coseguro en la Obra Social  
 & : En internación no requiere pago de coseguro  
 I : Requiere internación  
 [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor		Coseguros a Pagar		Pago al		
		Modulo	En O.Social	En Prestador	En Prestador	Ind	Val	Cat

## REQUISITOS

- 1-REGISTROS EN LA OBRA SOCIAL DE HABILITACION PARA LA PRACTICA DE ABLACION E IMPLANTE DE RIÑON Y URETER DEL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION IMPLANTE (INCUCAI)
- 2-SERAN REALIZADAS POR EQUIPO PROFESIONAL HABILITADO POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS JURIDICIONALES.
- 3-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO

## -INCLUSIONES

- 1- QUIRÓFANO: GASTOS Y DERECHOS QUIRÚRGICOS, CONSUMO DE OXIGENO, MONITOREO, INSTRUMENTACIÓN Y USO DE EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL ESPECIALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DEL TRANSPLANTE Y LA ABLACIÓN EN DADOR VIVO RELACIONADO O CADAVÉRICO, SI SE EFECTÚA EN LA ENTIDAD PRESTADORA.
- 2- HONORARIOS PROFESIONALES DE CIRUJANOS, AYUDANTES, MONITORISTAS, ANESTESIÓLOGOS, TÉCNICOS, CLÍNICOS, ESPECIALISTAS, INTERCONSULTORES, Y CONTROL CLÍNICO (CONSULTAS), POR 60 DÍAS A CONTAR DEL ALTA PACIENTE.
- 3- LABORATORIO: LA TOTALIDAD DE LAS PRÁCTICAS INCLUIDAS EN EL NOMENCLADOR NACIONAL DE ANÁLISIS CLÍNICOS, QUE FUERAN NECESARIAS EFECTUAR DURANTE EL PERÍODO CUBIERTO POR DICHO VALOR MODULAR, INCLUYÉNDOSE HEMATOLOGÍA, INFECTOLOGÍA Y RADIOINMUNOENSAYO.
- 4- HEMOTERAPIA: LOS GASTOS Y HONORARIOS MÉDICOS DE LAS PRÁCTICAS, LOS MATERIALES DESCARTABLES Y LOS ESTUDIOS DE SEROLOGÍA DE PRACTICAS NO NOMENCLADAS PARA TRANSFUSIONES.
- 5- DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES: TODAS LAS PRÁCTICAS NOMENCLADAS NECESARIAS DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA, MATERIALES DESCARTABLES Y MEDIOS DE CONTRASTE, ECOGRAFÍAS, ESTUDIO DINÁMICO RENAL.
6. OTRAS PRESTACIONES: ELECTROCARDIOGRAMAS Y KINESIOTERAPIA DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA DEL MÓDULO.
- 7- MEDICAMENTOS: MEDICACIÓN Y DOSAJE DE CICLOSPORINA Y PROVISIÓN DE DROGA EMPLEADA EN CIRUGÍA Y DURANTE EL PERÍODO DE INTERNACIÓN COMPRENDIDO EN EL MÓDULO.
- 8- MATERIAL DESCARTABLE: LOS EMPLEADOS EN CIRUGÍA Y PISO DE INTERNACIÓN, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO EN EL MÓDULO.
- 9- ABLACIÓN: INCLUYE LA ABLACIÓN DE ÓRGANO TANTO EN DADOR COMO EN RECEPTOR SI SE REALIZA EN LA ENTIDAD PRESTADORA.

## -EXCLUSIONES

- 1- HONORARIOS: ODONTOLÓGICOS Y PSIQUIATRICOS
- 2- LABORATORIO: ESTUDIOS INMUNOLÓGICOS
- 3- HEMOTERAPIA: KITS ESPECIALES (AFÉRESIS), LA SANGRE Y SUS DERIVADOS, QUE DEBERÁN SER PROVISTOS POR EL PACIENTE Y/O LA ENTIDAD PRESTADORA.
- 4- MEDICAMENTOS ESPECIALES COMO: CICLOSPORINA LINFOGLOBULINA, ANTILINFOCITARIA, ANTICUERPOS MONOCLONALES, CITOSTATICOS, QUIMIOTERAPICOS, GAMMAGLOBULINA HUMANA ENDOVENOSA, EXPANSORES PLASMATICOS (ALBUMINA, ETC), INTERFERONES INYECTABLES, FACTORES ANTIHEMOFILICOS, COMPLEJOS PRO-ROMBINICOS HUMANOS, FACTORES DE COAGULACION HEMOSTATICOS (TIPO PROTOMPLEX O SIMILARES), ACICLOVIR, GANCICLOVIR, IMIPENEM, PIPERACILINA, AMINOACIDOS, LIPIDOS, CEFALOSPORINAS DE 3° GENERACION, VANCOMICINA, MEDICAMENTOS NO PRODUCIDOS EN EL PAIS.
- 5- MATERIAL DESCARTABLE: PRÓTESIS, INJERTOS, PARCHES, MARCAPASOS DEFINITIVOS Y CUALQUIER OTRO ELEMENTO IMPLANTABLE.

- # : Requieren autorización previa  
 C\* : Con pago de coseguro al prestador  
 + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"  
 C : Con pago de coseguro en la Obra Social  
 & : En internación no requiere pago de coseguro  
 I : Requiere internación  
 [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

IMPORTES

Código	Descripción	Valor	Coseguros a Pagar		Pago al		
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador	Ind Val	Cat Bon

6- ABLACIÓN: HEMODIÁLISIS, TODA INTERNACIÓN, PRÁCTICA O ESTUDIO DEL DONANTE O DEL ÓRGANO, EXCEPTO LA ABLACIÓN, TRASLADO DEL RECEPTOR, DEL DONANTE O DEL ÓRGANO, CUALQUIER TIPO DE PRÁCTICA NO ENUNCIADA PRECEDENTEMENTE COMO INCLUIDA Y/O NO NOMENCLADA, ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS, ANATOMÍA PATOLÓGICA (ESTUDIO CITOPATOLÓGICO DE LA BIOPSIA RENAL PERCUTANEA), RESONANCIA MAGNÉTICA, ESTUDIOS HEMODINÁMICOS, TODA CIRUGÍA FUERA DE LAS ENUNCIADAS EN EL MÓDULO.

7- SITUACIONES NO PREVISTAS:

a) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE FALLEZCAN EN EL ACTO QUIRÚRGICO O EN LA PRIMERA SEMANA POSTERIOR AL MISMO, EL SEMPRES, DEBERÁ ABONAR DENTRO DE LAS 72 HORAS CORRIDAS DE PRESENTADA LA FACTURACIÓN EL 80% DEL MÓDULO.

b) PARA AQUELLOS QUE FALLECIERAN O SEAN DADOS DE ALTA CON POSTERIORIDAD AL PLAZO INDICADO EN INC A), EL SEMPRES DEBERÁ ABONAR EL TOTAL DEL MÓDULO.

c) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE HABIENDO SIDO TRANSPLANTADOS Y DURANTE LOS 7 (SIETE) DÍAS SUBSIGUIENTES AL ACTO QUIRÚRGICO DEBAN SER SOMETIDOS A CIRUGÍAS RELACIONADAS CON EL IMPLANTE, EL COSTO DE LOS MISMOS SE ENCUENTRA INCLUIDO EN LOS VALORES DEL MÓDULO.

TODA OTRA PRESTACIÓN Y/O CIRUGÍA NO RELACIONADA CON EL IMPLANTE SE FACTURARA POR SEPARADO A VALORES PACTADOS, VIGENTES A LA FECHA DE CADA PRESTACIÓN PRESTACIONES NO NOMENCLADAS A VALORES CONVENIDOS. MEDICAMENTOS Y MATERIALES DESCARTABLES SE FACTURARÁN A VALORES DE VENTA AL PÚBLICO.

d) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE NECESARIAMENTE DEBAN PERMANECER INTERNADOS CON POSTERIORIDAD A LOS DÍAS PREVISTOS EN MÓDULO DE TRANSPLANTE (20 DÍAS), Y QUE REQUIERAN PRESTACIONES Y ASISTENCIA MÉDICA EXCLUIDAS EN LA COBERTURA DEL TRANSPLANTE PRIMARIO POR LA FINALIZACIÓN DEL PLAZO INDICADO, ESTAS SE FACTURARÁN EN BASE A LAS MODALIDADES Y ARANCELES INDICADOS EN EL INC. C), ÚLTIMO PÁRRAFO.

e) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE HALLÁNDOSE EN OPERATIVO DE TRANSPLANTE, EL MISMO DEBIERA INTERRUPIRSE POR INDICACIÓN INTRAOPERATORIA EN EL RECEPTOR Y EL DONANTE HUBIERA SIDO ABLACIONADO, SE FACTURARÁ EL 40% DEL MÓDULO, AUN SI EL TRANSPLANTE NO SE HUBIERA LLEVADO A CABO.

f) LA ENTIDAD PRESTADORA PUEDE RESERVARSE EL DERECHO DE NO BRINDAR PRESTACIONES A AFILIADOS CUANDO SEAN REACTIVOS HIV POSITIVOS Y/O PORTADORES O PADEZCAN ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS O EL TRANSPLANTE, ESTE CONTRAINDICADO MEDICA O LEGALMENTE

g) EL VALOR MÓDULO EXCLUYE GASTOS DE TRANSPORTE AÉREO Y TERRESTRE POR OPERATIVOS DE ABLACIÓN REALIZADOS FUERA DEL ÁREA DE LA PROVINCIA.

h) EL SEMPRES SE HACE CARGO DE LOS GASTOS DE TRASLADOS DE OPERATIVOS FRUSTROS DEBIDAMENTE JUSTIFICADOS.

790307 OPERATIVO DE ABLACIÓN Y/O PROCURACIÓN DEL ORGANNO

NORMAS SERA ABONADO CON AJUSTE A NORMAS DEL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI)

790308 MODULO OPERATIVO TERRESTRE / AEREO

NORMAS SERA ABONADO CON AJUSTE A NORMAS DEL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI)

800101	CIRUGIA ARTROSCOPICA DIAGNOS- TICA Y/O TERAPEUTICA - MODULO POR TODO CONCEPTO. #+C*1.....	2.417,00	500,00	1.917,00	1	A B C
--------	--	----------	--------	----------	---	-------------

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

& : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIAS.- 2-CUANDO LA PATOLOGIA SEA ASOCIADA A UN GENU-VARUM O GENU-VALVUM Y DEBA EFECTUARSE UNA OSTEOTOMIA MAS UNA LIMPIEZA ARTICULAR SE RECONOCERAN LOS COSTOS DE INTERNACION Y LA CIRUGIA NOMENCLADA A LOS VALORES VIGENTES, QUEDANDO A CARGO DEL AFILIADO UNA TAZA ARTROSCOPICA DE \$ 500.- 3-PRACTICA MODULADA PARA ARTROSCOPIA DE RODILLA.							
800201	QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA (por sesión)	133,00			133,00			A B C
#+	.....							

NORMA	NORMAS: A)-REQUISITOS: 1-DISPONER DE LA INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 2-SERA REALIZADA POR ESPECIALISTAS: ONCOLOGOS, HEMATOLOGOS. B)-NORMAS: 1-LA FACTURACION DEBERA SER A TRAVES DE INSTITUCIONES SANATORIALES Y/O PROFESIONALES ESPECIALISTAS. 2-PRESCRIPCION EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2. 3-PROTOCOLO DE SOLICITUD DONDE CONSTE: TIPO DE TUMOR, PESO Y TALLA. 4-TRATAMIENTOS INSTITUIDOS HASTA LA FECHA DE SOLICITUD. 5-PLAN TERAPEUTICO DONDE CONSTE: DROGAS A ADMINISTRAR Y VIA DE ADMINISTRACION. 6-NUMERO DE CICLOS TOTALES PROGRAMADOS; CANTIDAD TOTAL DE MODULOS POR CICLO, ENTENDIENDOSE POR MODULOS: DIA DE ADMINISTRACION DE DROGAS (1 O MAS); NUMERO TOTAL DE MODULOS; TRATAMIENTO COMPLETO: NUMERO TOTAL DE CICLOS.- 7-LAS DROGAS A PRESCRIBIR SERAN DE ACUERDO AL FORMULARIO TERAPEUTICO DE SEMPRE, SEGUN STANDARES RECONOCIDOS. 8-INCLUYE: LAS CONSULTAS MEDICAS EN FECHA DE LA PRACTICA (SESION). HONORARIOS MEDICOS. INTERNACION EXCLUSIVA PARA TRATAMIENTO. MATERIAL DESCARTABLE. MEDICAMENTOS: TODOS LOS NECESARIOS EXCEPTO LAS DROGAS Y LOS COADYUVANTES. 9-EXCLUYE: SOLO LAS PRESTACIONES NO RELACIONADAS CON LA QUIMIOTERAPIA. DROGAS, DROGAS ANTIHEMATICAS DE ULTIMA GENERACION, CITOSTATICOS, COADYUVANTES Y PORT A CATH.							
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

- # : Requieren autorización previa  
 C\* : Con pago de coseguro al prestador  
 + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"  
 C : Con pago de coseguro en la Obra Social  
 & : En internación no requiere pago de coseguro  
 I : Requiere internación  
 [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				
800202	QUIMIOTERAPIA ENDOVESICAL (por sesión)	107,00			107,00			A B C
#+	.....							

NORMA	NORMAS: A)-REQUISITOS: 1-DISPONER DE LA INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 2-SERA REALIZADA POR ESPECIALISTAS: ONCOLOGOS, UROLOGOS. B)-NORMAS: 1-LA FACTURACION DEBERA SER A TRAVES DE INSTITUCIONES SANATORIALES Y/O PROFESIONALES ESPECIALISTAS. 2-PRESCRIPCION EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2. 3-PROTOCOLO DE SOLICITUD DONDE CONSTE: TIPO DE TUMOR, PESO Y TALLA. 4-TRATAMIENTOS INSTITUIDOS HASTA LA FECHA DE SOLICITUD.							
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

5-PLAN TERAPEUTICO DONDE CONSTE: DROGAS A ADMINISTRAR Y VIA DE ADMINISTRACION.  
 6-NUMERO DE CICLOS TOTALES PROGRAMADOS; CANTIDAD TOTAL DE MODULOS POR CICLO, ENTENDIENDOSE POR MODULOS: DIA DE ADMINISTRACION DE DROGAS (1 O MAS); NUMERO TOTAL DE MODULOS; TRATAMIENTO COMPLETO: NUMERO TOTAL DE CICLOS.-  
 7-LAS DROGAS A PRESCRIBIR SERAN DE ACUERDO AL FORMULARIO TERAPEUTICO DE SEMPRES, SEGUN STANDARES RECONOCIDOS.  
 8-INCLUYE:  
 LAS CONSULTAS MEDICAS EN FECHA DE LA PRACTICA (SESION).  
 HONORARIOS MEDICOS.  
 INTERNACION EXCLUSIVA PARA TRATAMIENTO.  
 MATERIAL DESCARTABLE.  
 MEDICAMENTOS: TODOS LOS NECESARIOS EXCEPTO LAS DROGAS Y LOS COADYUVANTES.  
 9-EXCLUYE:  
 SOLO LAS PRESTACIONES NO RELACIONADAS CON LA QUIMIOTERAPIA. DROGAS, DROGAS ANTIHEMATICAS DE ULTIMA GENERACION, CITOSTATICOS, COADYUVANTES.

800301	MODULO DE ACELERACION LINEAL DE ELECTRONES.	3.296,00	3.296,00	A
	#+.....			B
				C

NORMA A) REQUISITOS:  
 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.-  
 B)-NORMAS:

- # : Requieren autorización previa
- C\* : Con pago de coseguro al prestador
- + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"
- C : Con pago de coseguro en la Obra Social
- & : En internación no requiere pago de coseguro
- I : Requiere internación
- [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

IMPOR TES

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social En Prestador	Pago al Prestador Ind Val	Cat	Bon
	1-PRESCRIPCION EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N°2.- 2-INCLUYE: - CONSULTAS MEDICAS NECESARIAS.- - APLICACIONES NECESARIAS.- - PLANIFICACION Y TRATAMIENTOS COMPUTADOS.- - SIMULACION, LOCALIZACIONES NECESARIAS.- - MATERIAL DESCARTABLE.- -CONFECCION DE BLOQUES PLOMADOS.- -DOSIMETRIA Y CONTROL DE DOSIS "IN-VIVO".-					
8004	BRAQUITERAPIA					
	NORMA PRESCRIPCION E HISTORIA CLINICA. AUTORIZACION MEDICA DE LA OBRA SOCIAL. COBERTURA 100% EN PACIENTES ONCOLOGICOS. COBERTURA EN PACIENTES NO ONCOLOGICOS, POR REGIMEN COMUN. EL SEMPRES PODRA MODIFICAR EL VALOR DE LOS MODULOS EN CASO DE INCREMENTARSE LA CANTIDAD DE LAS PRACTICAS O POR OTRAS CONDICIONES QUE ASI LO ACONSEJEN. VIGENCIA 07-09-99.					
800401	BRAQUITERAPIA INTRAVAGINAL.	1.868,00		1.868,00	A	
	#+.....				B	
					C	
800402	BRAQUITERAPIA UTERINO VAGINAL	1.868,00		1.868,00	A	
	#+.....				B	
					C	
800403	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL EN TUMORES GINECOLOGICOS.	1.868,00		1.868,00	A	
	#+.....				B	
					C	

81 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA

- # : Requieren autorización previa
- C\* : Con pago de coseguro al prestador



+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

& : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador					
NORMA	1-DEBERAN SER EFECTUADAS POR LOS PROFESIONALES HABILITADOS PARA TAL FIN POR EL CONSEJO SUPERIOR MEDICO DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA, SUJETO A LAS CONDICIONES DE EQUIPAMIENTO Y NORMAS DEL NOMENCLADOR NACIONAL Y LAS QUE SE ESTABLECEN POR LA PRESENTE. 2-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.- 3-EN EL INFORME DE LA PRACTICA DEBERA CONSTAR CON LETRA LEGIBLE: A) IDENTIFICACION Y EDAD DEL PACIENTE.- B) PESO DEL MISMO.- C) FECHA DE REALIZACION DE LA PRACTICA.- D) NUMERO DE CORTES REALIZADOS Y ESPESOR DE LOS MISMOS.- E) DESCRIPCION DE LAS SECCIONES Y ORIENTACION DE LAS LESIONES SEGUN CORTES.- F) ESPECIFICACIONES DE LA TECNICA UTILIZADA.- G) SI SE EFECTUA CON CONTRASTE INDICAR: VOLUMEN DEL CONTRASTE INYECTADO E INGERIDO.- H) CONCLUSIONES Y/O IMPRESION DIAGNOSTICA-COMENTARIO.- I) FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ACTUANTE.-								
811001	TAC CEREBRAL - UNICO ESTUDIO #+C&.....	220,00		37,00	220,00		3	A B C	S
811002	TAC CEREBRAL REFORZADA - IN- CLUYE CONTRASTE. #+C&.....	220,00		37,00	220,00		3	A B C	S
811003	TAC CEREBRAL DE CONTROL. #+C&.....	82,00		13,00	82,00		3	A B C	S
811004	TAC OFTALMOLOGICA. #+C&.....	82,00		13,00	82,00		3	A B C	S
811005	TAC TIROIDEA. #+C&.....	220,00		36,00	220,00		3	A B C	S

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

& : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador					
811006	TAC MAMARIA. #+C&.....	220,00		37,00	220,00		3	A B C	S
811007	TAC GINECOLOGICA. #+C&.....	220,00		36,00	220,00		3	A B C	S
811008	TAC DE ABDOMEN. #+C&.....	220,00		37,00	220,00		3	A B C	S

811009	TAC HEPATOBILIAR - ESPLENICA - PANCREATICA-RENAL-SUPRARENAL- #+C&.....	220,00	37,00	220,00	3	A B C	S
811010	TAC TORACICA. #+C&.....	220,00	36,00	220,00	3	A B C	S
811011	TAC VEJIGA Y PROSTATA. #+C&.....	220,00	36,00	220,00	3	A B C	S
811012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES #+C&.....	220,00	37,00	220,00	3	A B C	S
811013	TAC DE COLUMNA. #+C&.....	220,00	36,00	220,00	3	A B C	S
8130	TAC - CON CONTRASTE -						
813003	TAC CEREBRAL DE CONTROL CON # : Requieren autorización previa C* : Con pago de coseguro al prestador + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales" C : Con pago de coseguro en la Obra Social & : En internación no requiere pago de coseguro I : Requiere internación [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción	220,00	37,00	220,00	3	A	S

IMPOR TES

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador					
	CONTRASTE. #+C&.....							B C	
813004	TAC OFTALMOLOGICA CON CONTRASTE. TE. #+C&.....	220,00	37,00		220,00	3	A	B C	S
813005	TAC TIROIDEA CON CONTRASTE. #+C&.....	220,00	37,00		220,00	3	A	B C	S
813006	TAC MAMARIA CON CONTRASTE. #+C&.....	220,00	37,00		220,00	3	A	B C	S
813007	TAC GINECOLOGICA CON CONTRASTE #+C&.....	220,00	36,00		220,00	3	A	B C	S
813008	TAC DE ABDOMEN CON CONTRASTE #+C&.....	220,00	37,00		220,00	3	A	B C	S
813009	TAC HEPATOBILIAR -ESPLENICA- PANCREATICA - RENAL - SUPRARENAL CON CONTRASTE. #+C&.....	220,00	37,00		220,00	3	A	B C	S
813010	TAC TORACICA CON CONTRASTE. #+C&.....	220,00	37,00		220,00	3	A	B C	S
813011	TAC VEJIGA Y PROSTATA CON CONTRASTE. #+C&.....	220,00	36,00		220,00	3	A	B C	S

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador  
 + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"  
 C : Con pago de coseguro en la Obra Social  
 & : En internación no requiere pago de coseguro  
 I : Requiere internación  
 [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				
813012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES CON CONTRASTE. #+C&.....	220,00	37,00		220,00	3	A B C	S
813013	TAC DE COLUMNA CON CONTRASTE #+C&.....	280,00	46,00		280,00	3	A B C	S

820000 R.M.N.

NORMA COBERTURA 100% A/C OBRA SOCIAL EN PACIENTES ONCOLOGICOS.  
 CONTROL, SEGUIMIENTO, RECIDIVA U OTRA CAUSA SERA EVALUADA POR LA AUDITORIA MEDICA  
 DEL SEMPRE.  
 PRESCRIPCION EN RECETARIO DE CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2 CUMPLIMENTANDO EL  
 FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRACTICAS ESPECIALES.

8210 RMN SIN CONTRASTE.....

821001	RMN DE CEREBRO - SIN CONTRASTE #+C.....	280,00	69,00		280,00		A B C	
821004	RMN OFTALMOLOGICA (POR OJO) SIN CONTRASTE. #+C[.....	280,00	69,00		280,00		A B C	
821005	RMN DE TIROIDES -SIN CONTRASTE #+C[.....	280,00	69,00		280,00		A B C	
821008	RMN DE ABDOMEN - SIN CONTRASTE #+C[.....	280,00	69,00		280,00		A B C	
821009	RMN HEPATOBILIAR - ESPLENICA - PANCREATICA-RENAL-SUPRARRENAL SIN CONTRASTE.	280,00	69,00	2	80,00		A B C	

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador  
 + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"  
 C : Con pago de coseguro en la Obra Social  
 & : En internación no requiere pago de coseguro  
 I : Requiere internación  
 [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				
	#+C[.....							
821010	RMN TORACICA - SIN CONTRASTE #+C[.....	280,00	69,00		280,00		A B C	
821012	RMN OTROS ORGANOS O REGIONES - SIN CONTRASTE. #+C[.....	280,00	69,00		280,00		A B C	
821013	RMN DE COLUMNA-SIN CONTRASTE- #+C.....	280,00	69,00		280,00		A B	

821014	RMN DE RODILLA - SIN CONTRASTE #+C.....	280,00	69,00	280,00	A B C
821015	RMN ESPINAL - SIN CONTRASTE #+C.....	280,00	69,00	280,00	A B C
821016	RMN DE HUESOS LARGOS - SIN CONTRASTE. #+C[.....	280,00	69,00	280,00	A B C
821017	RMN DE PELVIS - SIN CONTRASTE #+C[.....	280,00	69,00	280,00	A B C
821018	RMN DE HOMBRO SIN CONTRASTE #+C.....	280,00	69,00	280,00	A B C

NORMA REQUISITOS  
1-PRESENTAR ESTUDIOS PREVIOS DE MENOR COSTO  
EFECTUADOS.-

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

& : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

#### IMPORTE S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social En Prestador	Pago al Prestador Ind	Val Cat Bon
	2-PRESENTAR HISTORIA CLINICA COMPLETA JUSTIFICANDO ESTA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO DE CERTEZA.- 3-ES INDICACION PRECISA PARA DIAGNOSTICO DE LA RUPTURA DEL MANGUITO ROTADOR.-				
8230	RMN CON CONTRASTE				
823001	RMN DE CEREBRO - CON CONTRASTE #+C.....	280,00	69,00	280,00	A B C
823004	RMN OFTALMOLOGICA (POR OJO) CON CONTRASTE. #+C[.....	280,00	69,00	280,00	A B C
823005	RMN DE TIROIDES - CON CONTRAS- TE. #+C[.....	280,00	69,00	280,00	A B C
823008	RMN DE ABDOMEN - CON CONTRASTE #+C[.....	280,00	69,00	280,00	A B C
823009	RMN HEPATOBILIAR - ESLENICA - PANCREATICA-RENAL-SUPRARRENAL- CON CONTRASTE. #+C[.....	280,00	69,00	280,00	A B C
823010	RMN TORACICA - CON CONTRASTE #+C[.....	280,00	69,00	280,00	A B C
823012	RMN OTROS ORGANOS O REGIONES CON CONTRASTE. #+C[.....	280,00	69,00	280,00	A B C

823013	RMN DE COLUMNA - CON CONTRASTE	280,00	69,00	280,00	A
	#+C.....				B
					C

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

&amp; : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador					
823014	RMN DE RODILLA - CON CONTRASTE	280,00	69,00		280,00				A
	#+C.....								B
									C
823015	RMN ESPINAL - CON CONTRASTE	280,00	69,00		280,00				A
	#+C.....								B
									C
823016	RMN DE HUESOS LARGOS -CON CONTRASTE	280,00	69,00		280,00				A
	#+C[.....								B
									C
823017	RMN DE PELVIS - CON CONTRASTE	280,00	69,00		280,00				A
	#+C[.....								B
									C

83 ESTUDIOS HEMODINAMICOS

8301 ESTUDIOS ANGIOGRAFICOS POR CATETERISMO

NORMA CODIGOS 83.01.01 Y 83.01.05

A)REQUISITOS:

1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.

2-SERAN REALIZADAS POR PROFESIONAL HEMODINAMISTA.

B) NORMAS:

1-INFORME COMPLETO.

2-DE CORRESPONDER INTERNACION DEBERA SER COMUNICADO A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACION VIGENTE.

3-EL ARANCEL NO VARIA POR SUMATORIA DE CODIGOS.

4-INCLUYE:

HONORARIOS DE LA TOTALIDAD DEL EQUIPO MEDICO Y PARAMEDICO ACTUANTE EN LA PRESTACION.

GASTOS QUIRURGICOS, RADIOLOGICOS Y OTROS INHERENTES A LA PRESTACION.

MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE.-

COMPLICACIONES DE LA VIA ABORDAJE.

INTERNACION EN SALA O UTI.

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

&amp; : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador					
830101	ANGIOGRAFIA DE CEREBRO POR CATETERISMO.	747,00			747,00				A
	#+I.....								B
									C
830102	ANGIOGRAFIA DE VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO.	747,00			747,00				A

#+l.....			B C
830103 ANGIOGRAFIA DE CEREBRO Y VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO.	747,00	747,00	A B C
#+l.....			C
830104 CINEANGIOCORONARIOGRAFIA.	758,00	758,00	A B C
#+l.....			C
830105 MODULO DE ANGIOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL Y OTRAS RAMAS.	659,00	659,00	A B C
#+l.....			C

## 8302 TRATAMIENTOS ANGIOPLASTICOS

NORMA TRATAMIENTOS ANGIOPLASTICOS-CODIGOS 83.02.

## A) REQUISITOS:

- 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.
- 2-SERAN REALIZADOS POR PROFESIONAL HEMODINAMISTA.

## B) NORMAS:

- 1-INFORME COMPLETO.
- 2-LA INTERNACION DEBERA SER COMUNICADA A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACION VIGENTE.

## INCLUYE:

- HONORARIOS DE LA TOTALIDAD DEL EQUIPO MEDICO INCLUIDO ANESTESISTA Y PARAMEDICO ACTUANTE EN LA PRESTACION.
- GASTOS QUIRURGICOS, DE ANESTESIA, MONITOREO INTRAOPERATORIO E INSTRUMENTADORA.
- LOS MATERIALES PROPIOS NECESARIOS DURANTE LA INTERNACION.
- MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE.
- INTERNACION: DESDE QUE SE INTERNA PARA EFECTUAR LA PRESTACION HASTA SU ALTA.

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

&amp; : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	I M P O R T E S			Ind	Val	Cat	Bon
		Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social	Pago al Prestador En Prestador				
830203	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERIFERICA SIMPLE. #+C*I.....	3.296,00		617,00	2.679,00		A B C	
830204	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERIFERICA COMPLEJA. #+C*I.....	3.296,00		617,00	2.679,00		A B C	
830211	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE. INCLUYE STENTS NECESARIOS CUALQUIERA SEA SU CANTIDAD. #+C*I.....	8.239,00		1.270,00	6.969,00		A B C	
830212	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA COMPLEJA. INCLUYE STENTS NECESARIOS CUALQUIERA SEA SU CANTIDAD. #+C*I.....	8.239,00		1.270,00	6.969,00		A B C	
8303	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO ABLACION POR RADIOFRECUENCIA TRANSCATETER							

NORMA A).REQUISITOS:

- 1-HABILITACION DEL SERVICIO DE HEMODINAMIA POR AUTORIDAD COMPETENTE.
- 2-LAS PRACTICAS SERAN REALIZADAS POR ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGIA CON ENTRENAMIENTO APROPIADO EN EL METODO, DEBIDAMENTE ACREDITADO.

## B).NORMAS:

1-EVALUACION Y AUTORIZACION PREVIA POR AUDITORIA MEDICA DE LA OBRA SOCIAL MEDIANTE FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRACTICAS ESPECIALES Y PRESCRIPCION CORRESPONDIENTE COBERTURA: 70% A/C.DE LA OBRA SOCIAL.

2-30% A/C DEL AFILIADO-COSEGURO A ABONAR AL PRESTADOR- IMPORTE ACLARADO EN SELLO AUTORIZANTE.

830301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO SIM	989,00	225,00	764,00	A
	PLE O COMPLEJO.				B
	#+C*I.....				C

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

& : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador			
NORMA	NORMAS. INCLUYE: EL CATETERISMO, EL REGISTRO DEL ELECTROGRAMA DE HAZ DE HIS, LA SOBREESTIMULACION CARDIACA DURANTE EL REGISTRO DE LOS ELECTROGRAMAS INTRACAVITARIOS, EL ECG CON DERIVACION ESOFAGICA Y LA PRUEBA DE AJMALINA, GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES DE LA PRACTICA. MEDICAMENTOS, MATERIALES DE CONTRASTE Y DESCARTABLES (INTRODUCTORES VENOSOS, CATETERES DE REGISTROS Y ESTIMULACION) NECESARIOS PARA LA PRACTICA. HONORARIOS DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES. INTERNACION EN PISO, SIEMPRE Y CUANDO LA MISMA RESULTE DE UNA COMPLICACION DEL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE: COLOCACION DE MARCAPASOS O PROVISION DE LOS MISMOS. CUALQUIER TIPO DE ESTUDIO HEMODINAMICO. CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. INTERNACION QUE EXCEDA EL DIA QUE ESTA INCLUIDO EN EL MODULO. TODA PRESTACION QUE NO ESTE EXPRESAMENTE INCLUIDA.						
830302	ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RA- DIOFRECUENCIA. #+C*I.....	3.955,00	900,00	3.055,00		A	B C

## NORMA NORMAS:

## INCLUYE:

ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CON INDUCCION DE ARRITMIAS, EVALUACION DE SU MECANISMO Y LOCALIZACION POR MAPEO ENDOCARDIACO, INDEPENDIEMENTE DE LA FECHA EN QUE HUBIERE SIDO REALIZADO. ABLACION DEL NODULO AURICULO VENTRICULAR, FOCOS ARRITMOGENICOS Y VIAS ANOMALAS DE CONDUCCION (WOLFF-PARKISON-WHITE).

GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES.

MATERIALES DESCARTABLES (INTRODUCTORES VENOSOS, CATETERES DE REGISTRO-ESTIMULACION Y CATETER DE ABLACION DETECTABLE POR RADIOFRECUENCIA).

MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CONTRASTE NECESARIOS PARA LA PRACTICA.

ESTUDIOS DE LABORATORIO, RADIOLOGICOS Y ECOCARDIOGRAFICOS INHERENTES AL PROCEDIMIENTO.

HONORARIOS DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES.

INTERNACION (EN UTI O PISO EN HABITACION COMPARTIDA).

EXCLUYE:

COLOCACION DE MARCAPASOS O PROVISION DE LOS MISMOS.

CUALQUIER TIPO DE ESTUDIO HEMODINAMICO.

INTERNACION QUE EXCEDA LOS DIAS QUE ESTAN INCLUIDOS EN EL MODULO.

TODA PRESTACION QUE NO ESTE EXPRESAMENTE INCLUIDA.

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

& : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				
830303	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO MAS ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RA- DIOFRECUENCIA. #+C*1.....	3.955,00		900,00	3.055,00			A B C
NORMA	NORMA. VER NORMAS 83.03.01. Y 83.03.02.							
84	CIRUGIA CARDIOVASCULAR							
840101	CIRUGIA CARDIOVASCULAR ADULTOS CON CIRCULACION EXTRACORPOREA #+1.....	14.282,00			14.282,00			A B C
NORMA	-CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL ADULTA Y PEDIATRICA CODIGO 84.01.01.-84.01.02.-84.02.01 AL 84.02.03.- A) REQUISITOS: 1-REGISTROS EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-SERAN REALIZADAS POR PROFESIONAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR.- B) NORMAS: 1-INCLUYE: GASTO QUIRURGICO CON O SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA, GASTO DE MONITOREO E INSTRUMENTACION. ASISTENCIA CIRCULATORIA CON BOMBA CENTRIFUGA.- PENSION EN HABITACION COMPARTIDA DE A DOS (2), CON BAÑO PRIVADO, DE HASTA DOS (2) DIAS PRE-QUIRURGICO Y HASTA CATORCE (14) DIAS EN TOTAL, INCLUYENDO LOS DIAS DE INTERNACION NECESARIOS EN AREAS DE ALTA COMPLEJIDAD (UNIDAD CORONARIA, CUIDADOS INTENSIVOS O DE RECUPERACION DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR). A PARTIR DEL DECIMOQUINTO (15) DIA LAS PRESTACIONES QUE SE BRINDEN, DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS, SERAN FACTURADAS SEGUN NORMAS DE INTERNACION Y CONVENIOS VIGENTES EN EL AMBITO PROVINCIAL. TODA REOPERACION CONSECUENCIA DE LA INTERNACION ORIGINAL A REALIZARSE DURANTE LOS CATORCE (14) DIAS DE COBERTURA QUEDA INCLUIDA EN EL MODULO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR. -HONORARIOS PROFESIONALES DEL EQUIPO QUIRURGICO TRATANTE: CIRUJANO, AYUDANTES, ANESTESISTA, ESPECIALISTAS, PERFUSIONISTAS, MONITORISTAS, ETC.- -TRANSFUSIONES: INCLUYE GASTOS SANATORIALES Y HONORARIOS, ASI COMO EL MATERIAL DESCARTABLE. (SE PODRAN FACTURAR POR FUERA DE MODULO HASTA UN MAXIMO DE CUATRO (4)). -MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE UTILIZADOS DURANTE EL TIEMPO DE COBERTURA (14) CATORCE DIAS, EXCEPTUANDO LOS QUE SE DETALLAN COMO EXCLUIDOS.- -BALON DE CONTRAPULSACION Y HONORARIOS Y GASTOS POR SU COLOCACION.-							

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

&amp; : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				
	-TODA OTRA PRESTACION RELACIONADA A LA PATOLOGIA.- 2)-EXCLUYE: -MATERIAL PROTESICO.- -TRANSPLANTE.- -PACIENTES CON HEMOFILIA U OTRAS DISCRANCIAS SANGUINEAS.- -SI LA REOPERACION SE EFECTUARA UNA VEZ QUE EL PACIENTE FUERA DADO DE ALTA, DICHA REOPERACION CONSTITUYE UN NUEVO MODULO.- -DIALISIS Y DIALISIS PERITONEAL CONTINUA.- -ESTUDIOS Y PRACTICAS DE HEMODIALISIS.- -CITOSTATICOS. 3)-LA INTERNACION Y ALTA DEBERAN SER COMUNICADAS A LA OBRA SOCIAL DE							



ACUERDO A LA REGLAMENTACION VIGENTE.

4)-SI EL PACIENTE FALLECIERA DENTRO DE LAS CUARENTA Y OCHO (48) HORAS DE EFECTUADA LA CIRUGIA SE FACTURARA EL 85% DEL MODULO, PASADO DICHO PLAZO SE FACTURARA EL 100% DEL MODULO.

840102	CIRUGIA CARDIOVASCULAR ADULTOS SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA #+I.....	14.282,00	14.282,00	A B C
NORMA VER NORMAS CODIGO 84.01.01.				
840201	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIA TRICA BAJA COMPLEJIDAD (I). #+I.....	4.394,00	4.394,00	A B C
NORMA VER NORMAS CODIGO 84.01.01.-				
840202	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIA TRICA MEDIANA COMPLEJIDAD (II) #+I.....	7.141,00	7.141,00	A B C
NORMA VER NORMAS COD.84.01.01.				
840203	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIA TRICA-ALTA COMPLEJIDAD (III). #+I.....	9.338,00	9.338,00	A B C

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

&amp; : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor		Coseguros a Pagar		Pago al		Val	Cat	Bon
		Modulo		En O.Social	En Prestador	Prestador Ind				
NORMA VER NORMAS COD.84.01.01.										
840301	BALON DE CONTRAPULSACION. #+I.....								A B C	
NORMA LA UTILIZACION DE BALON DE CONTRAPULSACION SE TRATARAN POR EXCEPCION, VALUANDOSE SI CORRESPONDE O NO.										
840302	PROVISION DE STENT. #+I.....								A B C	
NORMA LA UTILIZACION DE STENT EN OTRAS PRESTACIONES SE TRATARAN POR EXCEPCION, VALUANDOSE SI CORRESPONDE O NO.										
840303	PROVISION DE VALVULA AORTICA #+I.....								A B C	
NORMA LAS VALVULAS BIOLÓGICAS O MECANICAS A UTILIZAR EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL PEDIATRICA SERAN AUTORIZADOS POR LA OBRA SOCIAL Y PODRAN SER PROVISTAS POR LA INSTITUCION SANATORIAL O POR SISTEMA DE ANTICIPO AL AFILIADO. EN AMBOS CASOS EL IMPORTE QUE EL SEMPRE RECONOCERA DEL 100% Y SE DETERMINARA EN FUNCION DE LA MENOR COTIZACION DEL ELEMENTO TIPO STANDARD QUE SE OBTENGA.										
85. PLANES MODULADOS										
850101	INTERNACION DOMICILIARIA (POR DIA) #.....	88,00				88,00			A B C	

GENERALIDADES

LA MODALIDAD DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA DEBE SER ESTABLECIDA PARA UNA MEJOR REHABILITACIÓN DEL PACIENTE, IMPLEMENTADA CON TODAS LAS GARANTÍAS DE UNA DE UNA SUPERVISIÓN PARA UNA INTERNACIÓN. ESTA MODALIDAD PRESTACIONAL NO ES PATRIMONIO DE UNA EDAD, NI DE UNA PATOLOGÍA DETERMINADA.

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

& : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

IMPORTES

Código	Descripción	Valor		Coseguros a Pagar		Pago al	
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador	Ind	Val

COBERTURA

- 1) SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS Y LAS RECONOCIDAS EN MÓDULO A LA INSTITUCIÓN HABILITADA
- 2) REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA LAS PRACTICAS, MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE NECESARIOS, ESTOS ÚLTIMOS PROVISTOS POR LA INSTITUCIÓN.
- 3) CUANDO NO SE ENCUENTRE EN EL MEDIO INSTITUCIÓN HABILITADA Y ADMITIDA POR LA OBRA SOCIAL, EL SEMPRE PROCEDERÁ AL REINTEGRO O ANTICIPO DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS PREVIAMENTE Y DEBIDAMENTE ACREDITADAS.

NORMAS LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA REQUIERE DE:

- a) HABILITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CON SU EQUIPO PROFESIONAL MULTIDISCIPLINARIO.
- b) ADMISIÓN POR PARTE DE SEMPRE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO.
- c) LA INSTITUCIÓN HABILITADA MANTENDRÁ ACTUALIZADA LAS ALTAS Y/O BAJAS DE PROFESIONALES QUE SE PRODUZCAN, PONIENDO EN CONOCIMIENTO AL SEMPRE Y ADJUNTANDO LAS ACREDITACIONES CORRESPONDIENTES.
- d) INDICACIÓN MÉDICA DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA SEGÚN ESTABILIDAD DEL PACIENTE, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN LOS PUNTOS F), G) Y K).
- e) INDICACIÓN MÉDICA DE FINALIZACIÓN INTERNACIÓN DOMICILIARIA
- f) CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O FAMILIAR SOBRE LA MODALIDAD PRESTACIONAL INDICADA
- g) HABITABILIDAD ADECUADA DEL DOMICILIO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE.
- h) COORDINACIÓN DE PRESTACIONES GARANTIZADAS Y ADECUADAS A LA NECESIDAD DE CADA PACIENTE
- i) ESCALONAMIENTO DE LA COMPLEJIDAD DE ASISTENCIA QUE ARTICULE LA PRESTACIÓN DOMICILIARIA CON UNA EVENTUAL Y/O PERTINENTE INTERNACIÓN Y VICEVERSA.
- j) TIEMPO DE ATENCIÓN O ASISTENCIA MENOR A 2 HS. / DÍA DURANTE LOS SIETE (7) DÍAS DE LA SEMANA
- k) VÍA DE COMUNICACIÓN TELEFÓNICA QUE GARANTICE LA ACCESIBILIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE EL HOGAR Y LA INSTITUCIÓN PRESTADORA
- l) ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA/CUIDADOR
- m) CONTINENCIA EMOCIONAL Y SOCIAL DEL HOGAR QUE GARANTICE EL COMPROMISO DE LA ASISTENCIA REQUERIDA
- n) EVALUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA QUE PREVEA LA FINANCIACIÓN DE LOS GASTOS NO CUBIERTOS RELACIONADOS CON LA INTERNACIÓN DOMICILIARIO, REALIZADO POR ASISTENTE SOCIAL DE LA OBRA SOCIAL.
- o) COMUNICACIÓN AL AFILIADO Y AL PRESTADOR DEL PLAN AUTORIZADO
- p) EL INCUMPLIMIENTOS DE LOS PUNTOS A) A M), PRODUCTO DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO, DETERMINARÁ LA CONTINUIDAD DE LA ADMISIÓN OTORGADA A LA INSTITUCIÓN HABILITADA.

INCLUYE

A) MÓDULO:

- 1) HASTA 1 (UNA) CONSULTA MÉDICA POR DÍA
- 2) HASTA 4 (CUATRO) VISITAS DE ENFERMERÍA, SEGÚN TRATAMIENTO, PARA APLICACIÓN DE INYECTABLES, CURACIONES, COLOCACIÓN Y CUIDADO DE SONDAS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, APOYO INTEGRAL EN MOVILIZACIÓN, HIGIENE Y ALIMENTACIÓN.

# : Requieren autorización previa  
 C\* : Con pago de coseguro al prestador  
 + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"  
 C : Con pago de coseguro en la Obra Social  
 & : En internación no requiere pago de coseguro  
 I : Requiere internación  
 [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				

## B) OTRAS PRESTACIONES

- 3) HASTA 2 (DOS) ASISTENCIAS KINÉSICAS POR DÍA
- 4) PROVISIÓN DE IMPLEMENTOS SANITARIOS.

## C) PRORROGAS

- 5) SEGUIMIENTO ACTUALIZADO DEL PACIENTE CON HISTORIA CLÍNICA SEMANAL AVALATORIA DEL ESTADO ACTUAL Y AUTORIZANTE DE CONTINUACIÓN DE INTERNACIÓN.

EXCLUYE

- 1) TODA PRESTACIÓN NO RELACIONADA CON LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA.
- 2) INTERNACIÓN INSTITUCIONAL.

850201	CUIDADOS PALIATIVOS (POR DIA)	88.00			88.00			A
#.....								B
								C

GENERALIDADES

LA MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN CUIDADOS PALIATIVOS SE CENTRA EN LOS CRITERIOS CLÍNICOS DEL ESTADO TERMINAL DEL PACIENTE QUIÉN, VOLUNTARIAMENTE O SU FAMILIA EN CASO DE NO PODER EXPRESARLO, REQUIERA ASISTENCIA INSTITUCIONAL NO CURATIVAS SOLICITANDO RECIBIRLA EN DOMICILIO

COBERTURA

- 1) SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS Y LAS RECONOCIDAS EN MÓDULO A LA INSTITUCIÓN HABILITADA
- 2) REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA LAS PRACTICAS, MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE NECESARIOS, ESTOS ÚLTIMOS PROVISTOS POR LA INSTITUCIÓN PRESTADORA.
- 3) CUANDO NO SE ENCUENTRE EN EL MEDIO INSTITUCIÓN HABILITADA Y ADMITIDA POR LA OBRA SOCIAL, EL SEMPRE PROCEDERÁ AL REINTEGRO O ANTICIPO DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS PREVIAMENTE Y DEBIDAMENTE ACREDITADAS.

## NORMAS LOS CUIDADOS PALIATIVOS REQUIEREN DE:

- a) HABILITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CON SU EQUIPO PROFESIONAL MULTIDISCIPLINARIO.
- b) ADMISIÓN POR PARTE DE SEMPRE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO.
- c) LA INSTITUCIÓN HABILITADA MANTENDRÁ ACTUALIZADA LAS ALTAS Y/O BAJAS DE PROFESIONALES QUE SE PRODUZCAN, PONIENDO EN CONOCIMIENTO AL SEMPRE Y ADJUNTANDO LAS ACREDITACIONES CORRESPONDIENTES.

# : Requieren autorización previa  
 C\* : Con pago de coseguro al prestador  
 + : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"  
 C : Con pago de coseguro en la Obra Social  
 & : En internación no requiere pago de coseguro  
 I : Requiere internación  
 [ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador				

- d) SOLICITUD MÉDICA DE ASISTENCIA EN DOMICILIO CONFORMADA POR HISTORIA CLÍNICA, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL PUNTO F) Y EN EL PUNTO I).
- e) COMUNICACIÓN DE FIN DE TRATAMIENTO.
- f) CONTAR CON CONOCIMIENTO DE FINITUD
- g) CONTINENCIA PSICO-SOCIAL DE LA FAMILIA QUE GARANTICE EL CUIDADO DEL ENFERMO
- h) ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL EN CASO QUE POR ALGUNA RAZÓN MÉDICA REQUIERA INTERNACIÓN
- i) HABITABILIDAD ADECUADA DEL DOMICILIO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE.
- j) ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA/CUIDADOR
- k) COMUNICACIÓN AL AFILIADO Y AL PRESTADOR DEL PLAN AUTORIZADO
- l) EL INCUMPLIMIENTOS DE LOS PUNTOS A) A J), PRODUCTO DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO, DETERMINARÁ LA CONTINUIDAD DE LA ADMISIÓN OTORGADA A LA INSTITUCIÓN HABILITADA

**INCLUYE**

## A) MODULO:

- 1) HASTA 1 (UNA) CONSULTA MÉDICA POR DÍA
- 2) HASTA 4 (CUATRO) VISITAS DE ENFERMERÍA POR DÍA CON APOYO INTEGRAL EN MOVILIZACIÓN, HIGIENE Y ALIMENTACIÓN.
- 3) OXIGENOTERAPIA, DE REQUERIRSE, INCLUIDA EN MÓDULO.

## B) OTRAS PRESTACIONES

- 4) HASTA 3 (TRES) CONSULTA PSICOLÓGICA, FAMILIAR O INDIVIDUAL POR SEMANA, SEGÚN PLAN Y/O REQUERIMIENTO DEL PACIENTE
- 5) PROVISIÓN DE IMPLEMENTOS SANITARIOS.

## C) REQUISITO

- 6) HISTORIA CLÍNICA SEMANAL QUE DOCUMENTE LAS PRESTACIONES EFECTUADAS

**EXCLUYE**

- 1) TODA PRESTACIÓN NO RELACIONADA CON EL CUIDADO PALIATIVO.
- 2) INTERNACIÓN INSTITUCIONAL

# : Requieren autorización previa

C\* : Con pago de coseguro al prestador

+ : Debe adjuntar a la prescripción el formulario "Solicitud de Practicas Especiales"

C : Con pago de coseguro en la Obra Social

& : En internación no requiere pago de coseguro

I : Requiere internación

[ : Prestaciones otorgadas por vía de excepción

**IMPORTE S**

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat	Bon
			En O.Social	En Prestador					
86.01	HEMOTERAPIA								
860101	P24	16,50			16,50			A B C	
860102	HBc	16,50			16,50			A B C	
860103	HTLV	33,00			33,00			A B C	

**ANEXO X**

**TITULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA  
SECCION IV – PRESTACIONES OPTICAS**

## CAPITULO I – CODIGOS

CODIGO	DESCRIPCION	VALORES
--------	-------------	---------

## ESFÉRICOS

## ESFERICOS BLANCOS

50.02.01	AL 2 -BLANCOS-	\$ 23,00
50.04.01	AL 4 -BLANCOS-	\$ 26,00
50.06.01	AL 6 -BLANCOS-	\$ 33,00
50.08.01	AL 8 -BLANCOS-	\$ 94,00
50.10.01	AL 10 -BLANCOS-	\$ 94,00
50.12.01	AL 12 -BLANCOS-	\$ 94,00

## ESFÉRICOS COLOR

50.02.02	AL 2 -COLOR-	\$ 32,00
50.04.02	AL 4 -COLOR-	\$ 36,00
50.06.02	AL 6 -COLOR-	\$ 43,00
50.08.02	AL 8 -COLOR-	\$ 104,00
50.10.02	AL 10 -COLOR-	\$ 104,00
50.12.02	AL 12 -COLOR-	\$ 104,00

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2 -BLANCOS-

50.02.21	AL 2 CON 2 -BLANCOS-	\$ 25,00
50.04.21	AL 4 CON 2 -BLANCOS-	\$ 32,00
50.06.21	AL 6 CON 2 -BLANCOS-	\$ 40,00
50.08.21	AL 8 CON 2 -BLANCOS-	\$ 114,00
50.10.21	AL 10 CON 2 -BLANCOS-	\$ 114,00

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2 -COLOR-

50.02.22	AL 2 CON 2 -COLOR-	\$ 33,00
50.04.22	AL 4 CON 2 -COLOR-	\$ 40,00
50.06.22	AL 6 CON 2 -COLOR-	\$ 55,00
50.08.22	AL 8 CON 2 -COLOR-	\$ 124,00
50.10.22	AL 10 CON 2 -COLOR-	\$ 124,00

## ANEXO X

## TITULO I - PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA

## SECCION IV - PRESTACIONES OPTICAS

## CAPITULO I - CODIGOS

CODIGO	DESCRIPCION	VALORES
--------	-------------	---------

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3 -BLANCOS-

50.02.31	AL 2 CON 3 -BLANCOS-	\$ 114,00
50.04.31	AL 4 CON 3 -BLANCOS-	\$ 114,00
50.06.31	AL 6 CON 3 -BLANCOS-	\$ 114,00
50.08.31	AL 8 CON 3 -BLANCOS-	\$ 114,00
50.10.31	AL 10 CON 3 -BLANCOS-	\$ 114,00

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3 -COLOR-

50.02.32	AL 2 CON 3 -COLOR-	\$ 124,00
50.04.32	AL 4 CON 3 -COLOR-	\$ 124,00
50.06.32	AL 6 CON 3 -COLOR-	\$ 124,00
50.08.32	AL 8 CON 3 -COLOR-	\$ 124,00
50.10.32	AL 10 CON 3 -COLOR-	\$ 124,00

**Subsecretaría de Medios de Comunicación  
GUSTAVO FERNANDEZ MENDIA  
Subsecretario**

**CARLOS RAUL GONZALEZ  
Director de Prensa  
Departamento Imprenta y Boletín Oficial**