



Propiedad Intelectual Nº 187332

# BOLETÍN OFICIAL

## Provincia de La Pampa

### REPÚBLICA ARGENTINA

Gobernador:.....C.P.N. Oscar Mario **JORGE**  
Vice-Gobernador:.....C.P.N. Luis Alberto **CAMPO**  
Ministro de Gobierno, Justicia y Seguridad: ..... Dr. César Ignacio **RODRIGUEZ**  
Ministro de Bienestar Social: .....Sra. María Cristina **REGAZZOLI**  
Ministro de Cultura y Educación: .....Sr. Néstor Anselmo **TORRES**  
Ministro de la Producción:..... Dr. Abelardo Mario **FERRAN**  
Ministro de Hacienda y Finanzas:.....C.P.N. Ariel **RAUSCHENBERGER**  
Ministro de Obras y Servicios Públicos..... Sr. Paulo **BENVENUTO**  
Secretario General de la Gobernación:..... Sr. Raúl Eduardo **ORTIZ**  
Secretario de Desarrollo Estratégico:..... Lic. Gustavo R. **FERNANDEZ MENDIA**  
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:.....Dra. Daniela Mónica **VASSIA**  
Fiscal de Estado: ..... Dr. José Alejandro **VANINI**

AÑO LVI - Nº 2843

Telefax: 02954 - 436323

Dirección: Sarmiento Nº 335

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

SANTA ROSA, 5 de Junio de 2009.-

[boletinoficial@lapampa.gov.ar](mailto:boletinoficial@lapampa.gov.ar)

### SUMARIO

**SEPARATA**

**BOLETÍN OFICIAL Nº 2843**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**RESOLUCIÓN Nº 380**

**SEMPRE**  
**DISPOSICIÓN Nº 4**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**RESOLUCIÓN N° 380**  
**Expediente N° 67.351-0/08**

Santa Rosa, 8 de Abril de 2009

**VISTO:**

El sumario administrativo ordenado por la Presidencia del Instituto de Seguridad Social a través del dictado de la **Resolución N° 78/08**, con el objeto de investigar la supuesta irregularidad en la conducta prestacional desarrollada por el **Licenciado en Psicología Miguel Ángel R. Pabón Morales, y**

**CONSIDERANDO:**

Que la investigación es ordenada en virtud del reintegro solicitado por la afiliada n° 60.657/4 **Zoraida Lorena Bon Dergham**, con motivo y en ocasión de la derivación a la ciudad de Buenos Aires;

Que ha quedado palmariamente demostrado que la afiliada permaneció internada en la Clínica Modelo Servicio de Psiquiatría, de la ciudad de Buenos Aires, desde el día 23 de mayo al 2 de junio de 2008 inclusive;

Que en la facturación al SEMPRES, el prestador presenta la atención brindada a la afiliada los días 7, 14, 21 y 28 de mayo;

Que de la información ingresada en esta Obra Social y supervisada por el Área de Salud Mental se colige la facturación simultánea de los días 21 y 28 de mayo de 2008 a nombre de la afiliada, de prestadores diferentes;

Que la afiliada en su declaración testimonial reconoce haber firmado las sesiones de psicoterapia de atención ambulatoria psiquiátrica por adelantado, a requerimiento del prestador y/o la secretaria, y que el pago del coseguro lo realizaba por una cuestión personal, afirmando que la duración de las mismas no excedía los veinte (20) minutos;

Que el prestador afirma, en su descargo haber atendido a la afiliada hasta el 14 de mayo de 2008, expresando que nunca fue obligada ni presionada a firmar la planilla de asistencia, ni a abonar el coseguro por adelantado;

Que lo expresado no exime de responsabilidad al prestador frente a su obligación ante SEMPRES, vulnerando el principio de buena fe convenida;

Que el Área de Salud Mental, detalla en su informe de elevación el tiempo y cantidad de sesiones de psicodiagnóstico y psicoterapia diarias que realiza y factura el profesional a SEMPRES en el mes de abril de 2008;

Que en virtud de lo expuesto, el Departamento Sumarios de la Institución, ha llevado a cabo la investigación administrativa, obrando las conclusiones de fojas 104 a 108 del presente expediente;

Que de las probanzas obtenidas por la sede Instructora se ha comprobado fehacientemente que el prestador ha facturado a la Obra Social prestaciones no brindadas a la afiliada, encuadrando su conducta en lo normado en el artículo 117 inciso b) del Decreto Reglamentario N° 1728/91;

Que a fojas 109 ha dictaminado la Asesoría Letrada, expresando que la conducta esgrimida por el prestador se encuentra tipificada en el Decreto de referencia, como falta grave "incluir en las liquidaciones servicios no prestados";

**POR ELLO** y en uso de las facultades conferidas por el artículo 10° inc. a) de la Norma Jurídica de Facto N° 1170 (t.o. 2000) y artículo 113 del Decreto Reglamentario N° 1728/91;

**EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA**

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.-** Aprobar el Sumario Administrativo ordenado por supuestas irregularidades en la atención de afiliados y facturación a SEMPRES, al prestador **Licenciado Miguel Ángel R. PABÓN MORALES** - Matrícula Provincial n° 59 - tramitado por el Departamento Sumarios.-

**ARTÍCULO 2°.-** Sancionar al prestador, encuadrando su conducta en el artículo 117 inciso b) del Decreto N° 1728/91, aplicando quince (15) días de suspensión, a partir del primer día del mes siguiente a la notificación de la presente.-

**ARTÍCULO 3°.-** Regístrese y pase a la Gerencia General del Servicio Médico Previsional. Notifíquese al prestador adherido y al Colegio de Psicólogos de La Pampa a través del Departamento Sumarios.-

El Directorio

**SERVICIO MÉDICO PREVISIONAL****SEMPRE**

**Disposición N° 4**  
**Expediente n° 7634-0/06 Cpo. 9**

Santa Rosa, 20 de Mayo de 2009

**VISTO:**

La Resolución General n° 449/09 del Directorio del ISS; y

**CONSIDERANDO:**

Que su Artículo 6° autoriza a la Gerencia General del Servicio Médico Previsional a adecuar los distintos Capítulos del Nomenclador que ella modifica;

Que el área de Prestaciones ha emitido los informes correspondientes;

**POR ELLO:****EL GERENTE GENERAL DEL SERVICIO MEDICO PREVISIONAL****DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA****DISPONE:**

**ARTÍCULO 1°.-** Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 449/09 del Directorio del ISS, en el Título I –Prestaciones dentro de la Provincia-Sección I – Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares del Nomenclador SEMPRES, los Capítulos: VIII -Prácticas Moduladas –; XI - Prestaciones que requieren Autorización Previa y sus Coseguros-; y XII –Coseguros de Prestaciones que Pueden Realizarse en Consultorio Externo, de acuerdo a los Anexos I, II y III que forman parte de la presente.-

**ARTÍCULO 2°.-** Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 449/09 del Directorio del ISS en el Título I –Prestaciones dentro de la Provincia-Sección II – Prestaciones Odontológicas del Nomenclador SEMPRES, el Capítulo XVI -Prácticas que requieren Autorización Previa, de acuerdo al Anexo IV que forma parte de la presente.-

**ARTÍCULO 3°.-** Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 449/09 del Directorio del ISS en el Título I –Prestaciones dentro de la Provincia- Sección III –Prestaciones Bioquímicas del Nomenclador SEMPRES, el Capítulo III -Prestaciones que requieren Autorización Previa, de acuerdo al Anexo V que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 4º.-** Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 449/09 del Directorio del ISS en el Título I –Prestaciones dentro de la Provincia- Sección IV – Prestaciones Opticas del Nomenclador SEMPRES, el Capítulo I -Códigos, de acuerdo al Anexo VI que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 5º.-** La Subgerencia de Sistemas concretará las adecuaciones informáticas necesarias al Título I –Prestaciones dentro de la Provincia- en los Capítulos I a VI de la Sección I – Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares; I a X de la Sección II – Prestaciones Odontológicas – y I de la Sección III Prestaciones Bioquímicas del Nomenclador SEMPRES, para la correcta liquidación de las prestaciones.-

**ARTICULO 6º.-** La vigencia de los valores establecidos para coseguos a abonar en la Obra Social regirá a partir del 1 de Junio de 2009.-

**ARTICULO 7º.-** Regístrese, publíquese, notifíquese y resérvese.-  
Cr. Omar MARTINEZ ALMUDEVAR – Gerente General.-

**ANEXO I**

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

**IMPOR TES**

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguos En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
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 ÚLTIMOS 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.....	80,00	24,00		80,00			A B C
700102	POTENCIALES EVOCADOS..... 2 ESTUDIOS O ESTUDIO CON AGREGADO. #C.....	129,00	39,00		129,00			A B C
700103	POTENCIALES EVOCADOS..... 3 ESTUDIOS O 2 ESTUDIOS CON AGREGADOS. #C.....	161,00	48,00		161,00			A B C
710	CARDIOLOGIA							
710101	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER BLANCO Y NEGRO. #C*.....	191,00	82,00		109,00			A 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:							

**IMPOR TES**

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguos En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
	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.					
710102	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR 289,00 #+C*.....	162,00	127,00			A 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. 88,00 #+C*.....	41,00	47,00			A 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.					

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
710104	PRESUOMETRIA. #+C*.....	162,00		60,00	102,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-							
710105	ECO STREES #+C*.....	339,00		68,00	271,00			A 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: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA 2- PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA PARA VALORACIÓN DE LA VIABILIDAD MIOCARDICA AQUEL MIOCARDIO POSIBLE DE SER RECUPERADO POR PROCEDIMIENTOS ANGIOPLÁSTICOS O QUIRURGICOS POR BY PASS) 3- DE REQUERIR PERFUSIÓN MIOCARDICA LA PRACTICA ECO STRESS QUEDA INCLUIDA 4- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO (FARMACOLOGICO Y/O DE ESFUERZO)							
710106	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO 257,00 #+C*.....	51,00		206,00				A 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 3- PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS  B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA 2- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO							
7201	DENSITOMETRIA OSEA							

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor	Coseguros a Pagar		Pago al	Ind	Val	Cat
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador			
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-							
720101	DENSITOMETRIA OSEA - UN AREA #+C*.....	125,00		32,00	93,00			A B C
720102	DENSITOMETRIA OSEA - MAS DE DOS AREAS Y CUERPO ENTERO. #+C*.....	149,00		49,00	100,00			A B C
7301	GASTROENTEROLOGIA							
730101	PAPILO-ESFINTEROTOMIA ENDOSCO PICA. #+C*1.....	2.006,00		582,00	1.424,00			A B C
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 SEMPRES 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 CONVEN- CIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-							
730102	ESOFAGOGASTRODUODENOVideosco- PIA. #+C*.....	301,00		93,00	208,00			A B C
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.-							
I M P O R T E S								
Código	Descripción	Valor	Coseguros a Pagar		Pago al	Ind	Val	Cat
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador			
730103	COLONOVIDEOSCOPIA #+C*.....	315,00		119,00	196,00			A B C
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*.....	139,00		60,00	79,00			A B C
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. #+C*.....	495,00		84,00	411,00			A B C
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. #+C*I.....	3.697,00	776,00	2.921,00				A B C
--------	-------------------------------------	----------	--------	----------	--	--	--	-------------

## I M P O R T E S

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

NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES EL SEMPRES 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..... #+C.....	207,00		62,00	207,00			A B 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 SEMPRES EL COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO Y CORRESPONDERÁ AL 30% DE LOS MONTOS ASIGNADOS EN COLUMNA VALOR MODULO.							
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

730108	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTARIZADA #+C.....	266,00		80,00	266,00			A B C
--------	------------------------------------------------	--------	--	-------	--------	--	--	-------------

NORMA VER NORMAS CODIGO 730107

730109	MANOMETRIA ANO RECTAL COMPUTARIZADA #+C.....	266,00		80,00	266,00			A B C
--------	-------------------------------------------------	--------	--	-------	--------	--	--	-------------

NORMA VER NORMAS CODIGO 730107

## I M P O R T E S

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

730110	BIOFEEDBACK (POR SESION) #+C.....	51,00	15,00		51,00			A B C
--------	--------------------------------------	-------	-------	--	-------	--	--	-------------

NORMA VER NORMAS CODIGO 730107

7401	GINECOLOGIA							
740101	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANS VAGINAL. #+C*.....	129,00		44,00	85,00			A B C

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*I.....		1.461,00	219,00	1.242,00			A B C
--------	---------------------------------------------	--	----------	--------	----------	--	--	-------------

NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE							
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

REITERACION DE LAS COMPLICACIONES EL SEMPRES Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIAS.-  
 2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO QUE PUEDA RESOLVERSE POR VIDEO, SE FACTURARA UNICAMENTE EL CODIGO DE VIDEOCIRUGIA QUE CORRESPONDA.  
 EN CASO DE RESOLVERSE POR CIRUGIA CONVENCIONAL, SE FACTURARA ESTA INDEPENDIEMENTE.

740103 CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO. 171,00 51,00 120,00 A  
 #+C\*..... B  
 C

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

IMPORTE S

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

1) INFORME COMPLETO.-

740104 VIDEOCIRUGIA SOBRE ANEXOS UTE- 3.213,00 739,00 2.474,00 A  
 RINOS Y/O LIBERACION DE ADHE- B  
 RENCIAS Y/O MIOMECTOMIA. C  
 INCLUYE 740102

#+C\*1.....  
 NORMAA).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 SEMPRES 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 3.697,00 777,00 2.920,00 A  
 SIN ANEXECTOMIA. B  
 INCLUYE 740102 C  
 #+C\*1.....

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 SEMPRES Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA. SERA DE APLICACIÓN 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  
 MUJERES A PARTIR DE LOS 35 AÑOS: UN CONTROL, UNA (1)  
 VEZ POR AÑO. 148,00 148,00 A  
 ESTE MODULO COMPRENDE LOS CÓDIGOS 34.06.01 x 3 y 18.01.06 B  
 C

IMPORTE S

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

740107 ECODOPPLER OBSTETRICO 126,00 126,00 A  
 #+..... 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.  
 3- PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS  
 B) NORMAS:  
 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA  
 2- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO

7501 NEUROLOGIA

750101 MAPEO CEREBRAL. 225,00 74,00 151,00 A  
 #+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: -INFORME COMPLETO CON REGISTROS GRAFICOS.-							
750102	ELECTROENCEFALOGRAMA DE HOLTER #+C*.....	209,00	58,00	151,00				A 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.-							
750103	POLISOMNOGRAFIA CON OXIMETRIA NOCTURNA #+C*.....	787,00	157,00	787,00				A B C

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
NORMA	A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGIA Y NEUMONOLÓGIA 3-ACREDITACION DE CAPACITACION PARA SU INTERPRETACIÓN EXTENDIDO POR ENTIDAD RECONOCIDA 4-PRESENCIA DE TECNICO ESPECIALIZADO CON ACREDITACION DE CAPACITACION PARA EL CONTROL DURANTE EL ESTUDIO 5-HABILITACION DEL SERVICIO COMO LABORATORIO DEL SUEÑO B)-NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTROS GRAFICOS 2-EL ARANCEL INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, SEÑALES QUE PERMITEN CARACTERIZAR EL SUEÑO: ELECTROENCEFALOGRAMA, ELECTROMIOGRAMA Y ELECTROOCULOGRAMA, SEÑALES QUE PERMITEN MONITOREAR VARIABLES CARDIO-RRESPIRATORIAS: MEDICION DE FLUJO RESPIRATORIO, MEDICION DE ESFUERZO RESPIRATORIO, OXIMETRIA DE PULSO Y ELECTROCARDIOGRAMA Y POSICIÓN POSTURAL. 3-PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA APNEA DEL SUEÑO (AP), SINDROME DE LA RESISTENCIA DE VIAS AEREAS SUPERIORES AUMENTADA (SRAVAS) CON DESCRIPCION DE METODOLOGIA A IMPLEMENTAR Y RECURSO TECNICO							
750201	MONITOREO DE PRESION INTRACRA NEANA. #+C*1.....	3.026,00		726,00	2.300,00			A B C
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.	2.066,00		413,00	1.653,00			A B C

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE: HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, PROVISION DE LENTE IN INTRA-OCULAR Y LA REALIZACION DE YAG LASER HASTA SEIS (6) MESES POSTERIORES AL IMPLANTE							
760102	FACOFRAGMENTACION ULTRASONICA DE CATARATA + LIO POR TODO CONCEPTO. #+C*.....	2.558,00		717,00	1.841,00			A 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.							
760103	YAG LASER - FOTOCOAGULACION - POR CADA OJO. #+C*.....	803,00	64,00	739,00				A B C
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	RETINOFLUORESCINOGRAMIA POR ANGIOGRAMIA DIGITAL (POR CADA OJO). #+C*.....	113,00	19,00	94,00				A B C
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.							

IMPOR TES

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
	B)-EXCLUYE 1-MATERIAL DE CONTRASTE 2-MEDICAMENTO							
760105	CAMPO VISUAL, CAMPIMETRIA Y/O PERIMETRIA COMPUTARIZADO BILATERAL #+C*.....	126,00		25,00	101,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA 2- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO 3- LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA PRACTICA CONVENCIONAL.							
7701	OTORRINOLARINGOLOGIA							
770101	RINOFIBROLARINGOSCOPIA. #+C*.....	69,00		32,00	37,00			A 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							
780101	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERI- CO COLOR. #+C*.....	224,00		100,00	124,00			A B C

IMPOR TES

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
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*.....	180,00	64,00	116,00			A 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*.....	289,00	162,00	127,00			A 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 BLANCO Y NEGRO. #+C*.....	194,00	88,00	106,00			A 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.-						
79	UROLOGIA/NEFROLOGIA						

## I M P O R T E S

Código	Descripción	I M P O R T E S			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social	En Prestador			
790101	ECOGRAFIA VESICO-PROSTATICA TRANSRECTAL. #+C*.....	129,00		38,00	91,00		A B C
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*.....	296,00		103,00	193,00		A B C
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*.....	118,00		39,00	79,00		A B C
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 CON REGISTRO GRAFICO.-						
790104	LITOTRIZIA EXTRACORPOREA PARA CALCULOS RENALES Y URETERALES #+C*.....	3.321,00		756,00	2.565,00		A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA.- B) NORMAS:						

## I M P O R T E S

Código	Descripción	I M P O R T E S			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social	En Prestador			

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 LITOTRICA, EL PRESTADOR FACTURARA AL SEMPRES EL VALOR DEL MODULO 790104 MENOS EL MONTO EQUIVALENTE A DICHO ELEMENTO. CUANDO EL PRESTADOR FACTURE EL MODULO SIN EFECTUAR EL DESCUENTO DEL ELEMENTO UTILIZADO, SE PROCEDERÁ A DEBITAR EL IMPORTE DEL MISMO SEGÚN FACTURA PRESENTADA POR EL AFILIADO EN SOLICITUD DE REINTEGRO.-  
 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)	514,00	139,00	375,00		A B C
NORMA	#+C*..... 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.-					

790106	MODULO MULTIBIOPSIA PROSTÁTICA	155,00	27,00	128,00		A B C
NORMA	#+C*..... 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.-					

IMPOR TES

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a En O.Social	Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
790201	HEMODIALISIS CON RIÑÓN ARTIFICIAL EN INSUFICIENCIA CRONICA POR SESION.	381,00			381,00			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	COLOCACIÓN DE CATETER Y ENTRE NAMIENTO POR UNICA VEZ (DIAL. PERITONEAL).	4.496,00			4.496,00			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 PRÁCTICA EN ESE LUGAR. EN CASO DE NO SERLO LA MISMA SE LLEVARA A CABO EN LA INSTITUCION.							
790203	DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA POR MES.	4.496,00			4.496,00			A B C
NORMA	INCLUSIONES Y EXCLUSIONES: IDEM COD.79.02.01.							
790301	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL DONANTE DE RIÑÓN – ADULTO / PEDIATRICO	3.385,00			3.385,00			A B C
NORMA	-INCLUSIONES:							

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

## I M P O R T E S

Código	Descripción	I M P O R T E S				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador			
	-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 #+.....	5.927,00			5.927,00			A B C
NORMA	-INCLUSIONES LABORATORIO RADIOLOGÍA INTERCONSULTAS HISTOCOMPATIBILIDAD COD. 210201 X 1 COD. 210206 X 1 COD. 210203 X 1 HONORARIOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS  -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 #+.....	1.456,00			1.456,00			A B C

## I M P O R T E S

Código	Descripción	I M P O R T E S				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador			
NORMA	-INCLUYE: CONSULTA MÉDICA RADIOLOGÍA DE TÓRAX ECOGRAFÍA RENAL LABORATORIO UREMIA HEMOGRAMA IONOGRAMA EN SANGRE PROTEINURIA 24 HS CREATININA EN ORINA UREA EN ORINA URICEMIA FOSFATEMIA NUCLEOTIDASA ANTI HBE ATG GAMMAGLUTAMILTRANSPETIDASA EPSTEIN BARR IGG ANTI VHC ANTI HBE CALCIURIA							
	CREATININA RTO. PLAQUETAS CLEARENCE DE CREATININA GLUCEMIA SODIO EN ORINA ERITROSEDIMENTACIÓN CALCEMIA HEPATOGAMA COMPLETO HBE ATG CMV IGG CMV IGM EPSTEIN BARR IGM ANTI HIV CICLOSPORINA EN SANGRE ORINA COMPLETA							

URICOSURIA  
 CITRATURIA  
 PRUEBA SOBRE CARGA ORAL DE CALCIO  
 RELACIÓN CALCIO/CREATININA BASAL  
 FOSFATO REABSORCIÓN TUBULA  
 DOS PERÍODOS POS SOBRECARGA ORAL DE CALCIO  
 UROCULTIVO, BACTERIOLOGÍA DIRECTA, RTO. COLONIAS Y ATB

OXALURIA  
 CISTINURIA CUALITATIVO  
 ACIDO URICO SERICO  
 FOSFATO CLEARENCE

ARANCELAMIENTO DE LAS EXCLUSIONES: TODA PRÁCTICA (HONORARIOS MÉDICOS Y GASTOS SANATORIALES) Y/O PRESTACIONES FUERA DE LAS MENCIONADAS COMO COMPRENDIDAS EN EL PRESENTE MÓDULO, SERÁ FACTURADA 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/O UTILIZADOS, SERÁN FACTURADOS A SEMPRE AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.

IMPOR TES

Código	Descripción	Valor		Coseguros a Pagar		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
		Modulo	En O.Social	En Prestador	En Prestador				
790304	MODULO AMBULATORIO POST TRANSPLANTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO - 2º SEMESTRE, POR MES #+.....	1.026,00				1.026,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 790303								
790305	MODULO AMBULATORIO POST TRANSPLANTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO - 2º AÑO Y SUBSIGUIENTES, POR MES #+.....	833,00				833,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 790303								
790306	MODULO DE TRANSPLANTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO - DONANTE CADAVERICO / VIVO RELACIONADO #+l.....	36.632,00				36.632,00			A B C
NORMA	1- EL VALOR MODULO COMPRENDE AL MONTO FIJO A ABONAR POR TODO CONCEPTO, EN RELACIÓN A LA INTERNACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA LA REALIZACIÓN DEL TRANSPLANTE RENAL. 2- EL MÓDULO ES DE APLICACIÓN AL TRANSPLANTE RENAL EN PACIENTES ADULTOS CON DONANTE CADAVERICO Y/O VIVO RELACIONADO. 3- LA DURACIÓN DEL MÓDULO COMPRENDE UN TOTAL DE 18 (DIECIOCHO) DÍAS DE INTERNACIÓN GENERAL EN HABITACIÓN COMPARTIDA (CODIGO 43.01.01) Y 2 (DOS) DÍAS EN TERAPIA INTENSIVA. A PARTIR DEL DIA 21 (VEINTIUNO), SE FACTURARÁ DE ACUERDO A LOS VALORES VIGENTES. 4- EXCLUYE EXTRAS DEL PACIENTE. 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 CADAVERICO, SI SE EFECTÚA EN LA ENTIDAD PRESTADORA. 2- HONORARIOS PROFESIONALES DE CIRUJANOS, AYUDANTES, MONITORISTAS, ANESTESIOLOGOS, 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, ECOGRAFIAS, 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 PSIQUIÁTRICOS
- 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, ANTI-CUERPOS MONOCLONALES, CITOSTÁTICOS, QUIMIOTERÁPICOS, GAMMAGLOBULINA HUMANA ENDOVENOSA, EXPANSORES PLASMÁTICOS (ALBUMINA, ETC), INTERFERONES INYECTABLES, FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS, COMPLEJOS PRO- TROMBINICOS HUMANOS, FACTORES DE COAGULACION HEMOSTÁTICOS (TIPO PROTOMPLEX O SIMILARES), ACICLOVIR, GANCICLOVIR, IMIPENEM, PIPERACILINA, AMINOÁCIDOS, LÍPIDOS, CEFALOSPORINAS DE 3° GENERACION, VANCOMICINA, MEDICAMENTOS NO PRODUCIDOS EN EL PAIS.
- 5- MATERIAL DESCARTABLE: PRÓTESIS, INJERTOS, PARCHES, MARCAPASOS DEFINITIVOS Y CUALQUIER OTRO ELEMENTO IMPLANTABLE.
- 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 PERCUTÁNEA), 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 SEMPRE, 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 SEMPRE 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 INTERRUMPIRSE 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 PADEZCAN ENFERMEDADES INFECCIOSAS 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 SEMPRE SE HACE CARGO DE LOS GASTOS DE TRASLADOS DE OPERATIVOS FRUSTROS DEBIDAMENTE JUSTIFICADOS.

790307	OPERATIVO DE ABLACIÓN Y/ O PROCURACIÓN DEL ORGANO				
NORMA	SERA ABONADO CON AJUSTE A NORMAS DEL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI)				
790308	MODULO OPERATIVO TERRESTRE / AEREO				
NORMA	SERA ABONADO CON AJUSTE A NORMAS DEL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI)				
8001	CIRUGIA ARTROSCOPICA				
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. 4-EL PROFESIONAL HABILITADO PARA EFECTUAR LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DEBERA: a) SER MIEMBRO ADHERENTE DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE ARTROSCOPIA. b) PRESENTAR ACREDITACION DE SU ESPECIALIDAD, CERTIFICACION Y RE-CERTIFICACION EXPEDIDA POR LA ASOCIACION ARGENTINA DE ARTROSCOPIA.				
800101	CIRUGIA ARTROSCOPICA SIMPLE -MODULO POR TODO CONCEPTO- #+C*1.....	3.213,00	708,00	2.505,00	A B C

IMPOR TES

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
800102	CIRUGIA ARTROSCOPICA COMPLEJA -MODULO POR TODO CONCEPTO- #+C*1.....	4.744,00		711,00	4.033,00			A B C
8002	QUIMIOTERAPIA							
800201	QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA (por sesión) #+.....	203,00			203,00			A B C
NORMA	<p>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-PRESCRIPCIÓN 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, ENTEN- DIENDOSE POR MÓDULOS: DIA DE ADMINISTRACIÓN DE DROGAS (1 O MAS); NUMERO TOTAL DE MÓDULOS TRATAMIENTO COMPLETO: NUMERO TOTAL DE CICLOS.-                      7-LAS DROGAS A PRESCRIBIR SERAN DE ACUERDO AL FORMULARIO TERAPÉUTICO DE SEMPRES, SEGÚN 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 ANTIEMÉTICAS DE ULTIMA GENERACIÓN, CITOSTATICOS, COADYUVANTES Y PORT A CATH.</p>							
800202	QUIMIOTERAPIA ENDOVESICAL (por sesión) #+.....		162,00		162,00			A B C

IMPOR TES

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
NORMA	<p>NORMAS:                      A)-REQUISITOS:                      1-DISPONER DE LA INFRAESTRUCTURA ADECUADA.                      2-SERA REALIZADA POR ESPECIALISTAS: ONCOLOGOS, UROLOGOS.                      B)-NORMAS:                      1-LA FACTURACIÓN DEBERÁ SER A TRAVÉS DE INSTITUCIONES SANATORIALES Y/O PROFESIONALES ES- ESPECIALISTAS.                      2-PRESCRIPCIÓN 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 MÓDULOS POR CICLO, ENTEN- DIENDOSE POR MÓDULOS: DIA DE ADMINISTRACIÓN DE DROGAS (1 O MAS); NUMERO TOTAL DE MÓDULOS; TRATAMIENTO COMPLETO: NUMERO TOTAL DE CICLOS.-                      7-LAS DROGAS A PRESCRIBIR SERAN DE ACUERDO AL FORMULARIO TERAPÉUTICO DE SEMPRES, SEGÚN 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 ANTIHEMÉTICAS DE ULTIMA GENERACION, CITOSTATICOS, COADYUVANTES.</p>							
800203	INFUSION DE DROGAS CORRELACIONADAS CON PATOLOGIAS ONCOLOGICAS (MONOTERAPIA)		71,00		71,00			A B



NORMA	#+ .....	C
	A) -REQUISITOS 1- SERÁ REALIZADA POR ESPECIALISTA: ONCOLOGOS, HEMATOLOGOS.	
	B) NORMAS: 1- PRESCRIPCIÓN EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2 2- LAS DROGAS SE PRESCRIBIRÁN DE ACUERDO AL ANEXO J DEL FORMULARIO TERAPEUTICO DE SEMPRES. 3- INCLUYE:	

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
	MATERIAL DESCARTABLE 4- VALOR 35% CODIGO 80.02.01							
800301	MODULO DE ACELERACION LINEAL DE ELECTRONES. #+.....	5.190,00			5.190,00			A B C

NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.- B)-NORMAS: 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. #+.....	2.941,00			2.941,00			A B C

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
800402	BRAQUITERAPIA UTERINO VAGINAL #+.....	2.941,00			2.941,00			A B C
800403	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL EN TUMORES GINECOLOGICOS. #+.....	2.941,00			2.941,00			A B C
81	TOMOGRFIA AXIAL COMPUTADA							
NORMA	1-DEBERÁN 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 EFECTÚA CON CONTRASTE INDICAR: VOLUMEN DEL CONTRASTE INYECTADO E INGERIDO.- H) CONCLUSIONES Y/O IMPRESIÓN DIAGNOSTICA-COMENTARIO.-							

## I) FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ACTUANTE.-

811001	TAC CEREBRAL - UNICO ESTUDIO #+C&.....	347,00	69,00	347,00				A B C
811002	TAC CEREBRAL REFORZADA - IN- CLUYE CONTRASTE. #+C&.....	347,00	69,00	347,00				A B C
811003	TAC CEREBRAL DE CONTROL. #+C&.....	130,00	26,00	130,00				A B C

## I M P O R T E S

Código	Descripción	-----			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador			
811004	TAC OFTALMOLOGICA. #+C&.....	130,00	26,00		130,00		A B C
811005	TAC TIROIDEA. #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
811006	TAC MAMARIA. #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
811007	TAC GINECOLOGICA. #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
811008	TAC DE ABDOMEN. #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
811009	TAC HEPATOBILIAR - ESPLENICA - PANCREATICA-RENAL-SUPRARENAL- #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
811010	TAC TORACICA. #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
811011	TAC VEJIGA Y PROSTATA. #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
811012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
811013	TAC DE COLUMNA. #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
8130	TAC - CON CONTRASTE -						
813003	TAC CEREBRAL DE CONTROL CON CONTRASTE. #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
813004	TAC OFTALMOLOGICA CON CONTRAS- TE. #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
813005	TAC TIROIDEA CON CONTRASTE. #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
813006	TAC MAMARIA CON CONTRASTE. #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B C
813007	TAC GINECOLOGICA CON CONTRASTE #+C&.....	347,00	69,00		347,00		A B

					C
813008	TAC DE ABDOMEN CON CONTRASTE #+C&.....	347,00	69,00	347,00	A B C
813009	TAC HEPATOBILIAR -ESPLENICA- PANCREATICA - RENAL - SUPRARE- NAL CON CONTRASTE. #+C&.....	347,00	69,00	347,00	A B C
813010	TAC TORACICA CON CONTRASTE. #+C&.....	347,00	69,00	347,00	A B C
813011	TAC VEJIGA Y PROSTATA CON CON- TRASTE. #+C&.....	347,00	69,00	347,00	A B C
813012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES CON CONTRASTE. #+C&.....	347,00	69,00	347,00	A B C
813013	TAC DE COLUMNA CON CONTRASTE #+C&.....	440,00	88,00	440,00	A B C
82	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR				
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				
821001	RMN DE CEREBRO #+C.....	448,00	135,00	448,00	A B C
821004	RMN OFTALMOLOGICA (POR OJO) #+C.....	448,00	135,00	448,00	A B C
821005	RMN DE TIROIDES #+C.....	448,00	135,00	448,00	A B C
821008	RMN DE ABDOMEN #+C.....	448,00	135,00	448,00	A B C
821009	RMN HEPATOBILIAR - ESPLENICA - PANCREATICA-RENAL-SUPRARRENAL #+C.....	448,00	135,00	448,00	A B C
821010	RMN TORACICA #+C.....	448,00	135,00	448,00	A B C
821012	RMN OTROS ORGANOS O REGIONES - #+C.....	448,00	135,00	448,00	A B C
821013	RMN DE COLUMNA –UNA REGION- #+C.....	448,00	135,00	448,00	A B C
821014	RMN DE RODILLA #+C.....	448,00	135,00	448,00	A B C
821015	RMN ESPINAL #+C.....	448,00	135,00	448,00	A B C

Código	Descripción	Valor Modulo	I M P O R T E S			Ind	Val	Cat
			Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador			
821016	RMN DE HUESOS LARGOS #+C.....	448,00	135,00		448,00			A B C
821017	RMN DE PELVIS #+C.....	448,00	135,00		448,00			A B C
821018	RMN DE HOMBRO #+C.....	448,00	135,00		448,00			A B C
NORMA	REQUISITOS 1-PRESENTAR ESTUDIOS PREVIOS DE MENOR COSTO EFECTUADOS.- 2-PRESENTAR HISTORIA CLINICA COMPLETA JUSTIFICANDO ESTA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO DE CERTEZA.- 3-ES INDICACION PRECISA PARA DIAGNOSTICO DE LA RUPTURA DEL MANGUITO ROTADOR.-							
821019	RMN DE COLUMNA – DOS REGIONES- #+C.....	863,00	258,00		863,00			A B C
821020	RMN DE COLUMNA – TRES REGIONES- #+C.....	1.115,00	335,00		1.115,00			A B C
821021	COLANGIORESONANCIA #+C.....	667,00	200,00		667,00			A B C
821022	ANGIORESONANCIA DE CUELLO O CEREBRO #+C.....	534,00	161,00		534,00			A B C
821023	ANGIORESONANCIA DE CUELLO Y CEREBRO #+C.....	801,00	240,00		801,00			A B C
821024	RM DE CEREBRO Y ANGIORESONANCIA DE CEREBRO #+C.....	733,00	220,00		733,00			A B C
821025	ANGIORESONANCIA ABDOMINAL U OTRAS #+C.....	667,00	200,00		667,00			A B C
821026	URORESONANCIA #+C.....	667,00	200,00		667,00			A B C
821027	RM ATM DINÁMICA (CON DIFERENTES GRADOS DE APERTURA Y ESTUDIO DINAMICO) #+C.....	801,00	240,00		801,00			A B C
821028	RMN DE CEREBRO CON DIFUSION Y PERCUSION #+C.....	867,00	261,00		867,00			A B C
8230	CONTRASTE							
823001	CONTRASTE PARA CUALQUIER RMN #+C.....	66,00	20,00		66,00			A B C
83	ESTUDIOS HEMODINAMICOS							

8301 ESTUDIOS ANGIOGRAFICOS POR CATETERISMO

NORMA CODIGOS 83.01.01 Y 83.01.05

## I M P O R T E S

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
	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 INTERACCIÓN DEBERÁ SER COMUNICADO A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACIÓN 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.							
830101	ANGIOGRAFIA DE CEREBRO POR CATETERISMO. #+l.....	1.176,00			1.176,00			A B C
830102	ANGIOGRAFIA DE VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO. #+l.....	1.176,00			1.176,00			A B C
830103	ANGIOGRAFIA DE CEREBRO Y VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO. #+l.....	1.176,00			1.176,00			A B C
830104	CINEANGIOCORONARIOGRAFIA. #+l.....	1.194,00			1.194,00			A B C
830105	MODULO DE ANGIOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL Y OTRAS RAMAS. #+l.....	1.038,00			1.038,00			A B 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 PRESTACIÓN. 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.							
830203	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERIFERICA SIMPLE. #+C*l.....	5.190,00		970,00	4.220,00			A B C
830204	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERIFERICA COMPLEJA. #+C*l.....	5.190,00		970,00	4.220,00			A B C
830211	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE. INCLUYE STENTS NECESARIOS CUAL QUIERA SEA SU CANTIDAD. #+C*l.....	12.972,00		2.001,00	10.971,00			A B C
830212	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA COMPLEJA.	12.972,00		2.001,00	10.971,00			A B

INCLUYE STENTS NECESARIOS CUAL  
QUIERA SEA SU CANTIDAD.  
#+C\*I.....

C

IMPOR TES

Código	Descripción	IMPOR TES			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador			
8303	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO ABLACION POR RADIOFRECUENCIA TRANSCATETER						
NORMA	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>2-30% A/C DEL AFILIADO-COSEGURO A ABONAR AL PRESTADOR- IMPORTE ACLARADO EN SELLO AUTORIZANTE.</p>						
830301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO SIM PLE O COMPLEJO. #+C*I.....	1.557,00		354,00		1.203,00	A B C
NORMA	<p>NORMAS. INCLUYE: EL CATETERISMO, EL REGISTRO DEL ELECTROGRAMA DE HAZ DE HIS, LA SOBRESTIMULACION 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.</p>						
830302	ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA. #+C*I.....	6.227,00		1.417,00		4.810,00	A B C
NORMA	<p>NORMAS: INCLUYE: ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CON INDUCCIÓN DE ARRITMIAS, EVALUACIÓN DE SU MECANISMO Y LOCALIZACIÓN POR MAPEO ENDOCARDIACO, INDEPENDIENTEMENTE DE LA FECHA EN QUE HUBIERE SIDO REALIZADO. ABLACIÓN DEL NODULO AURICULO VENTRICULAR, FOCOS ARRITMOGENICOS Y VÍAS ANÓMALAS DE CONDUCCIÓN (WOLFF-PARKISON- WHITE). GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES. MATERIALES DESCARTABLES (INTRODUCTORES VENOSOS, CATETERES DE REGISTRO-ESTIMULACION Y CATER DE ABLACIÓN 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.</p>						
830303	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO MAS ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA. #+C*I.....	6.227,00		1.417,00		4.810,00	A B C
NORMA	<p>NORMA. VER NORMAS 83.03.01. Y 83.03.02.</p>						
84	CIRUGIA CARDIOVASCULAR						
840101	CIRUGIA CARDIOVASCULAR ADULTOS CON CIRCULACION EXTRACORPOREA	22.488,00				22.488,00	A B

	#+l.....				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 CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, GASTO DE MONITOREO E INSTRUMENTACIÓN. ASISTENCIA CIRCULATORIA CON BOMBA CENTRIFUGA.- PENSIÓN EN HABITACIÓN COMPARTIDA DE A DOS (2), CON BAÑO PRIVADO, DE HASTA DOS (2) DÍAS PREQUIRURGICO Y HASTA CATORCE (14) DÍAS EN TOTAL, INCLUYENDO LOS DÍAS DE INTERNACIÓN NECESARIOS EN ÁREAS DE ALTA COMPLEJIDAD (UNIDAD CORONARIA, CUIDADOS INTENSIVOS O DE RECUPERACIÓN DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR). A PARTIR DEL DECIMOQUINTO (15) DIA LAS PRESTACIONES QUE SE BRINDEN, DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS, SERÁN FACTURADAS SEGÚN NORMAS DE INTERACCIÓN Y CONVENIOS VIGENTES EN EL ÁMBITO PROVINCIAL. TODA REOPERACIÓN CONSECUENCIA DE LA INTERNACIÓN ORIGINAL A REALIZARSE DURANTE LOS CATORCE (14) DÍAS DE COBERTURA QUEDA INCLUIDA EN EL MODULO DE CIRUGÍA 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 PODRÁN FACTURAR POR FUERA DE MODULO HASTA UN MÁXIMO DE CUATRO (4)). -MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE UTILIZADOS DURANTE EL TIEMPO DE COBERTURA (14) CATORCE DÍAS, EXCEPTUANDO LOS QUE SE DETALLAN COMO EXCLUIDOS.- -BALON DE CONTRAPULSACION Y HONORARIOS Y GASTOS POR SU COLOCACION.- -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 #+l.....	22.488,00		22.488,00	A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 84.01.01.				
840201	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA BAJA COMPLEJIDAD (I). #+l.....	6.919,00		6.919,00	A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 84.01.01.-				
840202	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA MEDIANA COMPLEJIDAD (II) #+l.....	11.243,00		11.243,00	A B C
NORMA	VER NORMAS COD.84.01.01.				
840203	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA-ALTA COMPLEJIDAD (III). #+l.....	14.703,00		14.703,00	A B C
NORMA	VER NORMAS COD.84.01.01.				
840301	BALON DE CONTRAPULSACION. #+l.....				A B C
NORMA	LA UTILIZACION DE BALON DE CONTRAPULSACION SE TRATARAN POR EXCEPCION, VALUANDOSE SI CORRESPONDE O NO.				
840302	PROVISION DE STENT. #+l.....				A B C

NORMA LA UTILIZACIÓN DE STENT EN OTRAS PRESTACIONES SE TRATARAN POR EXCEPCION, VALUANDOSE SI CORRESPONDE O NO.

840303 PROVISIÓN DE VÁLVULA AORTICA #+l..... A  
B  
C

NORMA LAS VÁLVULAS BIOLÓGICAS O MECÁNICAS A UTILIZAR EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CENTRAL PEDIÁTRICA SERÁN AUTORIZADOS POR LA OBRA SOCIAL Y PODRÁN SER PROVISTAS POR LA INSTITUCIÓN SANATORIAL O POR SISTEMA DE ANTICIPO AL AFILIADO. EN AMBOS CASOS EL IMPORTE QUE EL SEMPRE RECONOCERÁ DEL 100% Y SE DETERMINARÁ EN FUNCIÓN DE LA MENOR COTIZACIÓN DEL ELEMENTO TIPO STANDAR QUE SE OBTENGA.

85 PLANES MODULADOS

850101 INTERNACION DOMICILIARIA (POR DIA) 138,00 138,00 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.

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.

NORMA 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, REALIZADOPOR 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) MODULO:
- 1) HASTA 1 (UNA) CONSULTA MEDICA POR DIA.
  - 2) HASTA 4 (CUATRO) VISITAS DE ENFERMERÍA, SEGÚN TRATAMIENTO, PARA APLICACIÓN DE INYECTABLES, CURACIONES, COLOCACIÓN Y CUIDADO DE SONDAS, CONTROLDE SIGNOS VITALES, APOYO INTEGRAL EN MOVILIZACIÓN, HIGIENE Y ALIMENTACIÓN.
- 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.

850102	TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO (POR DIA) #.....	10,00	10,00	A B C
--------	-----------------------------------------------------------	-------	-------	-------------

GENERALIDADES

COLOCACION DE MEDICACIÓN VÍA ENDOVENOSA EN INSTITUCIÓN SANATORIAL.  
LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO SE ESTABLECE PARA LA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTOS INICIADOS EN INTERNACIÓN.

## NORMAS

- A) COBERTURA:  
SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS.
- B) REQUISITOS:
- 1- AUTORIZACIÓN PREVIA DE LOS MEDICAMENTOS A APLICAR.
  - 2- SUPERVISIÓN POR PARTE DE UNA INSTITUCIÓN SANATORIAL.
  - 3- EN TRATAMIENTOS PROLONGADOS DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME QUINCENAL DE LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO.
- INCLUYE:
- COLOCACIÓN DE LA MEDICACIÓN.
  - MATERIAL DESCARTABLE.

850201	CUIDADOS PALIATIVOS (POR DIA) #.....	138,00	138,00	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.
  - 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 INCUMPLIMIENTO DE LOS PUNTOS A) A J), 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 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

85.03 OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

GENERALIDADES

EL TRATAMIENTO CON OXIGENOTERAPIA DEBE SER UTILIZADO EXCLUSIVAMENTE BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y RESPETANDO EL FLUJO O CAUDAL PRESCRIPTO. LA REALIZACIÓN DEL TRÁMITE DE ACCESO SERA DEFINITIVO PERO SUJETO A LOS CONTROLES DE SEGUIMIENTO ESTABLECIDOS EN -NORMAS-.

COBERTURA

1) SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS, A LOS VALORES ESTABLECIDOS PARA CADA MÓDULO, MEDIANTE SISTEMA DE REINTEGRO O ANTICIPO.

2) EL SEMPRES ACTUALIZARÁ EL VALOR DE LOS MÓDULOS PREVISTOS PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA DE ACUERDO A LOS VALORES DE PLAZA.

3) LOS AFILIADOS PODRÁN REQUERIR EL REINTEGRO DE LOS GASTOS DE TRASLADO O FLETE, CONTRA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE Y HASTA UN MÁXIMO EQUIVALENTE AL 20% DEL VALOR ESTABLECIDO PARA EL CÓDIGO 850301 POR CADA UNA.-

NORMA

LA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA REQUIERE DE:

A) PRESCRIPCIÓN POR PARTE DE MÉDICO NEUMONÓLOGO, CARDIÓLOGO O ESPECIALISTA EN CLÍNICA MÉDICA, CUMPLIMENTANDO A TAL EFECTO EL FORMULARIO DE SOLICITUD PROVISTO POR ESTE SEMPRES Y, ADJUNTANDO LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DETALLADOS EN EL MISMO.

B) EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR POR PARTE DEL SEMPRES, QUE GARANTICE LA HABITABILIDAD ADECUADA DEL DOMICILIO, COMO ASIMISMO LA INFORMACIÓN NECESARIA DEL PACIENTE Y FAMILIAR RESPONSABLE PARA LA CORRECTA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO.

C) AUTORIZACIÓN PREVIA POR PARTE DE LA AUDITORIA MÉDICA DE LA OBRA SOCIAL SIGUIENDO LOS CRITERIOS DEL CONSENSO ARGENTINO DE OXIGENOTERAPIA.

D) SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE DE RENOVACIÓN MENSUAL, TRIMESTRAL Y SEMESTRAL EN LOS FORMULARIOS PROVISTOS POR SEMPRES, ADJUNTANDO EN CADA CASO LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y LA PLANILLA DE CONTROL EPIDEMIOLÓGICO.

E) ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA/CUIDADOR.

850301	ALQUILER CILINDRO OXÍGENO GASEOSO -POR MES- #.....	68,00	68,00	A B C
	<u>INCLUYE</u> 1) ALQUILER DEL EQUIPO DE OXÍGENO GASEOSO (CILINDRO Y ACCESORIOS) POR MES.			
850302	PROVISIÓN CARGA OXÍGENO GASEOSO PARA CILINDRO – POR METRO CÚBICO- #.....	8,70	8,70	A B C
850303	ALQUILER CONCENTRADOR OXIGENO - POR MES - #.....	460,00	460,00	A B C
	<u>INCLUYE</u> 1) ALQUILER DEL EQUIPO (CONCENTRADOR Y ACCESORIOS) POR MES.			
850304	ALQUILER MOCHILA OXIGENO GASEOSO CON AHORRADOR -POR MES- # .....	588,00	588,00	A B C
	<u>INCLUYE</u> 1) ALQUILER DEL EQUIPO ( MOCHILA Y ACCESORIOS)-POR MES- 2) 4 –CUATRO- CARGAS (4 m <sup>3</sup> ).			
850305	PROVISION CARGA ADICIONAL –POR METRO CÚBICO- REQUIERE JUSTIFICACION POR MAYOR ACTIVIDAD DIARIA #.....	9,50	9,50	A B C
850306	ALQUILER EQUIPO OXIGENO MEDICINAL LÍQUIDO PORTÁTIL (FREELOX) – POR MES - # .....	1.408,00	1.408,00	A B C
	<u>INCLUYE</u> 1) ALQUILER DEL EQUIPO (MOCHILA Y ACCESORIOS) -POR MES-			

	2)	5 (CINCO) CARGAS.				
850307		PROVISIÓN CARGA ADICIONAL PARA EQUIPO OXIGENO MEDICINAL LÍQUIDO PORTÁTIL (FREELOX) 260,00 REQUIERE JUSTIFICACION POR MAYOR ACTIVIDAD DIARIA # .....	260,00	260,00		A B C
86.01		HEMOTERAPIA				
860101	P24		26,00	26,00		A B C
860102	HBc		26,00	26,00		A B C
860103	HTLV		52,00	52,00		A B C
8701		MEDICINA NUCLEAR.....				
NORMA		A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-SERAN EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN MEDICINA NUCLEAR.  B)-NORMAS: 1-DEBERA SER SOLICITADO POR EL MEDICO TRATANTE ADJUNTANDO HISTORIA CLÍNICA QUE JUSTIFIQUE SU REALIZACIÓN, PARA SU AUTORIZACION. 2-A LA FACTURACION SE ADJUNTARA EL INFORME COMPLETO DE LA PRACTICA (PRE-QUIRURGICA Y EVIDENCIA INTRAOPERATORIA). INCLUSIONES: HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO.				
870101		LOCALIZACION CENTELLOGRAFICA DE GANGLIO CENTINELA CON CONTROL INTRAOPERATORIO ESTUDIO SIN AGREGADOS #+.....	785,00	785,00	1	A B C

## ANEXO II

## TITULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA

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

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

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
* 9001	DOSAJE DE DROGAS TERAPEUTICAS(MONITOREO)	16	
* 9002	AC.ANTICORE DE HEPATITIS B (ANTI HBc)	15	
* 9003	AC. ANTI e DE HEPATITIS B (ANTI HBe)	15	
* 9004	ANTICUERPO HAV Ig. G	15	
* 9005	ANTICUERPO HAV Ig. M	20	
* 9006	ANTIC.ANTIG.SUPERF.HEPATITS B (ANTI HBs)	15	
* 9009	ANTIC.CITOMEGALOVIRUS IFI	9	
* 9010	ANTIC. PSITACOSIS (CLAMIDEAS)	14	
* 9011	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	10	
* 9015	CA 15-3 ; CA 125 ; CA 199 ; CA 129	24	
* 9017	CHAGAS Ig. M IFI	11	
* 9020	DELTA 4 ANDROSTENEDIONA	12	
* 9027	GONADOTROFINAS SUBUNIDAD BETA EN SUERO	11	
* 9033	LINFOCITOS B, RECUENTO (ROSETAS EAC)	9	
* 9034	LINFOCITOS T, RECUENTO (ROSETAS E)	9	

*	9035	LINFOCITOS T8 (CD8), Y/OT3 (CD3),Y/O T4 (CD4)	18	
*	9046	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	10	
*	9047	TIROGLOBULINA	20	
*	9051	AC. ANTI HEPATITIS "C"- HCV	26	
*	9054	RECEPTORES ESTROGÉNICOS Y/O PROGESTERONA	17	
*	9055	INMUNOGLOBULINA E ESPECIFICA	13	
*	9059	OSTEOCALCINA	27	
*	9060	ANTIC.ANTI-RC DE TSH ( TB II )	16	
*	9061	PEPTIDO C	13	
*	9062	SHBG-GLAE	17	
*	9063	ANTICUERPOS ANTIPEROXIDASA	6	
*	9064	DETECCION DE MICROALBUMINURIA		7
*	9065	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgA	15	
*	9066	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgG	15	

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador

*	9067	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgA	15	
*	9068	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgG	15	
*	9069	TROPONINA T		16
*	9071	DOSAJE DE SUBPOBLACION LINFOSITARIA (P/PACIENTES CON HIV / SIDA)	No Abona Coseguro	
*	9072	CARGA VIRAL (P/PACIENTES CON HIV / HCV)	No Abona Coseguro	
*	020602	LASER ARGON	No Abona Coseguro	
*	060105	MASTOPLASTIA UNILATERAL	No Abona Coseguro	
*	060106	MASTOPLASTIA BILATERAL	No Abona Coseguro	
*	070708	ANG.POR CATET.AORTA ABDOMINAL-MIEM INF.	No Abona Coseguro	
*	070714	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA POR PUNCION	No Abona Coseguro	
*	070716	FLEBOGRAFIA DE MMBRS.INF.O SUP.	No Abona Coseguro	
*	080201	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL	No Abona Coseguro	
*	110105	MICROCIRUGIA PARA EL TRATAM.DE LA ESTERILIDAD	No Abona Coseguro	
	130106	DESTRUCCION LESION DE PIEL-H/5 ELEM.	19	
	130107	DESTRUCCION LESION DE PIEL-MAS DE 5 ELEM	31	
*	130113	LIPOMA GIGANTE	No Abona Coseguro	
	140101	TESTIFICACION TOTAL	8	
	140103	TESTIFICACION POR DROGAS-POR VISITA	1	
	150105	ESTUDIO BIOPSICO SERIADO Y SEMISER.15 CORTES	No Abona Coseguro	
	150108	NECROPSIA DE NEONATO O LACTANTE.	No Abona Coseguro	
	150109	NECROPSIA DEL JOVEN O ADULTO	No Abona Coseguro	
	150112	RECEPTORES ESTROGENICOS/PROGESTERONA	Solo para Oncológicos	
	150113	HERB 2 NEU	Solo para Oncológicos	
	160101	ANESTESIA MINIMA	64	
	160106	ANESTESIA AMBULATORIA	53	
	170103	ELECTROCARDIOGRAMA DE HAZ DE HIZ	25	
*	170104	ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTER	38	
	170105	SOBRESTIMULACION CARDIACA-INCL.CATETERISMO	21	
	170106	ELECTROC.C/DERIVACION INTRAESOFAGICA	6	

170107 VECTOCARDIOGRAMA	6
*170108 FONOMEKANOCARDIOGRAMA	8

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
* 170115	FLUXOMETRIA POR EFECTO DOPPLER-INCL.ECG	5	
* 170118	ELECTROC. DE HOLTER- 2 CANALES	46	
* 180101	E.C.G. COMPLETO	22	
* 180102	E.C.G. COMPLETO CON REG.CONTINUO	23	
* 180103	E.C.G.COMPLETO CON ECOSCOPIA	28	
* 180104	ECOGR. TOCOGINECOLOGICA	23	
* 180106	ECOGR. MAMARIA	22	
* 180107	ECOGR. CEREBRAL	22	
* 180109	ECOGR. OFTALMOLOGICA	19	
* 180110	ECOGR. TIROIDEA	15	
* 180111	ECOGR. DE TESTICULOS	13	
* 180112	ECOGR. DE ABDOMEN	30	
* 180113	ECOGR. HEPAT-BILIAR-ESPL.-TORACICA	26	
* 180114	ECOGR. DE VEJIGA O PROSTATA	18	
* 180116	ECOGR. RENAL BILATERAL	24	
* 180117	ECOGR. DE AORTA ABDOMINAL-MODO M	22	
* 180118	ECOGR. PANCREATICA O SUPRARRENAL	24	
* 180121	ECOGR. PARA AMNIOCENTESIS	18	
* 180122	ECOGR. DE PARTES BLANDAS	13	
* 200111	MOTILIDAD ESOFAGICA MANOMETRIA DEGL.ETC	Abona al Prestador	
* 200120	ESOFAGOFIBROSCOPIA	34	
* 200126	RECTOSIGMOIDOSCOPIA A FIBRA	22	
* 200132	GASTROFIBROSCOPIA	39	
* 200134	POLIPECTOMIA ENDOSC.GASTRICA	16	
* 200135	POLIPECTOMIA ENDOSC.COLONICA	23	
220107	INST.SUST.RADIOPACA P/HISTEROSALP.GINEC.	2	
250101	FISIOTERAPIA - POR SESION	1	
250102	KINESIOTERAPIA - POR SESION	2	
250104	REHABILITACION DEL LENGUAJE - POR SESION	3	

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
250106	KINES.O FISIAT.A DOMIC.-AL COD.SE SUMA	1	
* 250107	PRESURROTERAPIA	Solo para Oncológicos	
* 250108	DRENAJE LINFATICO MANUAL	Solo para Oncológicos	
* 260101	CURVA CAPTACION TIROIDES-3 DETERM.	6	
260102	ESTUDIO FUNCION TIROIDEA-INCL.MAT.RADIACT.	8	
260108	TRATAMIENTO CARCINOMA DE TIROIDES	No Abona Coseguro	
260202	POR CADA POSIC.SUBSIGUIENTE	3	
260203	CENTELLOGRAFIA DE MEDULA OSEA	10	

* 260204	MIELOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	15
* 260205	CISTERNOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	28
* 260206	FISTULOGRAFIA ISOTOPICA. LCR-EXCL.HON.CIRUJ.	21
* 260207	VENTICULOGRAFIA ISOTOPICA.-EXCL.HON.CIRUJ.	28
* 260208	CENTELLOGRAMA OSEO - UN AREA	15
* 260209	AREAS SUBSIGUIENTES	6
260210	CENTELLOGRAFIA ARTICULAC.-INCL.ARTROCENTESIS	10
* 260211	CENTELLOGRAMA DE TIROIDES	7
* 260212	CENTELL. DE TIROIDES Y MEDIASTINO	12
* 260213	BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA TIROIDES	45
* 260214	CENTELL. DE PARATIROIDES	7
* 260215	CENTELL. DE GLANDULAS SALIVALES	10
* 260216	CENTELL. DE PULMON-2 POSIC.C/MIN.	18
* 260217	CENTELL. HEPATICO-2 POSIC.C/MIN.	18
* 260218	CENTELL. DEL POOL VASCULAR HEPATICO	19
* 260219	CENTELL. DE PANCREAS	18
* 260220	CENTELL. DE BAZO	18
* 260221	CENTELL. RENAL BILATERAL	17
* 260222	CENTELL. DEL POOL VASC.RENAL	18
* 260223	CENTELL. DE PLACENTA	17
* 260224	CENTELL. DE VIAS LINFATICAS	18

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
* 260225	POR POSICIONES ADICIONALES	3	
260301	A C T H	5	
260302	ALDOSTERONA	7	
260303	ALFAFETOPROTEINAS	5	
260304	ANTICUERPOS ANTINUCL.PLASMATICOS	9	
260305	ANGITENSINA I O II	5	
260306	ANTIGENOS DE LA HEPATITIS B	9	
260307	AMP - CICLICO	5	
260308	CALCITONINA	5	
260309	CEA - CARCINOMA EMBRIOGENICO	5	
260310	CORTISOL	5	
260311	DIGITOXINA	5	
260312	DIGOXINA	5	
260313	ESTRADIOL	5	
260314	ESTROGENOS TOTALES	5	
260315	ESTRIOL PLASMATICO	5	
260316	ESTRONA	5	
260317	FERRITINA PLASMATICA	6	
260318	F S H	5	
260319	GLUCAGON PLASMATICO	6	
260320	LACTOGENO PLACENTARIO	5	
260321	L H	5	
260322	INMUNOGLOBULINA	5	
260323	INSULINA	5	

260324	PARATHORMONA	6
260325	POLYPEPTIDO INHIB.GASTRICO-GIP PLASMATICO	5
260326	POLYPEPTIDO INTEST.VASOACTIVO -V.I.P.-PLASMA	5
260327	POLYPEPTIDO PANCREATICO	5
260328	PROINSULINA	5

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
260329	PROGESTERONA	5	
260330	PROLACTINA	5	
260331	PROSTAGLANDINA E,OF,OPGA,OPGB,OPGFI	6	
260332	RENINA	5	
260333	SOMATOTROFINA S T H	5	
260334	TESTOSTERONA	8	
260335	TIROXINA PLASMATICA TOTAL T4	4	
260336	TIROXINA EFECTIVA - ERT	4	
260337	TRI - IODOTIRONINA - T3	4	
260338	TIROTROFINA TSH	5	
260401	PRUEBA ESTIM.SECR.SOMAT.-DETERMINACION STH -1-2-	23	
260402	PRUEBA FRENO SECR.SOMAT.-DETERM.SOMATOTR.-1-2-	23	
260403	PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO-DETERM.FSH-1-4	19	
260404	PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO-DETERM.LH-1-4	19	
260405	PRUEBA ESTIM.GONADAL-HGG-DET.ESTR.TOT.1-	12	
260406	PRUEBA ESTIM.GONADAL-HGG-DET.TSTOST.1-3	15	
260407	PRUEBA ESTIM.CON TRH CON DET.TSH- T4	28	
260408	PRUEBA ESTIM.CON TRH CON DET.TSH-1-4	19	
260409	ESTIM.HIPOTALAMICO CON DETERM.DE ACTH-1-	19	
260410	INHIBICION HIPOTAL.CON DETER.ACTH-1-4-	19	
260411	INHIBICION DE MUQUET CON DET.CORTISOL-1-	12	
260412	ESTUDIO RITMO CIRCADIANO CORTISOL-1-3	12	
260413	PRUEBA EST.HIPOT.CON DET.PROLACT.-1-4-	19	
260414	PRUEBA INHIB.HIPOT.CON DET.PROLACT.-1-4-	19	
260501	CENTELL. CEREBRO - 2 POSIC.	37	
260502	POR CADA POSIC.SUBSIG.	6	
260503	CENTELL. MEDULA OSEA	24	
260504	MIELOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	30	
260505	CISTERNOGRAFIA ISOT.-EXCL.HON.CIRUJ.	53	

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
260506	FISTULOGRAFIA ISOT.DE LCR-EXCL.HON.CIRUJ	37	
260507	VENTICULOGRAFIA ISOT.-EXCL.HON.CIRUJ.	53	
260508	CENTELL. OSEO - UN AREA	30	
260509	AREAS SUBSIGUIENTES	9	
260510	CENTELLOGRAFIA. DE ARTICULACIONES	24	
260511	CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES	20	
260512	CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES Y MEDIASTINO	27	

260513	BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA TIROIDES	83
260514	CENTELL. DE PARATIROIDES	20
260515	CENTELL. DE GLANDULAS SALIVALES	22
260516	CENTELL.DE PULMON-2 POSIC.	33
260517	CENTELL. HEPATICO-2 POSIC.	31
260518	CENTELL. DEL POOL VASC.HEPATICO	33
260519	CENTELL. DE PANCREAS	33
260520	CENTELL. DE BAZO	33
260521	CENTELL. RENAL-BILAT.	33
260522	CENTELL. DEL POOL VASC.RENAL	33
260523	CENTELL. DE PLACENTA	33
260524	CENTELL. DE VIAS LINFATICAS	33
260525	ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA POR AREA-C/U	32
260526	ESTUDIO DINAMICO RENAL	43
260527	RADIOCARDIOGRAMA	54
260528A	PERFUSION SANG.MIOC.RADIOISOT-A-REPOSO	32
260528B	PERFUSION SANG.MIOC.RADIOISOT-B-REP.Y PR.FZA	54
260529	FLEBOGRAFIA RADIOISOT.POR AREAS-C/U	32
260530	POR AREA ADICIONAL	10
260531	DINAMICA DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTR.	32
260532	DINAMICA TRANSITO INTESTINAL	32
* 300111	RETINOGR.C/3 PLACAS-UNILAT.	7

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
* 300112	RETINOGR.C/3 PLACAS-BILAT.	9	
330111	PRUEBAS PSICOMETRICAS -4 TEST		16
330112	PRUEBAS PROYECTIVAS-4 TEST		32
330113	ORIENTACION A PADRES Y/O FAMILIARES		11
340414	COLECISTOGRAFIA ENDOVENOSA-MIN.5 PLACAS	35	
340415	COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA-MIN. 5 PLACAS	33	
340503	UROGR.ESCRET.C/EST.VESICAL,PRE Y POSTMIC	29	
340504	UROGR. MINUTADO O P/GOTEO PIELOGRAFIA P/	35	
* 340601	MAMOGRAFIA	14	
* 340602	MAMOGRAFIA -PROY.AXILAR	10	
340603	GALACTOGRAFIA	10	
340605	PELVINEMOGRAFIA	15	
340606	GINECOGRAFIA	30	
340607	PELVIMETRIA RADIOLOGICA	12	
340608	RX DEL EMBARAZO	7	
* 340701	SINUSOGRAFIA POR CATETERISMO	28	
* 340702	VENTRICULOGR.POR INYECC. DE MED.CONTR.	28	
* 340703	ARTERIOGRAFIA CEREBRAL POR CATETERISMO	29	
* 340704	ARTERIOGRAFIA CAROTIDEA O VERT.	25	
* 340705	NEUMOENCEFALOVENTRICULOGR.FRACC.	29	
* 340706	MIELOGRAFIA ASC.O DESC.,CISTERNOMIEL.,RA	22	
* 340707	DISCOGRAFIA,NEUROGR,EPIDUROGR.	13	
* 340810	ARTERIOGRAFIA ART.MED.Y/O INTERC.-POR ES	66	



* 340901	TOMOGRFIA LINEAL-5 PLACAS-POR EST.	36
340902	TOMOGRFIA HIPOCICLOIDAL - POR EST.	36
* 360105	CISTOTONOMANOMETRIA	9
* 700101	POTENCIALES EVOCADOS-ESTUDIO SIN AGREGADOS	24
* 700102	POTENCIALES EVOCADOS- 2 EST.O EST. C/AGREGADOS	39
* 700103	POTENCIALES EVOCADOS-3 EST.O 2 EST.C/AGREGADOS	48

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador

* 710101	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER BLANCO Y NEGRO		82
* 710102	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR		162
* 710103	ERGOMETRIA COMPUTARIZADA		41
* 710104	PRESUROMETRIA		60
* 710105	ECO STRESS		68
* 710106	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO		51
* 720101	DENSITOMETRIA OSEA UN AREA		32
* 720102	DENSITOMETRIA OSEA MAS DE UN AREA CUERPO ENT.		49
* 730101	PAPILO-ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA		582
* 730102	ESOFAGOGASTRODUODENO-VIDEOSCOPIA		93
* 730103	COLONOVIDEOSCOPIA		119
* 730104	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA POR VIDEO		60
* 730105	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA COLONICA POR VIDEO		84
* 730106	VIDEOCOLECISTECTOMIA		776
* 730107	PH METRIA 24 HS COMPUTARIZADA	62	
* 730108	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTARIZADA	80	
* 730109	MANOMETRIA ANO RECTAL COMPUTARIZADA	80	
* 730110	BIOFEEDBACK (POR SESION)	15	
* 740101	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		44
* 740102	VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA		219
* 740103	CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO		51
* 740104	VIDEOCIRUGIA S/ANEXOS UTERINOS, Y/O .....		739
* 740105	VIDEOHISTERECTOMIA TOTAL CON O SIN ANEXECTOMIA		777
* 740107	ECO-DOPPLER OBSTETRICO	No Abona Coseguro	
* 750101	MAPEO CEREBRAL		74
* 750102	ELECTROENCEFALOGRAMA HOLTER		58
* 750103	POLISOMNOGRAFIA CON OXIMETRIA NOCTURNA	157	
* 750201	MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA		726

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador

* 760101	EXTRAC.EXTRACPS.DE CATARATAS + LIO POR TODO CONCEPTO		413
* 760102	FACOFRAG.ULTRASONICA DE CATARATA + LIO x TODO CONCEP.		717
* 760103	YAG LASER-FOTOCOAGULACION POR CADA OJO		64
* 760104	RETINOFLUORESCINOGRAMA POR AGIOGRAFIA DIGITAL ( X C/OJO)		19
* 760105	CAMPO VISUAL CAMPIMETRIA PERIMETRIA COMPUTARIZADA-BILATERAL		25
* 770101	RINOFIBROLARINGOSCOPIA		32

* 780101	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO COLOR		100
* 780102	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO BLA Y NE		64
* 780103	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO-COLOR		162
* 780104	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO BLA Y NE		88
* 790101	ECOGRAFIA VESICO-PROSTATICA TRANSRECTAL		38
* 790102	ESTUDIO URODINAMICO		103
* 790103	FLUJOMETRIA		39
* 790104	LITOTRIZIA EXTRACORP. PARA CALCULOS REN. Y URETRALES		756
* 790105	MODULO MULTIPUNCIÓN PROSTATICA (INCLUYE PUNCION,AGUJAS,ETC.		139
* 790106	MODULO MULTIBIOPSIA PROSTATICA		27
* 790301	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL DONANTE DE RIÑON ADUL/PDIAT	No Abona Coseguro	
* 790302	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL RECEPTOR DE RIÑON ADUL/PDIAT	No Abona Coseguro	
* 790303	MODULO AMBUL. POST-TRANSPLANTE RENAL ADUL/PEDIA 1º SEMESTRE	No Abona Coseguro	
* 790304	MODULO AMBUL. POST-TRANSPLANTE RENAL ADUL/PEDIA 2º SEMESTRE	No Abona Coseguro	
* 790305	MODULO AMBUL. POST-TRANSPLANTE RENAL ADUL/PEDIA 2º AÑO Y SUSIG	No Abona Coseguro	
* 790306	MODULO DE TRANSPLANTE RENAL AD/PE DON. CADAVERICO/VIVO RELAC.	No Abona Coseguro	
* 800101	CIRUGIA ARTROSCOPICA SIMPLE MODULO POR TODO CONCEPTO		708
* 800101	CIRUGIA ARTROSCOPICA COMPLEJA MODULO POR TODO CONCEPTO		711
* 800201	QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA POR SESION	No Abona Coseguro	
* 800202	QUIMIOTERAPIA ENDOVESICAL POR SESION	No Abona Coseguro	
* 800203	INFUSION DE DROGAS CORRELACIONADAS CON PAT. ONCOL. MONOTERAPIA	No Abona Coseguro	
* 800301	MODULO DE ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES	No Abona Coseguro	
* 800401	BRAQUITERAPIA INTRAVAGINAL	No Abona Coseguro	

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador

* 800402	BRAQUITERAPIA UTERO-VAGINAL	No Abona Coseguro	
* 800403	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL EN TUMORES GINECOLOGICOS	No Abona Coseguro	
* 811001	TAC-CEREBRAL-COMO UNICO ESTUDIO	69	
* 811002	TAC-CEREBRAL REFORZADA-INCLUYE CONTRASTE	69	
* 811003	TAC CEREBRAL DE CONTROL	26	
* 811004	TAC OFTALMOLOGICA	26	
* 811005	TAC TIROIDEA	69	
* 811006	TAC MAMARIA	69	
* 811007	TAC GINECOLOGICA	69	
* 811008	TAC ABDOMEN	69	
* 811009	TAC HEPATOB.-ESPLENICA-PANCR.RENAL-SUPR	69	
* 811010	TAC TORACICA	69	
* 811011	TAC VEJIGA Y PROSTATA	69	
* 811012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES	69	
* 811013	TAC COLUMNA	69	
* 813003	TAC CEREBRAL DE CONTROL CON CONTRASTE	69	
* 813004	TAC OFTALMOLOGICA CON CONTRASTE	69	
* 813005	TAC TIROIDEA CON CONTRASTE	69	
* 813006	TAC MAMARIA CON CONTRASTE	69	
* 813007	TAC GINECOLOGICA CON CONTRASTE	69	

* 813008	TAC ABDOMEN CON CONTRASTE	69
* 813009	TAC HEPAT.ESPL.PANCR.RENAL-SUPR.CON CONT	69
* 813010	TAC TORACICA CON CONTRASTE	69
* 813011	TAC VEJIGA Y PROSTATA CON CONTRASTE	69
* 813012	TAC OTROS ORGANOS O REG. CON CONTRASTE	69
* 813013	TAC COLUMNNA CON CONTRASTE	88
* 821001	RMN DE CEREBRO SIN CONTRASTE	135
* 821004	RMN OFTALMOLOGICA (POR OJO) S/CONTRASTE	135
* 821005	RMN DE TIROIDES S/CONTRASTE	135

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
* 821008	RMN DE ABDOMEN S/CONTRASTE	135	
* 821009	RMN DE HEPATOBILIAR -ESPLENICA-PANCREATICA RENAL-SUPRARRENAL-	135	
* 821010	RMN TORACICA	135	
* 821012	RMN DE OTROS ORGANOS O REGIONES	135	
* 821013	RMN DE DE COLUMNA	135	
* 821014	RMN DE RODILLA	135	
* 821015	RMN DE ESPINAL	135	
* 821016	RMN DE HUESOS LARGOS	135	
* 821017	RMN DE PELVIS	135	
* 821018	RMN DE HOMBRO	135	
821019	RMN DE COLUMNA -DOS REGIONES	258	
821020	RMN DE COLUMNA -TRES REGIONES	335	
821021	COLANGIORRESONANCIA	200	
821022	ANGIORRESONANCIA DE CUELLO O CEREBRO	161	
821023	ANGIORRESONANCIA DE CUELLO Y CEREBRO	240	
821024	RM DE CEREBRO Y ANGIORRESONANCIA DE CEREBRO	220	
821025	ANGIORRESONANCIA ABDOMINAL U OTRAS	200	
821026	URORRESONANCIA	200	
821027	RM ATM DINAMICA (C/DIFERENTESGRADOS DE APERTURA Y ESTUDIO DINAMICO)	240	
821028	RMN DE CEREBRO CON DIFUSION Y PERCUSION	261	
* 823001	CONTRASTE PARA CUALQUIER RMN	20	
* 830101	ANG.CEREBRO POR CATETERISMO	No Abona Coseguro	
* 830102	ANG. DE VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO	No Abona Coseguro	
* 830103	ANG.CEREB. Y VASOS CUELLO POR CATETERISMO	No Abona Coseguro	
* 830104	CINEANGIOCORONARIOGRAFIA	No Abona Coseguro	
* 830105	MODULO ANGIOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL Y OTRAS RAMAS	No Abona Coseguro	
* 830203	ANGIOPLASTIA TRANS. PERIFERICA SIMPLE		970
* 830204	ANGIOPLASTIA TRANS.PERIFERICA COMPLEJA		970

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador

* 830211 ANGIOPLASTIA TRANS. CORONARIA SIMPLE - INCLUYE STENS -	2.001
* 830212 ANGIOPLASTIA TRANS. CORONARIA COMPLEJA - INC.STENS -	2.001
* 830301 ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO SIMPLE O COMPLEJO	354
* 830302 ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA	1.417
* 830303 ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO MAS ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA	1.417
* 840101 CIR.CARD.ADUL.CON CIRCUL.EXTRACORPOREA	No Abona Coseguro
* 840102 CIR.CARD.ADUL.SIN CIRCUL.EXTRACORPOREA	No Abona Coseguro
* 840201 CIR.CARD.PEDIA.BAJA COMPLEJA(I)	No Abona Coseguro
* 840202 CIR.CARD.PEDIA.MEDIANA COMPLEJA(II)	No Abona Coseguro
* 840203 CIR.CARD.PEDIA.ALTA COMPLEJA(III)	No Abona Coseguro
* 840301 BALON DE CONTRAPUSACIÓN	No Abona Coseguro
* 840302 PROVISION DE STENT	Según escala
* 840303 PROVISION DE VALVULA AORTICA	No Abona Coseguro
* 850101 INTERNACION DOMICILIARIA POR DIA	No Abona Coseguro
850102 TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO	No Abona Coseguro
* 850201 CUIDADOS PALIATIVOS POR DIA	No Abona Coseguro
LOCALIZACION CENTELLOGRAFICA DE GANGLIO CENTINELA C/CONTROL	No Abona Coseguro
870101 INTRAOPERATORIO	No Abona Coseguro

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

### ANEXO III

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

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

#### CAPITULO XII - COSEGUROS DE PRESTACIONES QUE PUEDEN REALIZARSE EN CONSULTORIO EXTERNO

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
02.02.05	ESCISION LESION PARPADOS-ABSESOS-ORZUELO	34	35	36
02.03.03	INTRODUCCION DE SUSTANCIAS TERAPEUTICAS, SUBCONJUNTIVALES	**	**	**
02.03.05	SUTURA DE CONJUNTIVA-INCL.EXTR.CUERPO EXTR.	58	60	61
03.01.05	INCISION Y DRENAJE DE AURICULA-SUTURA	20	21	22
03.01.09	ESCIC. DE LESION LOCAL COND.AUDITIVO EXT.BIOP	20	21	22
03.04.06	RESECC.LESION LOCAL ENDONASAL-EXTIRP.POLIPOS	30	31	32
03.05.15	PUNCION-BIOPSIA SENO PARANASAL	14	15	17
03.05.15	DIAGNOSTICA	14	15	17
03.08.07	BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL-EXTRACC.CALCULOS	32	35	38
03.08.07	DIAGNOSTICA	32	35	38
03.13.03	INCISION Y DRENAJE AMIGD.O TEJIDOS PERIAMIGD.	20	21	22
06.01.11	PUNCION QUISTE MAMARIO-BIOPSIA MAMAS	18	19	19
08.06.16	INCIS.O DRENAJE DE ABCESO PERIANAL	38	40	42
09.01.07	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO POR PUNCION	14	14	14
10.07.05	BIOPSIA DE PENE	24	26	27
10.07.11	INCISION DORSAL-LAT.PREPUCIO-FRENULOTOMIA	34	36	37
11.02.15	ESCISION LOCAL LESION CUELLO- POLIPO	24	26	27
11.02.15	DIAGNÓSTICA	24	26	27

11.03.15	HIMENOTOMIA -INCISION Y DRENAJE - ABCESO	54	55	56
11.04.05	AMNIOCENTESIS TRANSABDOMINAL O VIA VAGINAL	27	30	33
12.02.02	ESTERNON-ESCAPULA-HUMERO-	27	30	34
12.02.04	CLAVICULA COSTILLA-ROTULA-METACARP-METATARS-	12	14	16
12.04.06	PUNCION BIOPSIA DE CUALQUIER OTRO HUESO	21	22	24
12.08.01	ARTROCENESIS - DIAGN.TERAP. ,P/ARTOGRAFIA	8	9	9
12.13.03	CLAVICULA, HOMBRO, CODO, MUÑECA, METACARPO, TOBILLO.....	**	**	**
12.13.04	METACARPO O METATARSO - FALANGICAS ...	38	39	41

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
12.18.01	INFILTRACIONES Y MOVILIZ.-MUSC.PERIARTICULARES	8	9	9
12.19.06	CORSET	78	81	83
12.19.12	VENDAJE EN 8 - ENYESADO	17	18	18
12.19.14	VELPEAU DE YESO	22	23	24
12.19.15	VENDAJE DE VELPEAU	15	16	16
12.19.17	YESO BRAQUIPALMAR	39	41	43
12.19.18	YESO COLGANTE	33	34	35
12.19.19	YESO ANTEBRAQUIPALMAR	33	34	35
12.19.20	MANO DE YESO	15	16	16
12.19.21	VALVA LARGA DE MIEMBRO SUPERIOR	17	18	18
12.19.22	VALVA CORTA DE MIEMBRO SUPERIOR	15	16	16
12.19.24	DUCROQUET	45	48	51
12.19.25	CALZA DE YESO-YESO CRURO-PEDICO	39	41	43
12.19.26	BOTA LARGA DE YESO	45	48	51
12.19.27	BOTA CORTA DE YESO	39	41	43
12.19.30	VALVA CORTA DE MIEMBRO INFERIOR	15	16	16
12.19.32	TRACCION CONTINUA CUTANEA - TRAC. PARTES BLANDAS CON FRONDAS	39	41	43
13.01.04	ESCISION LOCAL LESION DE PIEL O GL.DE PIEL	34	36	37
13.01.05	INCISION Y DRENAJE ABCESO SUPERF-EXTR.CPO.EXT	20	21	22
13.01.08	BIOPSIA DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBC.O MUSC.	20	21	22
13.01.09	ESCISION DE UÑA LECHO O REPLIEGUE UNGUEAL	24	26	27
13.01.10	SUTURA DE HERIDAS	38	40	42
13.01.12	ESCISION DE TUMOR DE TEJ.CELULAR SUBCUTANEO	35	37	38
13.01.14	INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO SUBA-PONEUROTICO EXT	38	40	42
14.01.02	TESTIFICACION PARCIAL H/4 SES.	3	4	4
15.01.01	BIOPSIA POR INCIS.O PUNCION	12	13	15

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
15.01.06	CITOLOG. EXFOLIATIVA ONCOLOGICA	10	10	11
15.01.07	CITOLOG. EXFOLIATIVA HORMONAL-C/4 EXT.	10	10	11
15.01.10	CITOLOG.EXFOLIAT.ONCOL.BRONQUIAL	18	17	19
15.01.11	CITOL EXFOL ONCOL DE LIQUIDOS	12	12	13
17.01.01	ELECTROCARDIOGRAMA EN CONSULTORIO	4	4	4

17.01.02	ELECTROCARDIOGRAMA A DOMICILIO	5	5	5
17.01.11	ERGOMETRIA	10	9	10
17.01.13	OSCILOMETRIA	I/C	I/C	I/C
17.01.14	PLETISMOGRAFIA	I/C	I/C	I/C
17.01.16	TERMODILUCION	3	3	3
17.01.17	REHABILITACION-POR MES-8 A 12 SESIONES	23	23	25
19.01.01	METABOLISMO BASAL	1	1	2
20.01.01	TEST DE BERNSTEIN	3	3	4
20.01.02	SONDEO GASTRICO FRACC.	7	7	8
20.01.03	SONDEO GASTRICO EN AYUNAS	3	3	3
20.01.04	SONDEO CON ELECTR. INTRAGASTR.	3	3	3
20.01.05	SONDEO GASTR. CON INSULINA	7	8	9
20.01.06	SONDEO DUODENAL CON CONTROLRAD. DE SONDA	8	9	10
20.01.07	SONDEO DUODENAL CON SONDA DE DOBLE LUZ	10	11	12
20.01.08	CLEARANCE DE BROMOSULFTALEINA	7	7	8
20.01.09	TEST DE RETENCION DE BSF A LOS 45 MIN.	4	4	5
20.01.10	TEST DE RETENCION DE BROMOSULFTALEINA	2	3	3
20.01.11	MOTILIDAD ESOFAGICA-MANOMETRIA	13	14	16
20.01.12	DETERMINAC.DEL REFLUJO GASTROSO.F.X MICROELECT.	7	7	8
20.01.13	LAVADO GASTRICO O ESOFAGICO	2	2	2
20.01.14	EXTRACC. DE MATERIAL DE ESOFAGO O ESTOMAGO	2	2	3

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
20.01.16	BIOPSIA PERORAL ESOF.O GASTR.POR ASPIRAC.	2	3	3
20.01.17	BIOPSIA PERORAL DEL INTEST.DELGADO POR ASPIAC.	7	7	8
20.01.18	BIOPSIA PERORAL DEL INT.DELG.POR ASP.EXTR.MULT	10	11	12
20.01.19	ESOFAGOSCOPIA CON INSTR.RIGIDO	9	9	10
20.01.21	GASTROSCOPIA CON INSTR.RIGIDO	11	13	14
20.01.22	ESOFAGOGASTRODUODENOFIBROSCOPIA	40	42	45
20.01.23	CANULACION ENDOSC.DE PAPILA DE VATER	23	26	29
20.01.24	COLONOSCOPIA	50	53	56
20.01.25	RECTOSIGMOIDOSCOPIA C/INST.RIGIDO	8	8	9
20.01.27	ANOSCOPIA	I/C	I/C	I/C
20.01.28	DILATAC.ESOFAGICA C/CONTROL ENDOSC.X SES.	13	14	16
20.01.29	DILAT.ESOFAGICA CON SONDA DE MERCURIO	6	7	8
20.01.30	REDUCCION NO QUIR.DE INVAG.INTEST.	9	9	10
20.01.31	REDUCCION MANUAL DE RECTO	I/C	I/C	I/C
20.01.36	H/3 FOTOGRAFIAS SE RECARGA	2	2	2
22.01.01	COLPOSCOPIA-TRAQUELOSCOPIA	3	3	3
22.01.02	COLPOCITOLOGIA	I/C	I/C	I/C
22.01.03	TEST DE SIMS-HUNER	1	2	2
22.01.04	EST DEL MOCO CERVICAL	1	2	2
22.01.05	PERSUFLACION CON REGISTRO QUIMIOGRAFICO	3	4	4
22.01.06	PERSUFLACION,HIDROTUBACION,POR CADA SESION	2	2	2
22.02.01	AMNIOSCOPIA	2	2	3

22.02.02	MONITOREO FETAL - CADA UNO	SMI	SMI	SMI
22.02.03	METODO PSICOPROFILACTICO DEL PARTO	11	12	14
23.01.01	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA IN VIVO O IN VITRO	7	8	8
23.01.02	AGREGACION PLAQUETARIA-MIN. 3 SUST.INDUCTORAS	11	12	13

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
23.01.03	ADENOGRAMA	5	6	7
23.01.04	INV.DE AGLUTININAS	3	3	3
23.01.05	AGLUTININAS DEL SIST ABO	3	3	4
23.01.06	ANTICOAGULANT CIRCULANT, DETERMINACION DE	2	2	3
23.01.07	ANTICUERPO, ELUCION DE	2	3	3
23.01.08	ANTICUERPOS INMUNES - LANDSTEINER	2	2	2
23.01.09	ANTICUERPOS INMUNES - WITEBESKY	3	3	3
23.01.10	ANTIGLOBULINA	2	2	2
23.01.11	ANTITROMBINA	2	3	3
23.01.12	AUTOHEMOLISIS, PRUEBA DE	3	3	4
23.01.13	BENCE JONES, PROTEINA DE	1	1	1
23.01.14	BILIRRUBINEMIA TOTAL -DIRECTA, INDIRECTA	1	1	1
23.01.15	CELULAS FALCIFORMES O DREPRANOCITICAS	2	2	2
23.01.16	CELULAS L E -MEDULA-	4	5	5
23.01.17	CELULAS L E-SANGRE-	2	3	3
23.01.18	COAGULACION Y SANGRIA, TIEMPO DE	1	1	1
23.01.19	COAGULO, RETRACCION DE	1	1	1
23.01.20	COOMBS DIRECTA, PRUEBA DE	2	2	2
23.01.21	COOMBS INDIRECTA,PRUEBA DE -CUALITAT-	2	2	2
23.01.22	COOMBS INDIRECTA,PRUEBA DE -CUANTITAT-	3	3	3
23.01.23	CRIOAGLUTININAS	1	1	1
23.01.24	CRIOGLOBULINAS	2	2	2
23.01.25	CROMATINA SEXUAL	2	2	2
23.01.26	DACIE PRUEBA DE	2	2	2
23.01.27	DAVIDSHON DIFERENCIADA PRUEBA DE	3	3	3
23.01.28	DONATH-LANDSTEINNER CUANTIT.	2	3	3

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
23.01.29	ELECTROFORESIS S/PAPEL-HEMOGL. O SUERO	3	3	4
23.01.30	ELECTROF. POLIACRIDAMIDA CUALIT	4	4	4
23.01.31	ELECTROFORESIS POLIACR.CUANTIT.	5	6	6
23.01.32	EOSINOFILOS RECUENTO DE	1	1	1
23.01.33	ERITROSEDIMENTACION	1	1	1
23.01.34	ESPECTROFOTOMETRIA. DEL LIQ. AMNIOT.	4	4	4
23.01.35	ESPLENOGRAMA	7	8	8
23.01.36	ESTADO SECRETOR	2	2	2
23.01.37	ETANOL PRUEBA DE GELIF.	1	1	1

23.01.38	EXTON ROSEE PRUEBA DE	3	3	3
23.01.39	FACTOR DE COAGULACION II-PROTOMB.	2	3	3
23.01.40	FACTOR DE COAGULACION V	3	3	3
23.01.41	FACTOR DE COAGULACION VII	3	3	3
23.01.42	FACTORES DE COAGUL. COMPLEJO VII-X	3	3	3
23.01.43	FACTOR DE COAGULACION VIII	3	4	4
23.01.44	FACTOR DE COAGULACION IX	3	4	4
23.01.45	FACTOR DE COAGULACION X	3	4	4
23.01.46	FACTOR DE COAGULACION XI	3	4	4
23.01.47	FACTOR DE COAGULACION XII	3	4	4
23.01.48	FACTOR DE COAGUL. XIII CUALITATIVO	1	1	1
23.01.49	FACTOR DE COAGUL. XIII SEMICUALITATIVO	3	3	3
23.01.50	FERREMIA. SIDEREMIA	2	2	3
23.01.51	FIBRINOGENO-SANGRE-	3	3	4
23.01.52	FIBRONILISINA-LISIS DE EUGLOBULINAS-	3	3	4
23.01.53	FOLICO ACIDO-MICROBIOLOGICO-	4	4	4
23.01.54	FORMULA LEUCOCITARIA-	1	1	1

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
23.01.55	FOSFATASA ALCALINA LEUCOCIT.-CITOQUIMICA-	2	2	2
23.01.56	GLOBULINA GAMMA-SUERO-	2	2	2
23.01.57	GLOBULINA GAMMA-LATEX-	2	3	3
23.01.58	GLOBULOS BLANCOS.RECUENTO	1	1	1
23.01.59	GLOBULOS ROJOS.RECUENTO	1	1	1
23.01.60	GLUCOGENO-CITOQUIMICO-	2	2	2
23.01.61	GLUCOGENO PREVIA DIGES.-CITOQUIMICO-	3	3	3
23.01.62	GOTA GRUESA	1	1	1
23.01.63	GRUPO SANGUINEO ABO.	1	1	1
23.01.64	HAM, PRUEBA DE	2	2	2
23.01.65	HEINZ, CUERPOS DE	2	2	2
23.01.66	HEMATIES, RESIST.GLOBULAR OSMOTICA DE LOS	2	2	2
23.01.67	HEMATIES, TRIPSINAC.DE LOS U OTROS MET.ENZIMAT.	1	1	1
23.01.68	HEMATOCRITO.	1	1	1
23.01.69	HEMOAGLUTINAC.PASIVA,PRUEBA DE-HEMATIES TANADOS-	4	4	4
23.01.70	HEMOAGLUTININAS-WIUGHAN-	2	2	2
23.01.71	HEMOAGLUTINOGENOS-SUBTIPOS DEL SIST.ABO C/DET	2	2	2
23.01.72	HEMOAGLUTINOGENOS DU	3	3	3
23.01.73	HEMOGLOBULINA.DOSAJE	1	1	1
23.01.74	HEMOGLOBULINA.ELECTROFORESIS DE	3	3	4
23.01.75	HEMOGLOBULINA EN PLASMA	2	2	2
23.01.76	HEMOGLOBULINA.SOLUBILIDAD DE LA	2	2	2
23.01.77	HEMOGLOBULINA ALCALIREsISTENTE	2	2	2
23.01.78	HEMOGRAMA.INCL.RTO.HEMAT.LEUCO.F.LEU.MORF.HEM	2	2	2
23.01.79	HEMOSILINAS EN CALIENTE-TITULAC-EXCL.ANTICUER	2	2	2
23.01.80	HEMOSIDERINA.INVESTIG.-CITOQUIMICA-	2	2	2



	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
23.01.81	HEPARINA.RESIST.A LA, IN VITRO-SOULO SIMILAR	2	3	3
23.01.82	HEPARINA, RESIST. A LA, IN VIVO-DE TAKATS-	2	3	3
23.01.83	HIPERHEPARINEMIA	4	4	5
23.01.84	IBC-IRON BINDING CAPACITY-	3	3	3
23.01.85	IDENTIF.ANTICUERP.C/PANEL EN MEDIO SALI.O ALB	7	8	8
23.01.86	INDICE OPSONOCITOFACIGO	4	4	4
23.01.87	INMUNOELECTROFORESIS	6	7	7
23.01.88	LATEX GLOBULINA GAMMA	2	3	3
23.01.89	LATEX L E	3	3	4
23.01.90	LAZO, PRUEBA DEL	I/C	I/C	I/C
23.01.91	LEUCINOAMINOPEPTIDASA, TEST DE	4	5	5
23.01.92	LEUCOAGLUTINACION, INHIBICION DE	3	4	4
23.01.93	LEUCOAGLUTININAS, METODO DIRECTO	2	2	2
23.01.94	LEUCOCITOS, RESISTENCIA DE LOS	2	2	2
23.01.95	LEUCOPRECIPITINAS	2	2	2
23.01.96	MAGNESIO-SANGRE-	2	2	2
23.01.97	MEDULOGRAMA. MIELOGRAMA	6	7	8
23.01.98	MONONUCLEOSIS INFEC.,REACCION P/-MONOTEST-	3	3	3
23.01.99	PARASITOS HEMATICOS	2	2	3
23.02.01	PAUL BUNELL, REACCION DE	2	2	2
23.02.02	PEROXIDASAS	1	1	1
23.02.03	PLAQUETAS, RECUENTO DE	1	1	1
23.02.04	PLASMA RECALCIFICADO, TIEMPO DE	1	1	1
23.02.05	PORFIRINAS-ORINA-	2	2	2
23.02.06	PDF-PROD. DE DEGRAD. FIBRINOG.-FIBRINA-	5	5	5
23.02.07	PROACTIVADOR PLASMINOGENO	3	4	4

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
23.02.08	PROTROMBINA, -WARE, SEEGERS	3	4	4
23.02.09	PROTROMBINA, CONSUMO DE	2	2	2
23.02.10	PROTROMBINA, TIEMPO DE - QUICK-	2	2	2
23.02.11	RECUENTO Y FORMULA	2	2	2
23.02.12	REFFHUS, CURVA DE	2	2	3
23.02.13	RH.	1	1	1
23.02.14	RH. FACTOR C-MAYUSCULA-	2	2	2
23.02.15	RH. FACTOR C-MINUSCULA-	2	2	2
23.02.16	RH. FACTOR D-MAYUSCU	1	1	1
23.02.17	RH. FACTOR E-MAYUSCULA-	2	2	2
23.02.18	RH. FACTOR E-MINUSCULA-	1	1	1
23.02.19	RETICULOCITOS	1	1	1
23.02.20	SIA, TEST DE	1	1	1

23.02.21	SICKLE CELLS, INDUCCION QUIMICA	2	2	2
23.02.22	SIDEROFILINA, CAPACIDAD DE SATURAC. DE LA	3	3	3
23.02.23	SULFATO DE PROTAMINA, PRUEBA DE GELIFICACION	4	4	4
23.02.24	TROMBINA, PRUEBA DE LA GENERACION DE LA	3	4	4
23.02.25	TROMBINA, TIEMPO DE	1	1	1
23.02.26	TROMBOPLASTINA, PRUEBA DE LA GENER. DE -BIGGS	6	7	7
23.02.27	TROMBOPLASTINA, PRUEBA DE LA GENER. SUST.C/REAC	15	16	18
23.02.28	TROMBOPLASTINA, PRUEBA DE LA GENER. SIMPLIFICA.	4	4	5
23.02.29	TROMBOPLASTINA, TIEMPO DE -PARCIAL-	2	2	2
23.02.30	TROMBO TEST DE OWEWN	2	2	2
23.02.31	TROMBOELASTOGRAMA	4	4	5
23.02.32	XENODIAGNOSTICO-ESTUDIO COMPLETO-	10	11	12
26.02.01	CENTELLOGRAMA DE CEREBRO-2 POSIC.	19	21	23

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
28.01.01	ESPIROMETRIA	4	4	5
28.01.02	ESPIROMETRIA CON BRONCODILATADORES	6	6	7
28.01.03	BRONCOESPIROMETRIA	9	9	10
28.01.04	TRAQUEOSCOPIA	5	5	6
28.01.05	BRONCOSCOPIA CON INSTR.RIGIDO	19	21	23
28.01.06	BRONCOFIBROSCOPIA	40	42	45
28.01.07	CURVA DE FLUJO VOLUMEN	3	4	4
28.01.08	DETERM. DE VOLUMENES PULMONARES	6	6	7
28.01.09	ESTUDIO DE MECANICA PULMONAR	8	9	10
28.01.10	ANALISIS GASES AIRE ESPIR. Y S.ART-VEN-	8	9	10
29.01.01	ELECTROENCEFALOGRAFIA CON ACTIV.SIMPLE	9	10	11
29.01.02	ELECTROENCEFALOGRAFIA CON ACTIV.COMPLEJA	14	16	17
29.01.03	NISTAGMOGR.-ELECTRORRETINOGR.	8	9	10
29.01.04	ELECTROMIOGRAFIA MMBRS.SUP-INF-FACIAL	8	9	10
29.01.05	ELECTROMIOGRAFIA DE LOS 4 MMBRS.	15	17	19
29.01.06	ELECTROMIOGRAFIA CON VELOC.CONDUCC.	16	18	19
29.01.07	REFLEXOGRAMA PATELAR Y/O AQUILIANO	2	3	3
29.01.08	CRONAXIMETRIA	3	3	3
29.01.09	ELECTRODIAGNOSTICO	3	3	3
29.01.10	REOGRAFIA CEREBRAL, CARD. O VASC.	8	9	10
30.01.01	OFTALMODINAMOMETRIA	3	4	4
30.01.02	CAMPO VISUAL-CAMPIMETRIA Y/O PERIMETRIA	7	8	9
30.01.04	FONDO DE OJO Y/O ESQUIASCOPIA-C/DILAT.PUPILAR	I/C	I/C	I/C
30.01.05	TONOMETRIA (X)	I/C	I/C	I/C
30.01.07	EJERCICIOS ORTOPTICOS, POR SESION	I/C	I/C	I/C
30.01.08	GONIOSCOPIA	3	4	4

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL

30.01.09	CURVA TENSIONAL	5	6	7
30.01.10	TONOGRAFIA-C/ TONOGRFO ELECTRONICO	4	4	5
30.01.13	RETINOFLUORESCINOGRFIA UNILATERAL	12	13	14
30.01.14	EXOFTALMOMETRIA	I/C	I/C	I/C
30.01.15	EXTRACION DE CUERPO EXTRANO CONJUNTIVAL	I/C	I/C	I/C
30.01.16	EXTRACION DE CUERPO EXTRANO N CORNEA	2	2	2
30.01.17	DEPIL.ELECT. DEL PARPADO-TODOS LOS ELEM.AFECT	2	3	3
30.01.18	DILAT.CONDUCTO LACRIMONOSAL C/INTUBACION	10	12	13
30.01.19	OFTALMOSCOPIA INDIREC.BINOC.C/ESQ.FONDO DE OJO	3	4	4
30.01.20	ESTUD.FIJACION EN ESTRABISMO-C/VISUSCOPIO-	5	5	6
30.01.21	CATERIZACION DE CONDUCTO LACRIMONASAL	I/C	I/C	I/C
30.01.22	EXOFTALMOL.-INCL.PRESC.CRIST.CONTROL POST.TONOM.FONDO OJO	7	8	9
31.01.01	EXAMEN FUNCIONAL LABERINTICO	2	3	3
31.01.02	AUDIOMETRIA	2	2	3
31.01.03	LOGOUDIOMETRIA	3	3	3
31.01.04	PRUEBAS SUPRALIMINARES-C/U	2	2	3
31.01.05	SELECCION DE OTOAMPLIFONOS	2	3	3
31.01.07	TECNICA DE PROESTZ, HASTA 10 SESIONES	4	5	5
31.01.08	INSUFLACION TROMPAS EUSTAQUIO-MAX.5 SES.X C/U	I/C	I/C	I/C
31.01.09	IMPEDANCIOMETRIA	5	5	6
31.01.10	RINOMANOMETRIA	10	10	11
31.01.11	EXTRAC.CUERPO EXTRANO OIDO-T.CERUME UNI-BILAT	2	2	3
31.01.12	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	1	2	2
31.01.13	TAPONAMIENTO NASAL ANTEROPOSTERIOR	2	2	3
31.01.14	EXTRACCION CUERPO EXTRANO EN NARIZ	I/C	I/C	I/C
31.01.15	CAUTERIZACION DE NARIZ	2	2	3

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
31.01.16	LAVAJE DE SENO PARANASAL UNI O BILATERAL	I/C	I/C	I/C
31.01.17	LARINGOSCOPIA INDIRECTA DIAGNOSTICA	I/C	I/C	I/C
31.01.18	LARINGOSCOPIA DIRECTA	8	8	9
31.01.19	EXPRESION DE ADENOIDES O LAVAJE RINOADENOIDEO	I/C	I/C	I/C
31.01.20	EXTRACCION DE CALCULO SALIVAL S/INCIS.CATETER	2	2	3
31.01.21	INYECCION SUST.RADIOPACA P/BRONCOGRAFIA	1	1	1
31.01.22	OTOMICROSCOPIA	2	3	3
33.01.01	PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES-POR SESION	11	11	11
33.01.02	PSICOT. GRUPALES O COLECT-POR SESION	5	5	5
33.01.03	PSICOT.DE PAREJA O FLIA-POR SESION	11	11	11
33.01.04	PSICOTERAPIA VINCULAR	11	11	11
33.01.05	ATENCION INDIVIDUAL DE URGENCIA	14	14	14
33.01.06	ATENCION EN DOMICILIO	13	13	13
33.02.01	ENTREVISTA INDIVIDUAL	5	5	5
33.02.02	ENTREVISTA VINCULAR	5	5	5
33.02.03	ENTREVISTA FAMILIAR	5	5	5
33.02.04	CONTROL FARMACOLOGICO	5	5	5

34.01.01	RADIOCOPIA SIMPLE	6	6	7
34.01.02	RADIOCOPIA CON INTENSIF-AGREGAR -	14	14	15
34.01.03	RADIOC.C/CIRCUITO TV - AGREGAR	14	14	15
34.02.01	RX CRANEO-CARA-CAVUN-1 EXP	8	8	8
34.02.02	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	5	5	5
34.02.03	HUESO TEMPORAL-POR DIA	10	10	11
34.02.04	ARTIC.TEMPOROMAND.3 POSIC.	10	10	11
34.02.05	ORTOPANTOMOGRAFIA-1 EXPOS.	16	16	17
34.02.06	POR EXPOSIC.SUBSIG.	14	14	15

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
34.02.07	TELERADIOGRAFIA DE CRANEO-1 EXPOSIC.	14	14	15
34.02.08	POR EXPOSIC.SUBSIG.	11	11	11
34.02.09	RX RAQUIS - COLUMNNA-1 EXPOSIC.	9	9	9
34.02.10	POR EXPOSIC. SUBSIG.	6	6	6
34.02.11	RX HOMBR-HUMERO-PELVIS-CAD.FEM-1 EXP.	9	9	9
34.02.12	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	6	6	6
34.02.13	RX CODO,ANTEBR,MUÑ,MANO,DEDO,ROD ETC.	9	9	9
34.02.14	ORTORADRIOGR.POR ESTUDIOS-MED.MMBRS	11	11	12
34.02.15	RX AMPLIADA	8	8	9
34.02.16	ARTOGRAFIA-1 EXPOSIC.	7	7	8
34.02.17	POR EXPOSIC.SUBSIG.	5	5	5
34.02.18	UNA PLACA APICAL	2	2	2
34.02.19	UNA PLACA OCLUSAL	5	5	6
34.02.20	SEMISERIADA HASTA 7 PLACAS	8	8	9
34.02.21	SERIADA DE 7 A 17 PLACAS	13	14	15
34.03.01	RX O TELERADIOG. DE TORAX- 1 EXPOSIC.	8	8	8
34.03.02	POR EXPOSIC.SUBSIG.	5	5	5
34.03.03	BRONCOGRAFIA-SIN ENDOSC.NI ANES.GRAL.-4	17	18	19
34.03.04	NEUMOMEDIASTINO-FRENTE Y PERFIL-SIN HONO	12	12	13
34.04.01	SIALOGRAFIA POR GLANDULA Y POR LADO	13	13	14
34.04.02	ESOFAGO-EST.RADIOLOGICO SERIADO	13	13	14
34.04.03	ESTOMAGO Y DUODENO, ESTUDIO SERIADO	26	26	27
34.04.04	ESTOMAGO Y DUODENO, ESTUDIO SERIADO	33	35	36
34.04.05	EST. SERIADO ESOFAGOGASTRODUODENAL	35	37	38
34.04.06	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA-INC.SOND. DUODE	21	23	24
34.04.07	TRANSITO DE INTESTINO DELGADO O DE COLON	17	17	18

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
34.04.08	EST RADIOLOGICO SERIADO ILEOCECOAPENDICU	8	8	9
34.04.09	COLON POR ENEMA Y EVACUADO-MIN. 3 PLACAS	14	14	15
34.04.10	COLON POR ENEMA Y EVACUADO-MIN. 5 PLACAS	21	23	24
34.04.11	COLON POR ENEMA,EVAC.E INSUFLADO-MIN.6 P	29	31	32

34.04.12	COLON DE ENEMA, EVAC. DOBLE CONTRAS-MIN.8	44	46	48
34.04.13	COLECISTOGRAFIA ORAL MIN. 3 PLACAS	16	16	17
34.04.21	RADIOGR. SIMPLE DE ABDOMEN- 1 EXPOS.	7	7	8
34.04.22	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	5	5	5
34.05.01	RX SIMPLE DE ARBOL URINARIO	7	7	8
34.05.02	UROGRAMA ESCRETOR	24	24	25
34.05.05	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	7	7	8
34.05.06	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	5	5	5
34.05.07	CISTOURETOGRAFIA MICCIONAL.	12	12	13
34.05.08	CISTOURETOGR. P/EST.DE INCONT.-MIN 4 PLA	17	17	18
34.06.04	HISTEROSALPINOGRAFIA	15	15	16
34.08.01	CONTROL RAD.P/COLOCAC.MARCAPASOS TRANSIT	13	13	14
34.08.02	CONTROL RAD.P/COLOCAC.MARCAPASOS DEFINIT	13	13	14
34.08.03	CONTROL RAD.P/CATERERISMO S/ANGIOCARDIOG	13	13	14
34.08.04	CARDIOGR.O ANGIOCARDIOGR.	45	47	48
34.08.07	PANARTERIOGR.DEL CAYADO AORT.-POR EST.	32	33	34
34.08.08	AORTOGR.POR PUNCION LUMBAR-1 EXPOS.	12	12	13
34.08.09	POR EXPOS.SUBSIG. Y HASTA 4 EXPOSIC.	8	8	9
34.08.11	ARTERIOGR.SELECTIVA -6 PLACAS	37	39	40
34.08.12	ARTERIOGR.PERIFERICA -1 EXPOSIC.	11	11	12
34.08.13	POR CADA EXPOSIC.SUBSIG. Y HASTA 4 EXPOSIC.	7	7	8
34.08.14	CAVOGRAFIA - 1 EXPOSICION	10	10	11

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
34.08.15	POR CADA EXPOSIC.SUBSIG. Y HASTA 4 EXPOSIC.	7	7	8
34.08.16	ESPLENOPORTOGRAFIA POR PUNCION ESPL.	10	10	11
34.08.17	POR CADA EXPOSICION SUBSIG.Y HASTA 4 EXPOSIC	8	8	9
34.08.18	FLEBOGRAFIA SELECTIVA - 1 EXPOSIC.	10	10	11
34.08.19	POR EXPOSICION SUBSIG. Y H/4 EXPOSIC.	7	7	8
34.08.20	FLEBOGRAFIA DE MIEMBR. SUP O INF.-1 EXP.	10	10	11
34.08.21	POR CADA EXPOSICION SUBSIG.Y HASTA4 EXPOSIC	7	7	8
34.08.22	LINFOGRAFIA- POR EXPOSICION	7	7	8
34.09.03	FISTULOGRAFIA- MIN 2 PLACAS	12	12	13
34.09.04	DACRIOSISTOGRAFIA-3 PL.-POR EST.-S/HON.E	15	15	16
34.09.08	RX A DOMICILIO- RADIO URBANO-1 EXPOS.	19	19	20
34.09.09	RX A DOMICILIO-RADIO URBANO-POR C/EXP.SU	8	8	9
35.01.02	COBALTOTERAPIA	**	**	**
36.01.01	URETROCISTOSCOPIA C/INSTR. RIGIDO	8	9	15
36.01.02	URETROCISTOFIBROSCOPIA	31	32	79
36.01.03	SONDAJE VESICAL-EVAC.P/INSTIL.TERAP.	I/C	I/C	I/C
36.01.04	SONDAJE VESICAL -P/CISTOGR.DE REPL.-URETROC.	I/C	I/C	I/C
36.01.06	DILATACION URETRAL	I/C	I/C	I/C
36.01.07	URETROSCOPIA	5	5	6
43.02.01	CURACIONES	1	1	1
43.02.02	CURACIONES QUEMADOS	2	2	2

43.03.01	INYECCIONES EN CONS.EXTERNO-C/APLICACION	0	0	0
43.04.01	NEBULIZACION CON NEBULIZADOR -INCLUYE OXIGENO	0	0	0
43.04.02	NEBULIZACION CON NEBULIZ.ULTRAS.-INCLU.OXIGE.	1	1	1

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	DESCRIPCION	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL

CONSULTAS Y VISITAS MEDICAS	A C/AFIL
42.01.01 CONSULTA MEDICA	5
42.02.01 VISITA MEDICA	6
EL FORMULARIO PARA CONSULTAS Y VISITAS MEDICAS SE ADQUIERE EN FARMACIAS CON LA PRESENTACIÓN DE LA CREDENCIAL SEMPRE	
(I/C).- PRACTICA INCLUIDA EN CONSULTA	
(**) NO ABONA COSEGURO	
SMI= SEGURO MATERNO INFANTIL 100% A C/SEMPRE	

#### ANEXO IV

**TITULO I - PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCION II - PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS**  
**CAPITULO XVI - PRACTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA**

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
05.02	CONSUL. PREVENT. PERIODICA. INCLUYE CEPILLADO PREVIO Y APLICACION DE FLUOR. POR TRAT. A PARTIR DE 13 AÑOS		\$ 14,00

#### ANEXO V

**TITULO I - PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCION III - PRESTACIONES BIOQUÍMICAS**  
**CAPITULO III - PRACTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA**

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
* 90.01	DOSAJE DE DROGAS TERAPEUTICAS (MONITOREO)		16,00
* 90.02	AC.ANTICORE DE HEPATITIS B (ANTI HBc)		15,00
* 90.03	AC. ANTI e DE HEPATITIS B (ANTI HB <sub>e</sub> )		15,00
* 90.04	ANTICUERPO HAV Ig. G		15,00
* 90.05	ANTICUERPO HAV Ig. M		20,00
* 90.06	ANTIC.ANTIG.SUPERF.HEPATITS B (ANTI HB <sub>s</sub> )		15,00
* 90.09	ANTIC.CITOMEGALOVIRUS IFI		9,00
* 90.10	ANTIC. PSITACOSIS (CLAMIDEAS)		14,00
* 90.11	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)		10,00
* 90.15	CA 15-3 ; CA 125 ; CA 199 ; CA 129		24,00
* 90.17	CHAGAS Ig. M IFI		11,00
* 90.20	DELTA 4 ANDROSTENEDIONA		12,00

* 90.27	GONADOTROFINAS SUBUNIDAD BETA EN SUERO	11,00	
* 90.33	LINFOCITOS B, RECuento (ROSETAS EAC)	9,00	
* 90.34	LINFOCITOS T, RECuento (ROSETAS E)	9,00	
* 90.35	LINFOCITOS T8 (CD8), Y/OT3 (CD3),Y/O T4 (CD4)	18,00	
* 90.46	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	10,00	
* 90.47	TIROGLOBULINA	20,00	
* 90.51	AC. ANTI HEPATITIS "C"- HCV	26,00	
* 90.54	RECEPTORES ESTROGÉNICOS Y/O PROGESTERONA	17,00	
* 90.55	INMUNOGLOBULINA E ESPECIFICA	13,00	
* 90.59	OSTEOCALCINA	27,00	
* 90.60	ANTIC.ANTI-RC DE TSH ( TB II )	16,00	
* 90.61	PEPTIDO C	13,00	
* 90.62	SHBG-GLAE	17,00	
* 90.63	ANTICUERPOS ANTIPEROXIDASA	6,00	
* 90.64	DETECCION DE MICROALBUMINURIA		7,00

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
* 90.65	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgA	15,00	
* 90.66	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgG	15,00	
* 90.67	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgA	15,00	
* 90.68	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgG	15,00	
* 90.69	TROPONINA T		16,00
* 90.71	DOSAJE DE SUBPOBLACION LINFOCITARIA (P/PACIENTES CON HIV/SIDA)	No Abona Coseguro	
* 90.72	CARGA VIRAL (P/PCIENTES HIV/SIDA)	No Abona Coseguro	

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

## ANEXO VI

### TITULO I - PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA

#### SECCION IV - PRESTACIONES OPTICAS

##### CAPITULO I - CODIGOS

CODIGO DESCRIPCION

##### ESFÉRICOS

##### ESFERICOS BLANCOS

50.02.01	AL 2 -BLANCOS-	\$ 38,00
50.04.01	AL 4 -BLANCOS-	\$ 42,00
50.06.01	AL 6 -BLANCOS-	\$ 54,00
50.08.01	AL 8 -BLANCOS-	\$ 151,00
50.10.01	AL 10 -BLANCOS-	\$ 151,00
50.12.01	AL 12 -BLANCOS-	\$ 151,00

##### ESFÉRICOS COLOR

50.02.02	AL 2 -COLOR-	\$ 53,00
50.04.02	AL 4 -COLOR-	\$ 58,00
50.06.02	AL 6 -COLOR-	\$ 69,00
50.08.02	AL 8 -COLOR-	\$ 166,00
50.10.02	AL 10 -COLOR-	\$ 166,00
50.12.02	AL 12 -COLOR	\$ 166,00

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2 -BLANCOS-

50.02.21	AL 2 CON 2 -BLANCOS-	\$ 40,00
50.04.21	AL 4 CON 2 -BLANCOS-	\$ 53,00
50.06.21	AL 6 CON 2 -BLANCOS-	\$ 63,00
50.08.21	AL 8 CON 2 -BLANCOS-	\$ 182,00
50.10.21	AL 10 CON 2 -BLANCOS-	\$ 182,00

## CODIGO DESCRIPCION

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2 -COLOR-

50.02.22	AL 2 CON 2 -COLOR-	\$ 54,00
50.04.22	AL 4 CON 2 -COLOR-	\$ 63,00
50.06.22	AL 6 CON 2 -COLOR-	\$ 88,00
50.08.22	AL 8 CON 2 -COLOR-	\$ 198,00
50.10.22	AL 10 CON 2 -COLOR-	\$ 198,00

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3 -BLANCOS-

50.02.31	AL 2 CON 3 -BLANCOS-	\$ 182,00
50.04.31	AL 4 CON 3 -BLANCOS-	\$ 182,00
50.06.31	AL 6 CON 3 -BLANCOS-	\$ 182,00
50.08.31	AL 8 CON 3 -BLANCOS-	\$ 182,00
50.10.31	AL 10 CON 3 -BLANCOS-	\$ 182,00

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3 -COLOR-

50.02.32	AL 2 CON 3 -COLOR-	\$ 198,00
50.04.32	AL 4 CON 3 -COLOR-	\$ 198,00
50.06.32	AL 6 CON 3 -COLOR-	\$ 198,00
50.08.32	AL 8 CON 3 -COLOR-	\$ 198,00
50.10.32	AL 10 CON 3 -COLOR-	\$ 198,00

**Lic. BRUNO CAZENAVE**  
**Director de Prensa**  
**IMPRENTA OFICIAL - BOLETÍN OFICIAL**