



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 Salud:..... Dr. Luis Alberto **ORDÓÑEZ**
Ministro de Bienestar Social: Lic. Gustavo **FERNANDEZ MENDIA**
Ministro de Cultura y Educación:Prof. 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 Derechos Humanos:..... Sr. Héctor Rubén **FUNES**
Secretario de Asuntos Municipales:.....Sr. Rodolfo **CALVO**
Secretario Recursos Hídricos:..... Sr. Juan Pablo **MORISOLI**
Asesor Letrado de Gobierno:.....Dra. Daniela Mónica **VASSIA**
Fiscal de Estado: Dr. José Alejandro **VANINI**

AÑO LVI - Nº **2868** Dirección: Sarmiento 335 SANTA ROSA, **27 de Noviembre de 2009**.-
Telefax: 02954- 436323 www.lapampa.gov.ar boletinoficial@lapampa.gov.ar

SUMARIO

SEPARATA

BOLETÍN OFICIAL Nº 2868

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
SERVICIO MÉDICO PREVISIONAL
SEMPRE
DISPOSICIÓN Nº 10**

DISPOSICIÓN N° 10

Expediente n° 7634-0/83 Cpo. 9

SANTA ROSA, 9 de Noviembre de 2009

VISTO:

La Resolución General n° 471/09 del Directorio del ISS; por la que se aumentan a partir del 1° de Octubre de 2009 los valores de las prestaciones reconocidas y que se brindan en el ámbito de la provincia de La Pampa; y

CONSIDERANDO:

Que su Artículo 10° 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 :

ARTICULO 1°.- Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 471/09 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.-

ARTICULO 2°.- Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 471/09 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.-

ARTICULO 3°.- Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 471/09 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 4°.- Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 471/09 del Directorio del ISS en el Título I –Prestaciones dentro de la Provincia- Sección IV – Prestaciones Ópticas del Nomenclador SEMPRES, el Capítulo I -Códigos, de acuerdo al Anexo VI que forma parte de la presente.-

ARTICULO 5°.- 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 6°.- La vigencia de los valores establecidos para coseguros a abonar en la Obra Social regirá a partir del 9 de Noviembre de 2009.-

ARTICULO 7°.- Regístrese, publíquese, notifíquese y resérvese.-

Cr. Omar MARTINEZ ALMUDEVAR, Gerente General, SEMPRES; Elda Ester GRANDON RIQUELME, A/C Departamento Despacho, SEMPRES.-

Expediente n° 7634-0/83 Cpo. 9.-

Página 1 de 44

ANEXO I

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

Código	Descripción	I M P O R T E S						
		Valor Modulo	Coseguros 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 ULTIMOS CON ENTRENAMIENTO APROPIADO EN EL METODO DEBIDAMENTE ACREDITADO. B)-NORMAS: 1-DEBERAN SER SOLICITADOS POE ESPECIALISTAS EN: OTORRINOLARINGOLOGIA, OFTAMOLOGIA Y NEUROLOGIA. 2-A LA FACTURACION SE ADJUNTARA EL REGISTRO GRAFICO E INFORME DE LA PRACTICA.							
700101	POTENCIALES EVOCADOS..... ESTUDIO SIN AGREGADOS. #*C.....	91,00	27,00		91,00			A B C
700102	POTENCIALES EVOCADOS..... 2 ESTUDIOS O ESTUDIO CON AGREGADO. #*C.....	146,00	44,00		146,00			A B C
700103	POTENCIALES EVOCADOS..... 3 ESTUDIOS O 2 ESTUDIOS CON AGREGADOS. #*C.....	183,00	55,00		183,00			A B C
710	CARDIOLOGIA							
710101	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER BLANCO Y NEGRO. #*C.....	216,00		93,00	123,00			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:							

Código	Descripción	I M P O R T E S						
		Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
710102	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 #*C.....	327,00		184,00	143,00			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. #*C.....	100,00		46,00	54,00			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.							

IMPORTE

Código	Descripción	IMPORTE		Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social En Prestador			
710104	PRESUROMETRIA. #*C*	184,00	68,00		116,00	A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-					
710105	ECO STREES #*C*	589,00	118,00		471,00	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 PERFUSION MIOCARDICA LA PRACTICA ECO STRESS QUEDA INCLUIDA 4- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO (FARMACOLOGICO Y/O DE ESFUERZO)					
710106	ECOCARDIOGRAMA TRANSESEOFAGICO #*C*	615,00	123,00		492,00	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					

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros En O.Social	Pagar En Prestador			
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-						
720101	DENSITOMETRIA OSEA - UN AREA #+C*	142,00	36,00	106,00		A B C	
720102	DENSITOMETRIA OSEA - MAS DE DOS AREAS Y CUERPO ENTERO. #+C*	169,00	56,00	113,00		A B C	
7301	GASTROENTEROLOGIA						
730101	PAPILO-ESFINTEROTOMIA ENDOSCO PICA. #+C*1.....	2.275,00	660,00	1.615,00		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 SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA.- 2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-						
730102	ESOFAGOGASTRODUODENOVideosco-PIA. #+C*	341,00	106,00	235,00		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.-						

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros En O.Social En Prestador	Pago al Prestador			
730103	COLONOVIDEOSCOPIA #*C*.....	358,00	135,00	223,00			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*.....	158,00	68,00	89,00			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*.....	562,00	95,00	467,00			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*1.....	4.193,00	881,00	3.313,00			A B C

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				
730110	BIOFEEDBACK (POR SESION) #*C*.....	58,00	17,00		58,00			A B C	
NORMA	VER NORMAS CODIGO 730107								
7401	GINECOLOGIA								
740101	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANS VAGINAL. #*C*.....	146,00		50,00	96,00			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*1.....	1.657,00		248,00	1.409,00			A B C	
NORMA	B)NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES EL SEMPRE 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 INDEPENDIENTEMENTE.								
740103	CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO. #*C*.....	194,00		58,00	136,00			A B C	
NORMA	A) REQUISITOS: 1) REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS:								

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros En O.Social	Pagar En Prestador			
740104	1) INFORME COMPLETO.- VIDEOCIRUGIA SOBRE ANEXOS UTERINOS Y/O LIBERACION DE ADHERENCIAS Y/O MIOMECTOMIA. INCLUYE 740102 #+C*1..... NORMA) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA O EN CIRUGIA. B) NORMAS: EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES, EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA. SERA DE APLICACION ALTERNATIVA A LOS CODIGOS DEL NOMENCLADOR NACIONAL 11.01.01, 11.01.04 Y 11.02.04.-	3.644,00	838,00	2.807,00		A B C	
740105	VIDEOHISTERECTOMIA TOTAL CON O SIN ANEXECTOMIA. INCLUYE 740102 #+C*1.....	4.194,00	882,00	3.312,00		A B C	
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA O EN CIRUGIA. B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES, EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA. SERA DE APLICACION ALTERNATIVA A LOS CODIGOS DEL NOMENCLADOR NACIONAL 11.02.01 Y 11.02.03. 2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO. DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A VALORES VIGENTES.						
740106	MODULO CONTROL MAMARIO MUJERES A PARTIR DE LOS 35 AÑOS: UN CONTROL, UNA (1) VEZ POR AÑO. ESTE MODULO COMPRENDE LOS CODIGOS 34-06.01 x 3 y 18.01.06	168,00		168,00		A B C	

IMPORTE

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros En O.Social	Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
740107	ECODOPPLER OBSTETRICO #*.....	321,00			321,00			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. #*C*.....	256,00		83,00	172,00			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: -INFORME COMPLETO CON REGISTROS GRAFICOS.-							
750102	ELECTROENCEFALOGRAMA DE HOLTER #*C*.....	238,00		65,00	172,00			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*.....	892,00		178,00	892,00			A B C

IMPORTE

Código	Descripción	Valor	Coseguros a Pagar		Pago al	Ind	Val	Cat
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador			
NORMA	<p>A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGIA Y NEUMONOLOGÍA 3-ACREDITACION DE CAPACITACION PARA SU INTERPRETACION 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</p> <p>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-RESPIRATORIAS: 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 (SRIVAS) CON DESCRIPCIÓN DE METODOLOGIA A IMPLEMENTAR Y RECURSO TECNICO</p>	3.432,00		824,00	2.608,00			A B C
750201	<p>MONITOREO DE PRESION INTRACRA NEANA. #*C*1.....</p>							
NORMA	<p>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.)</p>			469,00	1.875,00			A B C
7601	OFTALMOLOGIA							
760101	<p>EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CATARATA + LIO POR TODO CONCEP TO.</p>	2.344,00						

IMPORTE

Código	Descripción	Valor Modulo		Coseguros a Pagar En O.Social En Prestador		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
760105	B)-EXCLUYE 1-MATERIAL DE CONTRASTE 2-MEDICAMENTO CAMPO VISUAL, CAMPIMETRIA Y/O PERIMETRIA COMPUTARIZADO BILATERAL #-+C*.....	143,00		29,00		114,00			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*.....	78,00		36,00		42,00			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 PERIFERICO COLOR. #-+C*.....	254,00		113,00		140,00			A B C

IMPORTE

Código	Descripción	Valor Módulo	Coseguros En O.Social	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.-	204,00		73,00	132,00			A B C
780102	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO BLANCO Y NEGRO. #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.-	327,00		184,00	143,00			A B C
780103	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUERPO COLOR. #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.-	220,00		100,00	121,00			A B C
780104	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUERPO BLANCO Y NEGRO. #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							

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social En Prestador	Pago al Prestador			
790101	ECOGRAFIA VESICO-PROSTATICA TRANSRECTAL. #*C*.....	147,00	43,00	104,00		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*.....	336,00	117,00	219,00		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*.....	134,00	44,00	90,00		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	LITOTRICIA EXTRACORPOREA PARA CALCULOS RENALES Y URETERALES #*C*1.....	3.767,00	857,00	2.910,00		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:						

IMPORTE

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
			En O.Social	En Prestador				
790105	<p>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.</p> <p>2-SI POR CAUSAS MEDICAS SE REQUIRO LA COLOCACION DE CATETER DOBLE J, PREVIO A LA LITOTRIZIA, EL PRESTADOR FACTURARA AL SEMPRE 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 SEGUN FACTURA PRESENTADA POR EL AFILIADO EN SOLICITUD DE REINTEGRO.</p> <p>3-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-</p>	583,00	157,00	426,00			A B C	
NORMA	<p>MODULO MULTIPUNCION PROSTATICA (INCLUYE PUNCION, ECOGRAFIA TRANSRECTAL, AGUJA PARA PUNCION AUTOMATICA)</p> <p>#+C*</p> <p>A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN UROLOGIA / DIAGNOSTICO POR IMÁGENES INTERVENCIONISTA.</p> <p>B)-NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.- 2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA PRÁCTICA CONVENCIONAL.- 3-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR SEMPRE PARA PRACTICA MODULADA.-</p>							
790106	<p>MODULO MULTIBIOPNSIA PROSTÁTICA</p> <p>#+C*</p>	176,00	31,00	145,00			A B C	
NORMA	<p>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.-</p>							

IMPORTE

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
790201	HEMODIALISIS CON RIÑÓN ARTIFICIAL EN INSUFICIENCIA CRONICA POR SESION.	432,00		432,00			A B C
NORMA	INCLUSIONES: HONORARIOS PROFESIONALES Y GASTOS EN SU TOTALIDAD, PRACTICAS MEDICAS, BIOQUIMICAS Y/O HEMATOLOGICAS EN SU TOTALIDAD, TRANSFUSION DE TODOS LOS ELEMENTOS DE LA SANGRE, SOLUCION DE USO INTRADIALITICOS, MEDICAMENTOS (TODOS) INCLUIDO ERITROPROYETINA, ACCESO VASCULAR-FISTULA ARTERIOVENOSA, MATERIAL DESCARTABLE EN SU TOTALIDAD, PRACTICAS PARA CONFORT, BIENESTAR PARA EL PACIENTE (MATERIAL DE LECTURA, REFRIGERIO, ETC), TRASLADOS; COMPRENDE EL TRASLADO DESDE EL DOMICILIO DEL AFILIADO HASTA EL CENTRO DONDE SE REALIZA LA PRACTICA Y VICEVERSA. PRACTICAS EXIGIDAS PARA HEMODIALISIS LEY N° 22853. EXCLUSIONES: TODA PRESTACION NO VINCULADA A LA DIALISIS.						
790202	COLOCACION DE CATETER Y ENTRE NAMIEN TO POR UNICA VEZ (DIAL. PERITONEAL).	5.099,00		5.099,00			A B C
NORMA	INCLUSIONES Y EXCLUSIONES: IDEM COD.79.02.01. PREVIO AL ENTRENAMIENTO EL PRESTADOR TENDRA LA OBLIGACION DE VERIFICAR SI EL DOMICILIO DEL AFILIADO ES ADECUADO PARA REALIZAR LA PRACTICA EN ESE LUGAR. EN CASO DE NO SERLO LA MISMA SE LLEVARA A CABO EN LA INSTITUCION.						
790203	DIALISIS PERITONEAL AMBULATO RIA POR MES.	5.099,00		5.099,00			A B C
NORMA	INCLUSIONES Y EXCLUSIONES: IDEM COD.79.02.01.						
790301	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL DONANTE DE RIÑON – 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						

IMPORTE S

Código	Descripción	Valor	Coseguros a Pagar		Pago al	Ind	Val	Cat
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador			
790302	<p>-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 SIEMPRE, VIGENTES AL MOMENTO DE SU REALIZACIÓN LOS MEDICAMENTOS, MATERIALES DESCARTABLES, PRÓTESIS, ORTESIS, SUSTANCIAS DE CONTRASTE, ETC., PROVISTOS Y NO HABITUALMENTE UTILIZADOS EN EL PRE-TRANSPLENTE O CONSIDERADOS COMO EXCLUIDOS, SERÁN FACTURADOS A SIEMPRE AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.</p> <p>MÓDULO PRE TRANSPLENTE RENAL DEL RECEPTOR DE RIÑÓN – ADULTO / PEDIATRICO</p> <p>#*.....</p>	5.927,00			5.927,00			A B C
NORMA	<p>-INCLUSIONES LABORATORIO RADIOLOGIA INTERCONSULTAS HISTOCOMPATIBILIDAD COD. 210201 X 1 TIPIFICACIÓN HLA-ABC COD. 210206 X 1 TIPIFICACIÓN HLA-DR COD. 210203 X 1 CROSS MATCH CONTRA PANEL HONORARIOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS</p> <p>-CUALQUIER OTRA PRESTACIÓN DE HISTOCOMPATIBILIDAD NO DETALLADA SE FACTURARÁ POR PRESTACIÓN.</p> <p>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 SIEMPRE, VIGENTES AL MOMENTO DE SU REALIZACIÓN LOS MEDICAMENTOS, MATERIALES DESCARTABLES, PRÓTESIS, ORTESIS, SUSTANCIAS DE CONTRASTE, ETC., PROVISTOS Y NO HABITUALMENTE UTILIZADOS EN EL PRE-TRANSPLENTE O CONSIDERADOS COMO EXCLUIDOS; SERÁN FACTURADOS A SIEMPRE AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.</p>							
790303	<p>MÓDULO AMBULATORIO POST TRANSPLENTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO - 1º SEMESTRE, POR MES</p> <p>#*.....</p>	1.456,00			1.456,00			A B C

IMPORTE

Código	Descripción	Valor		Pago al		Ind	Val	Cat
		Modulo	En O.Social	En Prestador	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 URICOSURIA CITRATURIA PRUEBA SOBRE CARGA ORAL DE CALCIO RELACIÓN CALCIO/CREATININA BASAL FOSFATO REABSORCIÓN TUBULA DOS PERIODOS POS SOBRECARGA ORAL DE CALCIO UROCULTIVO, BACTERIOLOGIA DIRECTA, RTO. COLONIAS Y ATB							
	CREATININA RTO. PLAQUETAS CLEARANCE 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 OXALURIA GISTINURIA CUALITATIVO ACIDO URICO SERICO FOSFATO CLEARANCE							

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 SIEMPRE AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.

IMPORTE

Código	Descripción	IMPORTE		Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Pago al 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 #+.....	38.500,00	38.500,00			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 DÍA 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 ABLACION 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 DIAS A CONTAR DEL ALTA PACIENTE.

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

- 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 PRÁCTICAS 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 (AFERESIS), LA SANGRE Y SUS DERIVADOS, QUE DEBERÁN SER PROVISOS POR EL PACIENTE Y/O LA ENTIDAD PRESTADORA.
 - 4- MEDICAMENTOS ESPECIALES COMO: CICLOSPORINA, LINFOLIBULINA, ANTILINFOCITARIA, ANTICUERPOS MONOCLONALES, CITOSTATICOS, QUIMIOTERAPICOS, GAMMAGLOBULINA HUMANA ENDOVENOSA, EXPANSORES PLASMATICOS (ALBUMINA, ETC), INTERFERONES INYECTABLES, FACTORES ANTIHEMOFILICOS, COMPLEJOS PRO- TROMBINICOS HUMANOS, FACTORES DE COAGULACION HEMOSTATICOS (TIPO PROTOMPLEX O SIMILARES), ACICLOVIR, GANCICLOVIR, IMPENEM, PIPERACILINA, AMINOACIDOS, LIPIDOS, CEFALOSPORINAS DE 3° GENERACION, VANCOMICINA, MEDICAMENTOS NO PRODUCIDOS EN EL PAIS.
 - 5- MATERIAL DESCARTABLE: PROTESIS, INJERTOS, PARCHES, MARCAPASOS DEFINITIVOS Y CUALQUIER OTRO ELEMENTO IMPLANTABLE.
 - 6- ABLACIÓN: HEMODIALISIS, TODA INTERNACIÓN, PRÁCTICA O ESTUDIO DEL DONANTE O DEL ÓRGANO, EXCEPTO LA ABLACIÓN, TRASLADO DEL RECEPTOR, DEL DONANTE O DEL ÓRGANO, CUALQUIER TIPO DE PRÁCTICA NO ENUNCIADA PRECEDENTEMENTE COMO INCLUIDA Y/O NO NOMENCLADA, ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS, ANATOMÍA PATOLÓGICA (ESTUDIO CITOPATOLÓGICO DE LA BIOPSIA RENAL, PERCUTANEA), RESONANCIA MAGNÉTICA, ESTUDIOS HEMODINÁMICOS, TODA CIRUGÍA FUERA DE LAS ENUNCIADAS EN EL MÓDULO.
 - 7- SITUACIONES NO PREVISTAS:
 - a) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE FALLEZCAN EN EL ACTO QUIRÚRGICO O EN LA PRIMERA SEMANA POSTERIOR AL MISMO, EL 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 FACTURARAN A VALORES DE VENTA AL PÚBLICO.

IMPORTE

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
			En O. Social	En Prestador				
790307	OPERATIVO DE ABLACIÓN Y/O PROCURACIÓN DEL ORGANNO							
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-VALVUM O GENU-VALVUM Y DEBA EFECTUARSE UNA OSTEOATOMIA MAS UNA LIMPIEZA ARTICULAR SE RECONOCERAN LOS COSTOS DE INTERNACION Y LA CIRUGIA NOMECLADA 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.	3.644,00	803,00	2.842,00			A B C	
800101	CIRUGIA ARTROSCOPICA SIMPLE							
	#+C'1.....							

d) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE NECESARIAMENTE DEBAN PERMANECER INTERNADOS CON POSTERIORIDAD A LOS DIAS PREVISTOS EN MODULO DE TRANSPLANTE (20 DIAS), Y QUE REQUIERAN PRESTACIONES Y ASISTENCIA MEDICA EXCLUIDAS EN LA COBERTURA DEL TRANSPLANTE PRIMARIO POR LA FINALIZACION DEL PLAZO INDICADO, ESTAS SE FACTURARAN EN BASE A LAS MODALIDADES Y ARANCELES INDICADOS EN EL INC. C), ULTIMO PARRAFO.
e) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE HALLANDOSE EN OPERATIVO DE TRANSPLANTE, EL MISMO DEBERIA INTERRUMPIRSE POR INDICACION INTRAOPERATORIA EN EL RECEPTOR Y EL DONANTE HUBIERA SIDO ABLACIONADO, SE FACTURARA EL 40% DEL MODULO, 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 MEDICO O LEGALMENTE.
g) EL VALOR MODULO EXCLUYE GASTOS DE TRANSPORTE AEREO Y TERRESTRE POR OPERATIVOS DE ABLACION REALIZADOS FUERA DEL AREA DE LA PROVINCIA.
h) EL SEMPRE SE HACE CARGO DE LOS GASTOS DE TRASLADOS DE OPERATIVOS FRUSTRADOS DEBIDAMENTE JUSTIFICADOS.

IMPORTE

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros En O.Social	Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
800102	CIRUGIA ARTROSCOPICA COMPLEJA -MODULO POR TODO CONCEPTO- #+C1.....	5.381,00	807,00	4.574,00				A B C
8002	QUIMIOTERAPIA							
800201	QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA (por sesión) #+.....	230,00		230,00				A B C
NORMA	<p>NORMAS:</p> <p>A)-REQUISITOS:</p> <p>1-DISPONER DE LA INFRAESTRUCTURA ADECUADA.</p> <p>2-SERA REALIZADA POR ESPECIALISTAS: ONCOLOGOS, HEMATOLOGOS.</p> <p>B)-NORMAS:</p> <p>1-LA FACTURACION DEBERA SER A TRAVES DE INSTITUCIONES SANATORIALES Y/O PROFESIONALES ESPECIALISTAS.</p> <p>2-PRESCRIPCION EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2.</p> <p>3-PROTOCOLO DE SOLICITUD DONDE CONSTE: TIPO DE TUMOR, PESO Y TALLA.</p> <p>4-TRATAMIENTOS INSTITUIDOS HASTA LA FECHA DE SOLICITUD.</p> <p>5-PLAN TERAPEUTICO DONDE CONSTE: DROGAS A ADMINISTRAR Y VIA DE ADMINISTRACION</p> <p>6-NUMERO DE CICLOS TOTALES PROGRAMADOS; CANTIDAD TOTAL DE MODULOS POR CICLO. ENTENDIENDOSE POR MODULOS: DIA DE ADMINISTRACION DE DROGAS (1 O MAS); NUMERO TOTAL DE MODULOS; TRATAMIENTO COMPLETO; NUMERO TOTAL DE CICLOS.-</p> <p>7-LAS DROGAS A PRESCRIBIR SERAN DE ACUERDO AL FORMULARIO TERAPEUTICO DE SEMPRE, SEGUN STANDARES RECONOCIDOS.</p> <p>8-INCLUYE:</p> <p>LAS CONSULTAS MEDICAS EN FECHA DE LA PRACTICA (SESION).</p> <p>HONORARIOS MEDICOS.</p> <p>INTERNACION EXCLUSIVA PARA TRATAMIENTO.</p> <p>MATERIAL DESCARTABLE.</p> <p>MEDICAMENTOS: TODOS LOS NECESARIOS EXCEPTO LAS DROGAS Y LOS COADYUVANTES.</p> <p>9-EXCLUYE:</p> <p>SOLO LAS PRESTACIONES NO RELACIONADAS CON LA QUIMIOTERAPIA.</p> <p>SOLO LAS PRESTACIONES DE ULTIMA GENERACION, CITOSTATICOS, COADYUVANTES Y PORT A CATH.</p>							
800202	QUIMIOTERAPIA ENDOVESICAL (por sesión) #+.....	184,00		184,00				A B C

IMPORTE

Código	Descripción	Valor		Pago al		Ind	Val	Cat
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador			
NORMA	<p>NORMAS:</p> <p>A)-REQUISITOS:</p> <p>1-DISPONER DE LA INFRAESTRUCTURA ADECUADA.</p> <p>2-SERA REALIZADA POR ESPECIALISTAS: ONCOLOGOS, UROLOGOS.</p> <p>B)-NORMAS:</p> <p>1-LA FACTURACION DEBERA SER A TRAVES DE INSTITUCIONES SANATORIALES Y/O PROFESIONALES ESPECIALISTAS.</p> <p>2-PRESCRIPCION EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2.</p> <p>3-PROTOCOLO DE SOLICITUD DONDE CONSTE: TIPO DE TUMOR, PESO Y TALLA.</p> <p>4-TRATAMIENTOS INSTITUIDOS HASTA LA FECHA DE SOLICITUD.</p> <p>5-PLAN TERAPEUTICO DONDE CONSTE: DROGAS A ADMINISTRAR Y VIA DE ADMINISTRACION.</p> <p>6-NUMERO DE CICLOS, TOTALES PROGRAMADOS; CANTIDAD TOTAL DE MODULOS, POR CICLO, ENTENDIENDOSE POR MODULOS: DIA DE ADMINISTRACION DE DROGAS (1 O MAS); NUMERO TOTAL DE MODULOS; TRATAMIENTO COMPLETO; NUMERO TOTAL DE CICLOS.-</p> <p>7-LAS DROGAS A PRESCRIBIR SERAN DE ACUERDO AL FORMULARIO TERAPEUTICO DE SEMPRE, SEGUN STANDARES RECONOCIDOS.</p> <p>8-INCLUYE:</p> <p>LAS CONSULTAS MEDICAS EN FECHA DE LA PRACTICA (SESION).</p> <p>HONORARIOS MEDICOS</p> <p>INTERNACION EXCLUSIVA PARA TRATAMIENTO.</p> <p>MATERIAL DESCARTABLE.</p> <p>MEDICAMENTOS: TODOS LOS NECESARIOS EXCEPTO LAS DROGAS Y LOS COADYUVANTES.</p> <p>9-EXCLUYE:</p> <p>SOLO LAS PRESTACIONES NO RELACIONADAS CON LA QUIMIOTERAPIA.</p> <p>DROGAS, DROGAS ANTITUMORICAS DE ULTIMA GENERACION, CITOSTATICOS, COADYUVANTES.</p>	80,00			80,00			
800203	<p>INFUSION DE DROGAS CORRELACIONADAS CON PATOLOGIAS ONCOLOGICAS (MONOTERAPIA)</p> <p>#+</p>							A B C
NORMA	<p>A) -REQUISITOS</p> <p>1- SERÁ REALIZADA POR ESPECIALISTA: ONCOLOGOS, HEMATOLOGOS.</p> <p>B) NORMAS:</p> <p>1- PRESCRIPCIÓN EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2</p> <p>2- LAS DROGAS SE PRESCRIBIRAN DE ACUERDO AL ANEXO J DEL FORMULARIO TERAPEUTICO DE SEMPRE.</p> <p>3- INCLUYE:</p>							

IMPORTE

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
			En O.Social	En Prestador				
800301	MATERIAL DESCARTABLE VALOR 35% CODIGO 80.02.01 MODULO DE ACELERACION LINEAL DE ELECTRONES. #.....	5.553,00			5.553,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.- B)NORMAS: 1-PRESCRIPCION EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL Nº2.- 2-INCLUYE: - CONSULTAS MEDICAS NECESARIAS.- - APLICACIONES NECESARIAS.- - PLANIFICACION Y TRATAMIENTOS COMPUTADOS.- - SIMULACION, LOCALIZACIONES NECESARIAS.- - MATERIAL DESCARTABLE.- - CONFECION 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 SIEMPRE 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. #.....	3.335,00			3.335,00			A B C

IMPORTE

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
800402	BRAQUITERAPIA UTERINO VAGINAL #.....	3.335,00		3.335,00			A B C
800403	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL EN TUMORES GINECOLOGICOS. #.....	3.335,00		3.335,00			A B C
81	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA						
NORMA	1-DEBERAN SER EFECTUADAS POR LOS PROFESIONALES HABILITADOS PARA TAL FIN POR EL CONSEJO SUPERIOR MEDICO DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA, SUJETO A LAS CONDICIONES DE EQUIPAMIENTO Y NORMAS DEL NOMENCLADOR NACIONAL Y LAS QUE SE ESTABLECEN POR LA PRESENTE. 2-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 3-EN EL INFORME DE LA PRACTICA DEBERA CONSTAR CON LETRA LEGIBLE: A) IDENTIFICACION Y EDAD DEL PACIENTE.- B) PESO DEL MISMO.- C) FECHA DE REALIZACION DE LA PRACTICA.- D) NUMERO DE CORTES REALIZADOS Y ESPESOR DE LOS MISMOS.- E) DESCRIPCION DE LAS SECCIONES Y ORIENTACION DE LAS LESIONES SEGUN CORTES.- F) ESPECIFICACIONES DE LA TECNICA UTILIZADA.- G) SI SE EFECTUA CON CONTRASTE INDICAR: VOLUMEN DEL CONTRASTE INYECTADO E INGERIDO.- H) CONCLUSIONES Y/O IMPRESION DIAGNOSTICA-COMENTARIO.- I) FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ACTUANTE.-						
811001	TAC CEREBRAL - UNICO ESTUDIO #C&.....	394,00	78,00	394,00			A B C
811002	TAC CEREBRAL REFORZADA - IN- CLUYE CONTRASTE. #C&.....	394,00	78,00	394,00			A B C
811003	TAC CEREBRAL DE CONTROL. #C&.....	147,00	30,00	147,00			A B C

IMPORTE

Código	Descripción	Valor	Coseguros a Pagar		Pago al	Ind	Val	Cat
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador			
811004	TAC OFTALMOLOGICA. #C&.....	147,00	30,00		147,00			A B C
811005	TAC TIROIDEA. #C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
811006	TAC MAMARIA. #C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
811007	TAC GINECOLOGICA. #C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
811008	TAC DE ABDOMEN. #C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
811009	TAC HEPATOBILIAR - ESPLENICA - PANCREATICA-RENAL-SUPRARENAL- #C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
811010	TAC TORACICA. #C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
811011	TAC VEJIGA Y PROSTATA. #C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
811012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES #C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C

IMPORTE

Código	Descripción	Valor Modulo	Cosiguros En O.Social	a Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
811013	TAC DE COLUMNA. #+C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
8130	TAC - CON CONTRASTE -							
813003	TAC CEREBRAL DE CONTROL CON CONTRASTE. #+C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
813004	TAC OFTALMOLOGICA CON CONTRASTE. #+C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
813005	TAC TIROIDEA CON CONTRASTE. #+C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
813006	TAC MAMARIA CON CONTRASTE. #+C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
813007	TAC GINECOLOGICA CON CONTRASTE #+C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
813008	TAC DE ABDOMEN CON CONTRASTE #+C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C
813009	TAC HEPATOBILIAR -ESPLENICA- PANCREATICA - RENAL - SUPRARENAL CON CONTRASTE. #+C&.....	394,00	78,00		394,00			A B C

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros a En O. Social	Pagar En Prestador			
813010	TAC TORACICA CON CONTRASTE. #C&.....	394,00	78,00	394,00		A B C	
813011	TAC VEJIGA Y PROSTATÁ CON CONTRASTE. #C&.....	394,00	78,00	394,00		A B C	
813012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES CON CONTRASTE. #C&.....	394,00	78,00	394,00		A B C	
813013	TAC DE COLUMNA CON CONTRASTE #C&.....	499,00	100,00	499,00		A B C	
82	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR						
NORMA	COBERTURA 100% AVC 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.....	508,00	153,00	508,00		A B C	
821004	RMN OFTALMOLOGICA (POR OJO) #C.....	508,00	153,00	508,00		A B C	

IMPORTE S

Código	Descripción	Valor	Coseguros a Pagar		Pago al	Ind	Val	Cat
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador			
821005	RMN DE TIROIDES #+C.....	508,00	153,00		508,00			A B C
821008	RMN DE ABDOMEN #+C.....	508,00	153,00		508,00			A B C
821009	RMN HEPATOBILIAR - ESPLENICA - PANCREATICA-RENAL-SUPRARRENAL #+C.....	508,00	153,00		508,00			A B C
821010	RMN TORACICA #+C.....	508,00	153,00		508,00			A B C
821012	RMN OTROS ORGANOS O REGIONES - #+C.....	508,00	153,00		508,00			A B C
821013	RMN DE COLUMNA -UNA REGION- #+C.....	508,00	153,00		508,00			A B C
821014	RMN DE RODILLA #+C.....	508,00	153,00		508,00			A B C
821015	RMN ESPINAL #+C.....	508,00	153,00		508,00			A B C

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros a En O.Social	Pagar En Prestador			
821016	RMN DE HUESOS LARGOS #+C.....	508,00	153,00	508,00		A B C	
821017	RMN DE PELVIS #+C.....	508,00	153,00	508,00		A B C	
821018	RMN DE HOMBRO #+C.....	508,00	153,00	508,00		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.....	979,00	292,00	979,00		A B C	
821020	RMN DE COLUMNA – TRES REGIONES- #+C.....	1.265,00	380,00	1.265,00		A B C	
821021	COLANGIORESONANCIA #+C.....	757,00	227,00	757,00		A B C	
821022	ANGIORESONANCIA DE CUELLO O CEREBRO #+C.....	605,00	183,00	605,00		A B C	

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Seguros a Pagar En O.Social	Pago al Prestador			
821023	ANGIORESONANCIA DE CUELLO Y CEREBRO #+C.....	908,00	272,00	908,00		A B C	
821024	RM DE CEREBRO Y ANGIORESONANCIA DE CEREBRO #+C.....	832,00	249,00	832,00		A B C	
821025	ANGIORESONANCIA ABDOMINAL U OTRAS #+C.....	757,00	227,00	757,00		A B C	
821026	URORESONANCIA #+C.....	757,00	227,00	757,00		A B C	
821027	RM ATM DINÁMICA (CON DIFERENTES GRADOS DE APERTURA Y ESTUDIO DINAMICO) #+C.....	908,00	272,00	908,00		A B C	
821028	RMN DE CEREBRO CON DIFUSION Y PERCUSION #+C.....	983,00	296,00	983,00		A B C	
8230	CONTRASTE						
823001	CONTRASTE PARA CUALQUIER RMN #+C.....	75,00	22,00	75,00		A B C	
83	ESTUDIOS HEMODINAMICOS						
8301	ESTUDIOS ANGIOGRAFICOS POR CATETERISMO						
NORMA	CODIGOS 83.01.01 Y 83.01.05						

IMPORTE

Código	Descripción	Valor	Coseguros a Pagar		Pago al	Ind	Val	Cat
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador			
830101	<p>A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2-SERAN REALIZADAS POR PROFESIONAL HEMODINAMISTA. B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO. 2-DE CORRESPONDER INTERNACION DEBERA SER COMUNICADO A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACION VIGENTE. 3-EL ARANCEL NO VARIA POR SUMATORIA DE CODIGOS. 4-INCLUYE: HONORARIOS DE LA TOTALIDAD DEL EQUIPO MEDICO Y PARAMEDICO ACTUANTE EN LA PRESTACION. GASTOS QUIRURGICOS, RADIOLOGICOS Y OTROS INHERENTES A LA PRESTACION. MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE.- COMPLICACIONES DE LA VIA ABORDAJE. INTERNACION EN SALA O UTI.</p>	1.334,00			1.334,00			A B C
830102	<p>ANGIOGRAFIA DE CEREBRO POR CATETERISMO. #H.....</p>	1.334,00			1.334,00			A B C
830103	<p>ANGIOGRAFIA DE CEREBRO Y VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO. #H.....</p>	1.334,00			1.334,00			A B C
830104	<p>CINEANGIOCORONARIOGRAFIA. #H.....</p>	1.354,00			1.354,00			A B C
830105	<p>MODULO DE ANGIOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL Y OTRAS RAMAS. #H.....</p>	1.177,00			1.177,00			A B C
8302	<p>TRATAMIENTOS ANGIOPLASTICOS</p>							

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros a En O.Social	Pagar En Prestador			
NORMA	TRATAMIENTOS ANGIOPLASTICOS-CODIGOS 83.02. A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-SERAN REALIZADOS POR PROFESIONAL HEMODINAMISTA. B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO. 2-LA INTERNACION DEBERA SER COMUNICADA A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACION VIGENTE. INCLUYE: HONORARIOS DE LA TOTALIDAD DEL EQUIPO MEDICO INCLUIDO ANESTESISTA Y PARAMEDICO ACTUANTE EN LA PRESTACION. GASTOS QUIRURGICOS, DE ANESTESIA, MONITOREO INTRAOPERATORIO E INSTRUMENTADORA. LOS MATERIALES PROPIOS NECESARIOS DURANTE LA INTERNACION. MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE. INTERNACION: DESDE QUE SE INTERNA PARA EFECTUAR LA PRESTACION HASTA SU ALTA.	5.886,00		1.100,00	4.786,00	A B C	
830203	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERI FERICA SIMPLE. #+C*1.....	5.886,00		1.100,00	4.786,00	A B C	
830211	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORO NARIA SIMPLE. INCLUYE STENTS NECESARIOS CUAL QUIERA SEA SU CANTIDAD. #+C*1.....	14.713,00		2.269,00	12.443,00	A B C	
830212	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORO NARIA COMPLEJA. INCLUYE STENTS NECESARIOS CUAL QUIERA SEA SU CANTIDAD. #+C*1.....	14.713,00		2.269,00	12.443,00	A B C	

IMPORTE

Código	Descripción	Valor Modulo	Pagos a Prestador		Ind	Val	Cat
			En O.Social	En Prestador			
8303	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO ABLACION POR RADIOFRECUENCIA TRANSCATETER	1.766,00		401,00		1.364,00	A B C
NORMA	A).REQUISITOS: 1-HABILITACION DEL SERVICIO DE HEMODINAMIA POR AUTORIDAD COMPETENTE. 2-LAS PRACTICAS SERAN REALIZADAS POR ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGIA CON ENTRENAMIENTO APROPIADO EN EL METODO, DEBIDAMENTE ACREDITADO. B).NORMAS: 1-EVALUACION Y AUTORIZACION PREVIA POR AUDITORIA MEDICA DE LA OBRA SOCIAL MEDIANTE FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRACTICAS ESPECIALES Y PRESCRIPCION CORRESPONDIENTE COBERTURA: 70% A/C. DE LA OBRA SOCIAL. 2-30% A/C DEL AFILIADO-COSEGURO A ABONAR AL PRESTADOR- IMPORTE ACLARADO EN SELLO AUTORIZANTE.						
830301	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO SIM PLE O COMPLEJO. #C*1.....						
NORMA	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.						
830302	ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA. #C*1.....	7.063,00		1.607,00		5.456,00	A B C

Código NORMA	Descripción	IMPORTE				
		Valor Modulo	Coseguros En O.Social	a. Pagar En Prestador	Pago al Prestador	Ind Val Cat
830303	<p>NORMAS: INCLUYE: ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CON INDUCCIÓN DE ARRITMIAS, EVALUACIÓN DE SU MECANISMO Y LOCALIZACIÓN POR MAPEO ENDOCARDIACO, INDEPENDIEMENTE DE LA FECHA EN QUE HUBIERE SIDO REALIZADO. ABLACION DEL NODULO AURICULO VENTRICULAR, FOCOS ARRITMOGENICOS Y VIAS ANOMALAS DE CONDUCCION (WOLFF-PARKISON-WHITE). GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES. MATERIALES DESCARTABLES (INTRODUCTORES VENOSOS, CATETERES DE REGISTRO-ESTIMULACION Y CATETER DE ABLACION DETECTABLE POR RADIOFRECUENCIA), MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CONTRASTE NECESARIOS PARA LA PRACTICA. ESTUDIOS DE LABORATORIO, RADIOLOGICOS Y ECOCARDIOGRAFICOS INHERENTES AL PROCEDIMIENTO. HONORARIOS DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES. INTERNACION (EN UTI O PISO EN HABITACION COMPARTIDA). EXCLUYE: COLOCACION DE MARCAPASOS O PROVISION DE LOS MISMOS. CUALQUIER TIPO DE ESTUDIO HEMODINAMICO. INTERNACION QUE EXCEDA LOS DIAS QUE ESTAN INCLUIDOS EN EL MODULO. TODA PRESTACION QUE NO ESTE EXPRESAMENTE INCLUIDA.</p>	7.063,00		1.607,00	5.456,00	A B C
NORMA	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO MAS ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA. #*C*1.....					
84	NORMA. VER NORMAS 83.03.01. Y 83.03.02.					
840101	CIRUGIA CARDIOVASCULAR CIRUGIA CARDIOVASCULAR ADULTOS CON CIRCULACION EXTRACORPORA #*1.....	25.506,00			25.506,00	A B C
NORMA	-CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL ADULTA Y PEDIATRICA CODIGO 84.01.01.-84.01.02.-84.02.01 AL 84.02.03.- A) REQUISITOS: 1-REGISTROS EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-SERAN REALIZADAS POR PROFESIONAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR.- B) NORMAS:					

IMPORTE

Codigo	Descripción	Valor		Pago al Prestador		Ind	Val	Cat
		Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador			
840102	<p>1-INCLUYE: GASTO QUIRURGICO CON O SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA, GASTO DE MONITOREO E INSTRUMENTACION. ASISTENCIA CIRCULATORIA CON BOMBA CENTRIFUGA. PENSION EN HABITACION COMPARTIDA DE A DOS (2) CON BAÑO PRIVADO DE HASTA DOS (2) DIAS PRE-QUIRURGICO Y HASTA CATORCE (14) DIAS EN TOTAL INCLUYENDO LOS DIAS DE INTERNACION NECESARIOS EN AREAS DE ALTA COMPLEJIDAD (UNIDAD CORONARIA, CUIDADOS INTENSIVOS O DE RECUPERACION DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR), A PARTIR DEL DECIMOQUINTO (15) DIA LAS PRESTACIONES QUE SE BRINDEN, DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS, SERAN FACTURADAS SEGUN NORMAS DE INTERNACION Y CONVENIOS VIGENTES EN EL AMBITO PROVINCIAL. TODA REOPERACION CONSECUENCIA DE LA INTERNACION ORIGINAL A REALIZARSE DURANTE LOS CATORCE (14) DIAS DE COBERTURA QUEDA INCLUIDA EN EL MODULO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR. -HONORARIOS PROFESIONALES DEL EQUIPO QUIRURGICO TRATANTE: CIRUJANO, AYUDANTES, ANESTESISTA, ESPECIALISTAS, PERFUSIONISTAS, MONITORISTAS, ETC.- -TRANSFUSIONES: INCLUYE GASTOS SANATORIALES Y HONORARIOS, ASI COMO EL MATERIAL DESCARTABLE. (SE PODRAN FACTURAR POR FUERA DE MODULO HASTA UN MAXIMO DE CUATRO (4)). -MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE UTILIZADOS DURANTE EL TIEMPO DE COBERTURA (14) CATORCE DIAS, EXCEPTUANDO LOS QUE SE DETALLAN COMO EXCLUIDOS.- -BALON DE CONTRAPULSACION Y HONORARIOS Y GASTOS POR SU COLOCACION.- -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.- -CITOSSTATICOS. 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.</p>	25.506,00		25.506,00				A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 84-01.01.							

IMPORTE S

Código	Descripción	Coseguros a Pagar		Ind	Val	Cat
		En O.Social	En Prestador			
840201	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIA TRICA BAJA COMPLEJIDAD (I). #H.....	7.848,00	7.848,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 84.01.01.-					
840202	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIA TRICA MEDIANA COMPLEJIDAD (II) #H.....	12.752,00	12.752,00			A B C
NORMA	VER NORMAS COD.84.01.01.					
840203	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIA TRICA-ALTA COMPLEJIDAD (III). #H.....	16.676,00	16.676,00			A B C
NORMA	VER NORMAS COD.84.01.01.					
840301	BALON DE CONTRAPULSACION. #H.....					A B C
NORMA	LA UTILIZACION DE BALON DE CONTRAPULSACION SE TRATARAN POR EXCEPCION, VALUANDOSE SI CORRESPONDE O NO.					
840302	PROVISION DE STENT. #H.....					A B C
NORMA	LA UTILIZACION DE STENT EN OTRAS PRESTACIONES SE TRATARAN POR EXCEPCION, VALUANDOSE SI CORRESPONDE O NO.					
840303	PROVISION DE VALVULA AORTICA #H.....					A B C

IMPORTE S

Código	Descripción	Coseguros a Pagar		Pago al Prestador		Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O.Social	En Prestador	Prestador			
85	PLANES MODULADOS							
850101	INTERNACION DOMICILIARIA (POR DIA) #	156,00			156,00			A B C

LAS VALVULAS 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 SIEMPRE RECONOCERA DEL 100% Y SE DETERMINARÁ EN FUNCIÓN DE LA MENOR COTIZACIÓN DEL ELEMENTO TIPO STANDARD QUE SE OBTENGA.

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 PRÁCTICAS, 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 SIEMPRE PROCEDERÁ AL REINTEGRO O ANTICIPO DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS PREVIAMENTE Y DEBIDAMENTE ACREDITADAS.

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 SIEMPRE 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 SIEMPRE 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) HABILITACIÓN ADECUADA DEL DOMICILIO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE.
- h) COORDINACIÓN DE PRESTACIONES GARANTIZADAS Y ADECUADAS A LA NECESIDAD DE CADA PACIENTE

NORMA

IMPORTE

Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguros a Pagar En O.Social En Prestador	Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
	i) ESCALONAMIENTO DE LA COMPLEJIDAD DE ASISTENCIA QUE ARTICULE LA PRESTACIÓN DOMICILIARIA CON UNA EVENTUAL Y/O PERTINENTE INTERNACIÓN Y VICEVERSA. j) TIEMPO DE ATENCIÓN O ASISTENCIA MENOR A 2 HS. / DÍA DURANTE LOS SIETE (7) DÍAS DE LA SEMANA k) VÍA DE COMUNICACIÓN TELEFÓNICA QUE GARANTICE LA ACCESIBILIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE EL HOGAR Y LA INSTITUCIÓN PRESTADORA l) ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA/CUIDADOR m) CONTINENCIA EMOCIONAL Y SOCIAL DEL HOGAR QUE GARANTICE EL COMPROMISO DE LA ASISTENCIA REQUERIDA n) EVALUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA QUE PREVEA LA FINANCIACIÓN DE LOS GASTOS NO CUBIERTOS RELACIONADOS CON LA INTERNACIÓN DOMICILIARIO, REALIZADO POR ASISTENTE SOCIAL DE LA OBRA SOCIAL. o) COMUNICACIÓN AL AFILIADO Y AL PRESTADOR DEL PLAN AUTORIZADO p) EL INCUMPLIMIENTO 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 ENFERMERIA, SEGUN TRATAMIENTO, PARA APLICACION DE INYECTABLES, CURACIONES, COLOCACION Y CUIDADO DE SONDAS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, APOYO INTEGRAL EN MOVILIZACION, HIGIENE Y ALIMENTACION. B) OTRAS PRESTACIONES 3) HASTA 2 (DOS) ASISTENCIAS KINESICAS POR DIA 4) PROVISION DE IMPLEMENTOS SANITARIOS. C) PRORROGAS 5) SEGUIMIENTO ACTUALIZADO DEL PACIENTE CON HISTORIA CLINICA SEMANAL AVALATORIA DEL ESTADO ACTUAL Y AUTORIZANTE DE CONTINUACION DE INTERNACION.						
	EXCLUYE 1) TODA PRESTACION NO RELACIONADA CON LA INTERNACION DOMICILIARIA. 2) INTERNACION INSTITUCIONAL.						
850102	TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO (POR DIA)	12,00		12,00			A B C

GENERALIDADES

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	Coseguros a En O.Social En Prestador	Pagar Prestador Pago al Prestador			
NORMAS	<p>COLOCACION DE MEDICACIÓN VÍA ENDOVENOSA EN INSTITUCIÓN SANATORIAL. LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO SE ESTABLECE PARA LA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTOS INICIADOS EN INTERNACIÓN.</p> <p>A) COBERTURA: SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS.</p> <p>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.</p> <p>INCLUYE: -COLOCACIÓN DE LA MEDICACIÓN. -MATERIAL DESCARTABLE.</p>	156,00		156,00		A B C	
850201	<p>CUIDADOS PALIATIVOS (POR DIA) #.....</p> <p>GENERALIDADES LA MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN CUIDADOS PALIATIVOS SE CENTRA EN LOS CRITERIOS CLÍNICOS DEL ESTADO TERMINAL DEL PACIENTE QUIEN, VOLUNTARIAMENTE O SU FAMILIA EN CASO DE NO PODER EXPRESARLO, REQUIERA ASISTENCIA INSTITUCIONAL NO CURATIVAS SOLICITANDO RECIBIRLA EN DOMICILIO</p> <p>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 INSTITUCION 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.</p>						
NORMAS	<p>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.</p>						

IMPORTE S

Código	Descripción	Valor	Coseguros a Pagar	Pago al	Ind	Val	Cat
		Modulo	En Prestador	Prestador			
	d) SOLICITUD MÉDICA DE ASISTENCIA EN DOMICILIO CONFORMADA POR HISTORIA CLÍNICA, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL PUNTO F) Y EN EL PUNTO I). e) COMUNICACIÓN DE FIN DE TRATAMIENTO. f) CONTAR CON CONOCIMIENTO DE FINITUD g) CONTINENCIA PSICO-SOCIAL DE LA FAMILIA QUE GARANTICE EL CUIDADO DEL ENFERMO h) ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL EN CASO QUE POR ALGUNA RAZÓN MÉDICA REQUIERA INTERNACIÓN i) HABITABILIDAD ADECUADA DEL DOMICILIO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE. j) ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA/CUIDADOR k) COMUNICACIÓN AL AFILIADO Y AL PRESTADOR DEL PLAN AUTORIZADO l) EL INCUMPLIMIENTOS DE LOS PUNTOS A) A J), PRODUCTO DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO, DETERMINARÁ LA CONTINUIDAD DE LA ADMISIÓN OTORGADA A LA INSTITUCIÓN HABILITADA						
	<u>INCLUYE</u> A) MODULO: 1) HASTA 1 (UNA) CONSULTA MÉDICA POR DÍA 2) HASTA 4 (CUATRO) VISITAS DE ENFERMERÍA POR DÍA CON APOYO INTEGRAL EN MOVILIZACIÓN, HIGIENE Y ALIMENTACIÓN. 3) OXIGENOTERAPIA, DE REQUERIRSE, INCLUIDA EN MÓDULO. B) OTRAS PRESTACIONES 4) HASTA 3 (TRES) CONSULTA PSICOLÓGICA, FAMILIAR O INDIVIDUAL POR SEMANA, SEGÚN PLAN Y/O REQUERIMIENTO DEL PACIENTE 5) PROVISIÓN DE IMPLEMENTOS SANITARIOS. C) REQUISITO 6) HISTORIA CLÍNICA SEMANAL QUE DOCUMENTE LAS PRESTACIONES EFECTUADAS						
	<u>EXCLUYE</u> 1) TODA PRESTACIÓN NO RELACIONADA CON EL CUIDADO PALIATIVO. 2) INTERNACIÓN INSTITUCIONAL						
85.03	OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA						
	<u>GENERALIDADES</u>						

Codigo	Descripción	IMPORTE					Cat
		Valor Modulo	Cosigueros En O.Social	Paqar En Prestador	Pago al Prestador	Val	
850304	ALQUILER MOCHILA OXIGENO GASEOSO CON AHORRADOR -POR MES- #	588,00			588,00		A B C
	INCLUYE						
	1) ALQUILER DEL EQUIPO (MOCHILA Y ACCESORIOS)-POR MES-						
	2) 4 -CUATRO- CARGAS (4 m ³).						
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 LIQUIDO PORTÁTIL (FREELOX) - POR MES - #	1.408,00			1.408,00		A B C
	INCLUYE						
	1) ALQUILER DEL EQUIPO (MOCHILA Y ACCESORIOS) -POR MES-						
	2) 5 (CINCO) CARGAS.						
850307	PROVISION CARGA ADICIONAL PARA EQUIPO OXIGENO MEDICINAL LIQUIDO PORTÁTIL (FREELOX) REQUIERE JUSTIFICACION POR MAYOR ACTIVIDAD DIARIA #	260,00			260,00		A B C
86.01	HEMOTERAPIA						
860101	P24	30,00			30,00		A B C
860102	HBc	30,00			30,00		A B C

IMPORTE S

Código	Descripción	Valor Modulo		Coseguros a Pagar En O.Social En Prestador		Pago al Prestador	Ind	Val	Cat
		58,00		58,00					
860103	HTLV					58,00			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. #+.....					891,00		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)	18	
* 9002	AC.ANTICORE DE HEPATITIS B (ANTI HBc)	17	
* 9003	AC. ANTI e DE HEPATITIS B (ANTI HBe)	17	
* 9004	ANTICUERPO HAV Ig. G	17	
* 9005	ANTICUERPO HAV Ig. M	22	
* 9006	ANTIC.ANTIG.SUPERF.HEPATITS B (ANTI HBs)	17	
* 9009	ANTIC.CITOMEGALOVIRUS IFI	10	
* 9010	ANTIC. PSITACOSIS (CLAMIDEAS)	16	
* 9011	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	19	
* 9015	CA 15-3 ; CA 125 ; CA 199 ; CA 129	27	
* 9017	CHAGAS Ig. M IFI	13	
* 9020	DELTA 4 ANDROSTENEDIONA	14	
* 9027	GONADOTROFINAS SUBUNIDAD BETA EN SUERO	13	
* 9033	LINFOCITOS B, RECUENTO (ROSETAS EAC)	10	
* 9034	LINFOCITOS T, RECUENTO (ROSETAS E)	10	
* 9035	LINFOCITOS T8 (CD8), Y/OT3 (CD3),Y/O T4 (CD4)	20	
* 9046	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	12	
* 9047	TIROGLOBULINA	23	
* 9051	AC. ANTI HEPATITIS "C"- HCV	30	
* 9055	INMUNOGLOBULINA E ESPECIFICA	15	
* 9059	OSTEOCALCINA	30	
* 9060	ANTIC.ANTI-RC DE TSH (TB II)	19	
* 9061	PEPTIDO C	15	
* 9062	SHBG-GLAE	20	
* 9063	ANTICUERPOS ANTIPEROXIDASA	7	
* 9064	DETECCION DE MICROALBUMINURIA		11
* 9065	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgA	17	
* 9066	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgG	17	
* 9067	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgA	17	
* 9068	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgG	17	
* 9069	TROPONINA T		18
* 9071	DOSAJE DE SUBPOBLACION LINFOSITARIA (P/PACIENTES CON HIV / SIDA)	No Abona Coseguro	
* 9072	CARGA VIRAL (P/PACIENTES CON HIV / HCV)	No Abona Coseguro	
* 9073	HIV RESISTENCIA A ANTIRRETROVIRALES	No Abona Coseguro	
* 9075	AC. ANTI. TRANSGLUTAMINASA TISULAR	15	
* 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.	22
130107 DESTRUCCION LESION DE PIEL-MAS DE 5 ELEM	36
* 130113 LIPOMA GIGANTE	No Abona Coseguro
140101 TESTIFICACION TOTAL	9
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

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador

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	85
160106 ANESTESIA AMBULATORIA	60
170103 ELECTROCARDIOGRAMA DE HAZ DE HIZ	28
* 170104 ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTER	43
170105 SOBRESTIMULACION CARDIACA-INCL.CATETERISMO	24
170106 ELECTROC.C/DERIVACION INTRAESOFAGICA	6
170107 VECTOCARDIOGRAMA	6
* 170108 FONOMEKANOCARDIOGRAMA	10
* 170115 FLUXOMETRIA POR EFECTO DOPPLER-INCL.ECG	5
* 170118 ELECTROC. DE HOLTER- 2 CANALES	52
* 180101 E.C.G. COMPLETO	25
* 180102 E.C.G. COMPLETO CON REG.CONTINUO	27
* 180103 E.C.G.COMPLETO CON ECOSCOPIA	32
* 180104 ECOGR. TOCOGINECOLOGICA	27
* 180106 ECOGR. MAMARIA	25
* 180107 ECOGR. CEREBRAL	25
* 180109 ECOGR. OFTALMOLOGICA	22
* 180110 ECOGR. TIROIDEA	17
* 180111 ECOGR. DE TESTICULOS	14
* 180112 ECOGR. DE ABDOMEN	35
* 180113 ECOGR. HEPAT-BILIAR-ESPL.-TORACICA	30
* 180114 ECOGR. DE VEJIGA O PROSTATA	21
* 180116 ECOGR. RENAL BILATERAL	27
* 180117 ECOGR. DE AORTA ABDOMINAL-MODO M	25
* 180118 ECOGR. PANCREATICA O SUPRARRENAL	28
* 180121 ECOGR. PARA AMNIOCENTESIS	21
* 180122 ECOGR. DE PARTES BLANDAS	14
* 200120 ESOFAGOFIBROSCOPIA	39

* 200126	RECTOSIGMOIDOSCOPIA A FIBRA	25
* 200132	GASTROFIBROSCOPIA	44
* 200134	POLIPECTOMIA ENDOSC.GASTRICA	19
* 200135	POLIPECTOMIA ENDOSC.COLONICA	26
220107	INST.SUST.RADIOPACA P/HISTEROSALP.GINEC.	2
220301	INDUCCION DE OVULACION	
220302	INSEMINACION ARTIFICIAL	
220303	FIV (FECUNDACION INVITRO)	
220304	ICSI (INYECCION INTRACITOPLASMATICA DE ESPERMATOZOIDES)	
250101	FISIOTERAPIA - POR SESION	1
250102	KINESIOTERAPIA - POR SESION	3
250104	REHABILITACION DEL LENGUAJE - POR SESION	4
250106	KINES.O FISIAT.A DOMIC.-AL COD.SE SUMA	2
* 250107	PRESUROTERAPIA	Solo para Oncológicos
* 250108	DRENAJE LINFATICO MANUAL	Solo para Oncológicos
* 260101	CURVA CAPTACION TIROIDES-3 DETERM.	7
260102	ESTUDIO FUNCION TIROIDEA-INCL.MAT.RADIACT.	9
260108	TRATAMIENTO CARCINOMA DE TIROIDES	No Abona Coseguro
260202	POR CADA POSIC.SUBSIGUIENTE	4

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Siempre	Al Prestador

260203	CENTELLOGRAFIA DE MEDULA OSEA	11
* 260204	MIELOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	17
* 260205	CISTERNOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	32
* 260206	FISTULOGRAFIA ISOTOPICA. LCR-EXCL.HON.CIRUJ.	24
* 260207	VENTICULOGRAFIA ISOTOPICA.-EXCL.HON.CIRUJ.	32
* 260208	CENTELLOGRAMA OSEO - UN AREA	17
* 260209	AREAS SUBSIGUIENTES	6
260210	CENTELLOGRAFIA ARTICULAC.-INCL.ARTROCENTESIS	11
* 260211	CENTELLOGRAMA DE TIROIDES	8
* 260212	CENTELL. DE TIROIDES Y MEDIASTINO	14
* 260213	BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA TIROIDES	51
* 260214	CENTELL. DE PARATIROIDES	8
* 260215	CENTELL. DE GLANDULAS SALIVALES	11
* 260216	CENTELL. DE PULMON-2 POSIC.C/MIN.	21
* 260217	CENTELL. HEPATICO-2 POSIC.C/MIN.	21
* 260218	CENTELL. DEL POOL VASCULAR HEPATICO	21
* 260219	CENTELL. DE PANCREAS	21
* 260220	CENTELL. DE BAZO	21
* 260221	CENTELL. RENAL BILATERAL	19
* 260222	CENTELL. DEL POOL VASC.RENAL	21
* 260223	CENTELL. DE PLACENTA	19
* 260224	CENTELL. DE VIAS LINFATICAS	21
* 260225	POR POSICIONES ADICIONALES	4
260301	A C T H	6

260302	ALDOSTERONA	7
260303	ALFAFETOPROTEINAS	6
260304	ANTICUERPOS ANTINUCL.PLASMATICOS	10
260305	ANGITENSINA I O II	6
260306	ANTIGENOS DE LA HEPATITIS B	10
260307	AMP - CICLICO	6
260308	CALCITONINA	6
260309	CEA - CARCINOMA EMBRIOGENICO	6
260310	CORTISOL	6
260311	DIGITOXINA	6
260312	DIGOXINA	6
260313	ESTRADIOL	6
260314	ESTROGENOS TOTALES	6
260315	ESTRIOL PLASMATICO	6
260316	ESTRONA	6
260317	FERRITINA PLASMATICA	7
260318	F S H	6
260319	GLUCAGON PLASMATICO	7
260320	LACTOGENO PLACENTARIO	6
260321	L H	6
260322	INMUNOGLOBULINA	6
260323	INSULINA	6
260324	PARATHORMONA	7
260325	POLYPEPTIDO INHIB.GASTRICO-GIP PLASMATICO	6
260326	POLYPEPTIDO INTEST.VASOACTIVO -V.I.P.-PLASMA	6
260327	POLYPEPTIDO PANCREATICO	6

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador

260328	PROINSULINA	6
260329	PROGESTERONA	6
260330	PROLACTINA	6
260331	PROSTAGLANDINA E,OF,OPGA,OPGB,OPGFI	7
260332	RENINA	6
260333	SOMATOTROFINA S T H	6
260334	TESTOSTERONA	9
260335	TIROXINA PLASMATICA TOTAL T4	5
260336	TIROXINA EFECTIVA - ERT	5
260337	TRI - IODOTIRONINA - T3	5
260338	TIROTROFINA TSH	6
260401	PRUEBA ESTIM.SECR.SOMAT.-DETERMINACION STH -1-2-	26
260402	PRUEBA FRENO SECR.SOMAT.-DETERM.SOMATOTR.-1-2-	26
260403	PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO-DETERM.FSH-1-4	21
260404	PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO-DETERM.LH-1-4	21
260405	PRUEBA ESTIM.GONADAL-HGG-DET.ESTR.TOT.1-	13
260406	PRUEBA ESTIM.GONADAL-HGG-DET.TSTOST.1-3	17

260407	PRUEBA ESTIM.CON TRH CON DET.TSH- T4	32
260408	PRUEBA ESTIM.CON TRH CON DET.TSH-1-4	21
260409	ESTIM.HIPOTALAMICO CON DETERM.DE ACTH-1-	21
260410	INHIBICION HIPOTAL.CON DETER.ACTH-1-4-	21
260411	INHIBICION DE MUQUET CON DET.CORTISOL-1-	13
260412	ESTUDIO RITMO CIRCADIANO CORTISOL-1-3	13
260413	PRUEBA EST.HIPOT.CON DET.PROLACT.-1-4-	21
260414	PRUEBA INHIB.HIPOT.CON DET.PROLACT.-1-4-	21
260501	CENTELL. CEREBRO - 2 POSIC.	42
260502	POR CADA POSIC.SUBSIG.	7
260503	CENTELL. MEDULA OSEA	27
260504	MIELOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	34
260505	CISTERNOGRAFIA ISOT.-EXCL.HON.CIRUJ.	61
260506	FISTULOGRAFIA ISOT.DE LCR-EXCL.HON.CIRUJ	42
260507	VENTICULOGRAFIA ISOT.-EXCL.HON.CIRUJ.	61
260508	CENTELL. OSEO - UN AREA	34
260509	AREAS SUBSIGUIENTES	11
260510	CENTELLOGRAFIA. DE ARTICULACIONES	27
260511	CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES	23
260512	CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES Y MEDIASTINO	31
260513	BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA TIROIDES	94
260514	CENTELL. DE PARATIROIDES	23
260515	CENTELL. DE GLANDULAS SALIVALES	25
260516	CENTELL.DE PULMON-2 POSIC.	38
260517	CENTELL. HEPATICO-2 POSIC.	36
260518	CENTELL. DEL POOL VASC.HEPATICO	38
260519	CENTELL. DE PANCREAS	38
260520	CENTELL. DE BAZO	38
260521	CENTELL. RENAL-BILAT.	38
260522	CENTELL. DEL POOL VASC.RENAL	38
260523	CENTELL. DE PLACENTA	38
260524	CENTELL. DE VIAS LINFATICAS	38
260525	ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA POR AREA-C/U	37

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Siempre	Al Prestador

260526	ESTUDIO DINAMICO RENAL	50
260527	RADIOCARDIOGRAMA	62
260528A	PERFUSION SANG.MIOC.RADIOISOT-A-REPOSO	37
260528B	PERFUSION SANG.MIOC.RADIOISOT-B-REP.Y PR.FZA	62
260529	FLEBOGRAFIA RADIOISOT.POR AREAS-C/U	37
260530	POR AREA ADICIONAL	12
260531	DINAMICA DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTR.	37
260532	DINAMICA TRANSITO INTESTINAL	37
* 300111	RETINOGR.C/3 PLACAS-UNILAT.	8
* 300112	RETINOGR.C/3 PLACAS-BILAT.	10

* 730110 BIOFEEDBACK (POR SESION)	17	
* 740101 ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		50
* 740102 VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA		248
* 740103 CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO		58
* 740104 VIDEOSIRUGIA S/ANEXOS UTERINOS, Y/O		838
* 740105 VIDEOHISTERECTOMIA TOTAL CON O SIN ANEXECTOMIA		882
* 740107 ECO-DOPPLER OBSTETRICO	No Abona Coseguro	
* 750101 MAPEO CEREBRAL		83
* 750102 ELECTROENCEFALOGRAMA HOLTER		65
* 750103 POLISOMNOGRAFIA CON OXIMETRIA NOCTURNA	178	
* 750201 MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA		824
* 760101 EXTRAC.EXTRACPS.DE CATARATAS + LIO POR TODO CONCEPTO		469
* 760102 FACOFRAG.ULTRASONICA DE CATARATA + LIO x TODO CONCEP.		813
* 760103 YAG LASER-FOTOCOAGULACION POR CADA OJO		73
* 760104 RETINOFUORESCINOGRAMA POR AGIOGRAFIA DIGITAL (X C/OJO)		21
* 760105 CAMPO VISUAL CAMPIMETRIA PERIMETRIA COMPUTARIZADA-BILATERAL		29
* 770101 RINOFIBROLARINGOSCOPIA		36
* 780101 ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO COLOR		113
* 780102 ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO BLA Y NE		73
* 780103 ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO-COLOR		184
* 780104 ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO BLA Y NE		100
* 790101 ECOGRAFIA VESICO-PROSTATICA TRANSRECTAL		43
* 790102 ESTUDIO URODINAMICO		117
* 790103 FLUJOMETRIA		44
* 790104 LITOTRIZIA EXTRACORP. PARA CALCULOS REN. Y URETRALES		857
* 790105 MODULO MULTIPUNCIÓN PROSTATICA (INCLUYE PUNCIÓN,AGUJAS,ETC.		157
* 790106 MODULO MULTIBIOPSIA PROSTATICA		31
* 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		803
* 800102 CIRUGIA ARTROSCOPICA COMPLEJA MODULO POR TODO CONCEPTO		807
* 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	
* 800402 BRAQUITERAPIA UTERO-VAGINAL	No Abona Coseguro	
* 800403 BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL EN TUMORES GINECOLOGICOS	No Abona Coseguro	
* 811001 TAC-CEREBRAL-COMO UNICO ESTUDIO	78	
* 811002 TAC-CEREBRAL REFORZADA-INCLUYE CONTRASTE	78	
* 811003 TAC CEREBRAL DE CONTROL	30	
* 811004 TAC OFTALMOLOGICA	30	

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
* 811005	TAC TIROIDEA	78	
* 811006	TAC MAMARIA	78	
* 811007	TAC GINECOLOGICA	78	
* 811008	TAC ABDOMEN	78	
* 811009	TAC HEPATOB.-ESPLENICA-PANCR.RENAL-SUPR	78	
* 811010	TAC TORACICA	78	
* 811011	TAC VEJIGA Y PROSTATA	78	
* 811012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES	78	
* 811013	TAC COLUMNA	78	
* 813003	TAC CEREBRAL DE CONTROL CON CONTRASTE	78	
* 813004	TAC OFTALMOLOGICA CON CONTRASTE	78	
* 813005	TAC TIROIDEA CON CONTRASTE	78	
* 813006	TAC MAMARIA CON CONTRASTE	78	
* 813007	TAC GINECOLOGICA CON CONTRASTE	78	
* 813008	TAC ABDOMEN CON CONTRASTE	78	
* 813009	TAC HEPAT.ESPL.PANCR.RENAL-SUPR.CON CONT	78	
* 813010	TAC TORACICA CON CONTRASTE	78	
* 813011	TAC VEJIGA Y PROSTATA CON CONTRASTE	78	
* 813012	TAC OTROS ORGANOS O REG. CON CONTRASTE	78	
* 813013	TAC COLUMNA CON CONTRASTE	100	
* 821001	RMN DE CEREBRO SIN CONTRASTE	153	
* 821004	RMN OFTALMOLOGICA (POR OJO) S/CONTRASTE	153	
* 821005	RMN DE TIROIDES S/CONTRASTE	153	
* 821008	RMN DE ABDOMEN S/CONTRASTE	153	
* 821009	RMN DE HEPATOBILIAR -ESPLENICA-PANCREATICA RENAL -SUPRARRENAL-	153	
* 821010	RMN TORACICA	153	
* 821012	RMN DE OTROS ORGANOS O REGIONES	153	
* 821013	RMN DE DE COLUMNA	153	
* 821014	RMN DE RODILLA	153	
* 821015	RMN DE ESPINAL	153	
* 821016	RMN DE HUESOS LARGOS	153	
* 821017	RMN DE PELVIS	153	
* 821018	RMN DE HOMBRO	153	
821019	RMN DE COLUMNA -DOS REGIONES	292	
821020	RMN DE COLUMNA -TRES REGIONES	380	
821021	COLANGIORRESONANCIA	227	
821022	ANGIORRESONANCIA DE CUELLO O CEREBRO	183	
821023	ANGIORRESONANCIA DE CUELLO Y CEREBRO	272	
821024	RM DE CEREBRO Y ANGIORRESONANCIA DE CEREBRO	249	
821025	ANGIORRESONANCIA ABDOMINAL U OTRAS	227	
821026	URORRESONANCIA	227	
821027	RM ATM DINAMICA (C/DIFERENTESGRADOS DE APERTURA Y ESTUDIO DINAMICO)	272	
821028	RMN DE CEREBRO CON DIFUSION Y PERCUSION	296	
* 823001	CONTRASTE PARA CUALQUIER RMN	22	
* 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		1.100

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
* 830204	ANGIOPLASTIA TRANS.PERIFERICA COMPLEJA		1.100
* 830211	ANGIOPLASTIA TRANS. CORONARIA SIMPLE - INCLUYE STENS -		2.269
* 830212	ANGIOPLASTIA TRANS. CORONARIA COMPLEJA - INC.STENS -		2.269
* 830301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO SIMPLE O COMPLEJO		401
* 830302	ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA		1.607
* 830303	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO MAS ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA		1.607
* 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	
870101	LOCALIZACION CENTELLOGRAFICA DE GANGLIO CENTINELA C/CONTROL 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

PRACTICA CODIGO	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88 DESCRIPCION	"A"	"B"	"C"
		A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
02.02.05	ESCISION LESION PARPADOS-ABSESOS-ORZUELO	39	40	41
02.03.03	INTRODUCCION DE SUSTANCIAS TERAPEUTICAS, SUBCONJUNTIVALES	**	**	**
02.03.05	SUTURA DE CONJUNTIVA-INCL.EXTR.CUERPO EXTR.	67	69	70
03.01.05	INCISION Y DRENAJE DE AURICULA-SUTURA	23	24	25
03.01.09	ESCIC. DE LESION LOCAL COND.AUDITIVO EXT.BIOP	23	24	25
03.04.06	RESECC.LESION LOCAL ENDONASAL-EXTIRP.POLIPOS	35	36	37
03.05.15	PUNCION-BIOPSIA SENO PARANASAL	16	17	19
03.05.15	DIAGNOSTICA	16	17	19

03.08.07	BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL-EXTRACC.CALCULOS	37	40	43
03.08.07	DIAGNOSTICA	37	40	43
03.13.03	INCISION Y DRENAJE AMIGD.O TEJIDOS PERIAMIGD.	23	24	25
06.01.11	PUNCION QUISTE MAMARIO-BIOPSIA MAMAS	21	22	22
08.06.16	INCIS.O DRENAJE DE ABCESO PERIANAL	44	46	49
09.01.07	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO POR PUNCION	16	16	16
10.07.05	BIOPSIA DE PENE	28	29	31
10.07.11	INCISION DORSAL-LAT.PREPUCIO-FRENULOTOMIA	40	41	43
11.02.15	ESCICION LOCAL LESION CUELLO- POLIPO	28	29	31
11.02.15	DIAGNÓSTICA	28	29	31
11.03.15	HIMENOTOMIA -INCISION Y DRENAJE - ABCESO	62	63	64
11.04.05	AMNIOCENTESIS TRANSABDOMINAL O VIA VAGINAL	31	34	37
12.02.02	ESTERNON-ESCAPULA-HUMERO-	30	34	39
12.02.04	CLAVICULA COSTILLA-ROTULA-METACARP-METATARS-	14	16	18
12.04.06	PUNCION BIOPSIA DE CUALQUIER OTRO HUESO	24	26	27
12.08.01	ARTROCENTESIS - DIAGN.TERAP. ,PIARTOGRAFIA	9	10	11
12.13.03	CLAVICULA, HOMBRO, CODO, MUÑECA, METACARPO, TOBILLO.....	**	**	**
12.13.04	METACARPO O METATARSO - FALANGICAS ...	43	45	47
12.18.01	INFILTRACIONES Y MOVILIZ.-MUSC.PERIARTICULARES	9	10	11
12.19.06	CORSET	90	93	96
12.19.12	VENDAJE EN 8 - ENYESADO	19	20	21
12.19.14	VELPEAU DE YESO	25	26	27
12.19.15	VENDAJE DE VELPEAU	17	18	19
12.19.17	YESO BRAQUIPALMAR	45	47	49
12.19.18	YESO COLGANTE	38	39	40
12.19.19	YESO ANTEBRAQUIPALMAR	38	39	40
12.19.20	MANO DE YESO	17	18	19
12.19.21	VALVA LARGA DE MIEMBRO SUPERIOR	19	20	21
12.19.22	VALVA CORTA DE MIEMBRO SUPERIOR	17	18	19
12.19.24	DUCROQUET	52	55	58
12.19.25	CALZA DE YESO-YESO CRURO-PEDICO	45	47	49
12.19.26	BOTA LARGA DE YESO	52	55	58
12.19.27	BOTA CORTA DE YESO	45	47	49
12.19.30	VALVA CORTA DE MIEMBRO INFERIOR	17	18	19
12.19.32	TRACCION CONTINUA CUTANEA - TRAC. PARTES BLANDAS CON FRONDAS	45	47	49
13.01.04	ESCISION LOCAL LESION DE PIEL O GL.DE PIEL	40	41	43
13.01.05	INCISION Y DRENAJE ABCESO SUPERF-EXTR.CPO.EXT	23	24	25
13.01.08	BIOPSIA DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBC.O MUSC.	23	24	25
13.01.09	ESCISION DE UÑA LECHO O REPLIEGUE UNGUEAL	28	29	31

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

13.01.10	SUTURA DE HERIDAS	44	46	49
13.01.12	ESCISION DE TUMOR DE TEJ.CELULAR SUBCUTANEO	41	42	44
13.01.14	INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO SUBA-PONEUROTICO EXT	44	46	49
14.01.02	TESTIFICACION PARCIAL H/4 SES.	4	4	5

15.01.01	BIOPSIA POR INCIS.O PUNCION	13	15	17
15.01.06	CITOLOG. EXFOLIATIVA ONCOLOGICA	11	13	14
15.01.07	CITOLOG. EXFOLIATIVA HORMONAL-C/4 EXT.	11	13	14
15.01.10	CITOLOG.EXFOLIAT.ONCOL.BRONQUIAL	20	22	25
15.01.11	CITOL EXFOL ONCOL DE LIQUIDOS	13	15	17
17.01.01	ELECTROCARDIOGRAMA EN CONSULTORIO	5	5	6
17.01.02	ELECTROCARDIOGRAMA A DOMICILIO	5	6	6
17.01.11	ERGOMETRIA	11	12	13
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	4	4
17.01.17	REHABILITACION-POR MES-8 A 12 SESIONES	27	29	32
19.01.01	METABOLISMO BASAL	2	2	2
20.01.01	TEST DE BERNSTEIN	4	4	5
20.01.02	SONDEO GASTRICO FRACC.	8	9	10
20.01.03	SONDEO GASTRICO EN AYUNAS	3	4	4
20.01.04	SONDEO CON ELECTR. INTRAGASTR.	3	4	4
20.01.05	SONDEO GASTR. CON INSULINA	8	9	10
20.01.06	SONDEO DUODENAL CON CONTROLRAD. DE SONDA	9	10	11
20.01.07	SONDEO DUODENAL CON SONDA DE DOBLE LUZ	11	12	14
20.01.08	CLEARANCE DE BROMOSULFTELEINA	7	8	9
20.01.09	TEST DE RETENCION DE BSF A LOS 45 MIN.	4	5	5
20.01.10	TEST DE RETENCION DE BROMOSULFTELEINA	3	3	3
20.01.11	MOTILIDAD ESOFAGICA-MANOMETRIA	14	16	18
20.01.12	DETERMINAC.DEL REFLUJO GASTROSO.F.X MICROELECT.	7	8	9
20.01.13	LAVADO GASTRICO O ESOFAGICO	2	2	2
20.01.14	EXTRACC. DE MATERIAL DE ESOFAGO O ESTOMAGO	2	3	3
20.01.16	BIOPSIA PERORAL ESOF.O GASTR.POR ASPIRAC.	3	3	3
20.01.17	BIOPSIA PERORAL DEL INTEST.DELGADO POR ASPIAC.	7	8	9
20.01.18	BIOPSIA PERORAL DEL INT.DELG.POR ASP.EXTR.MULT	11	12	14
20.01.19	ESOFAGOSCOPIA CON INSTR.RIGIDO	10	11	12
20.01.21	GASTROSCOPIA CON INSTR.RIGIDO	13	14	16
20.01.22	ESOFAGOGASTRODUODENOFIBROSCOPIA	45	48	51
20.01.23	CANULACION ENDOSC.DE PAPILA DE VATER	27	29	32
20.01.24	COLONOSCOPIA	57	60	63
20.01.25	RECTOSIGMOIDOSCOPIA C/INST.RIGIDO	9	10	11
20.01.27	ANOSCOPIA	I/C	I/C	I/C
20.01.28	DILATAC.ESOFAGICA C/CONTROL ENDOSC.X SES.	14	16	18
20.01.29	DILAT.ESOFAGICA CON SONDA DE MERCURIO	7	8	9
20.01.30	REDUCCION NO QUIR.DE INVAG.INTEST.	10	11	12
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	4	4

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

22.01.02	COLPOCITOLOGIA	I/C	I/C	I/C
22.01.03	TEST DE SIMS-HUNER	2	2	2
22.01.04	EST DEL MOCO CERVICAL	2	2	2
22.01.05	PERSUFLACION CON REGISTRO QUIMIOGRAFICO	4	4	5
22.01.06	PERSUFLACION,HIDROTUBACION,POR CADA SESION	2	2	2
22.02.01	AMNIOSCOPIA	2	3	3
22.02.02	MONITOREO FETAL - CADA UNO	SMI	SMI	SMI
22.02.03	METODO PSICOPROFILACTICO DEL PARTO	13	14	15
23.01.01	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA IN VIVO O IN VITRO	8	9	9
23.01.02	AGREGACION PLAQUETARIA-MIN. 3 SUST.INDUCTORAS	12	13	14
23.01.03	ADENOGRAMA	6	7	7
23.01.04	INV.DE AGLUTININAS	3	3	4
23.01.05	AGLUTININAS DEL SIST ABO	3	4	4
23.01.06	ANTICOAGULANT CIRCULANT, DETERMINACION DE	3	3	3
23.01.07	ANTICUERPO, ELUCION DE	3	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	3	3	3
23.01.12	AUTOHEMOLISIS, PRUEBA DE	3	4	4
23.01.13	BENCE JONES, PROTEINA DE	1	1	1
23.01.14	BILIRRUBINEMIA TOTAL -DIRECTA, INDIRECTA	1	2	2
23.01.15	CELULAS FALCIFORMES O DREPRANOCITICAS	2	2	2
23.01.16	CELULAS L E -MEDULA-	5	5	6
23.01.17	CELULAS L E -SANGRE-	3	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	4	4
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	4	4
23.01.28	DONATH-LANDSTEINNER CUANTIT.	3	3	3
23.01.29	ELECTROFORESIS S/PAPEL-HEMOGL. O SUERO	4	4	4
23.01.30	ELECTROF. POLIACRIDAMIDA CUALIT	4	4	5
23.01.31	ELECTROFORESIS POLIACR.CUANTIT.	6	7	7
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	5
23.01.35	ESPLENOGRAMA	8	9	9
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	4	4
23.01.39	FACTOR DE COAGULACION II-PROTOMB.	3	3	3

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	D E S C R I P C I O N	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL

23.01.40	FACTOR DE COAGULACION V	3	3	4
23.01.41	FACTOR DE COAGULACION VII	3	3	4
23.01.42	FACTORES DE COAGUL. COMPLEJO VII-X	3	3	4
23.01.43	FACTOR DE COAGULACION VIII	4	4	4
23.01.44	FACTOR DE COAGULACION IX	4	4	4
23.01.45	FACTOR DE COAGULACION X	4	4	5
23.01.46	FACTOR DE COAGULACION XI	4	4	4
23.01.47	FACTOR DE COAGULACION XII	4	4	4
23.01.48	FACTOR DE COAGUL. XIII CUALITATIVO	1	1	1
23.01.49	FACTOR DE COAGUL. XIII SEMICUALITATIVO	3	3	4
23.01.50	FERREMIA. SIDEREMIA	3	3	3
23.01.51	FIBRINOGENO-SANGRE-	3	4	4
23.01.52	FIBRONILISINA-LISIS DE EUGLOBULINAS-	3	4	4
23.01.53	FOLICO ACIDO-MICROBIOLOGICO-	4	5	5
23.01.54	FORMULA LEUCOCITARIA-	1	1	1
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-	3	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	4
23.01.62	GOTA GRUESA	1	1	1
23.01.63	GRUPO SANGUINEO ABO.	1	2	2
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	5	5
23.01.70	HEMOAGLUTININAS-WIUGHAN-	2	2	2
23.01.71	HEMOAGLUTINOGENOS-SUBTIPOS DEL SIST.ABO C/DET	2	3	3
23.01.72	HEMOAGLUTINOGENOS DU	3	3	4
23.01.73	HEMOGLOBULINA.DOSAJE	1	1	1
23.01.74	HEMOGLOBULINA.ELECTROFORESIS DE	4	4	4
23.01.75	HEMOGLOBULINA EN PLASMA	2	3	3
23.01.76	HEMOGLOBULINA.SOLUBILIDAD DE LA	2	3	3
23.01.77	HEMOGLOBULINA ALCALIRESENTENTE	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
23.01.81	HEPARINA.RESIST.A LA, IN VITRO-SOULO SIMILAR	3	3	3
23.01.82	HEPARINA, RESIST. A LA, IN VIVO-DE TAKATS-	3	3	3
23.01.83	HIPERHEPARINEMIA	4	5	5

23.01.84	IBC-IRON BINDING CAPACITY-	3	3	4
23.01.85	IDENTIF.ANTICUERP.C/PANEL EN MEDIO SALI.O ALB	8	9	9
23.01.86	INDICE OPSONOCITOFACIGO	4	4	5

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	D E S C R I P C I O N	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL

23.01.87	INMUNOELECTROFORESIS	7	8	8
23.01.88	LATEX GLOBULINA GAMMA	3	3	3
23.01.89	LATEX L E	4	4	4
23.01.90	LAZO, PRUEBA DEL	I/C	I/C	I/C
23.01.91	LEUCINOAMINOPEPTIDASA, TEST DE	5	5	6
23.01.92	LEUCOAGLUTINACION, INHIBICION DE	4	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	7	8	9
23.01.98	MONONUCLEOSIS INFECC.,REACCION P/-MONOTEST-	3	3	4
23.01.99	PARASITOS HEMATICOS	2	3	3
23.02.01	PAUL BUNELL, REACCION DE	2	3	3
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	6	6
23.02.07	PROACTIVADOR PLASMINOGENO	4	4	5
23.02.08	PROTROMBINA, -WARE, SEEGER	4	4	5
23.02.09	PROTROMBINA, CONSUMO DE	2	3	3
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	3	3	3
23.02.13	RH.	1	2	2
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-MAYUSCULA-	1	2	2
23.02.17	RH. FACTOR E-MAYUSCULA-	2	2	2
23.02.18	RH. FACTOR E-MINUSCULA-	1	2	2
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	4
23.02.23	SULFATO DE PROTAMINA,PRUEBA DE GELIFICACION	4	5	5
23.02.24	TROMBINA, PRUEBA DE LA GENERACION DE LA	4	4	4
23.02.25	TROMBINA, TIEMPO DE	1	2	2
23.02.26	TROMBOPLASTINA, PRUEBA DE LA GENER. DE -BIGGS	7	7	8
23.02.27	TROMBOPLASTINA,PRUEBA DE LA GENER.SUST.C/REAC	17	18	20

23.02.28	TROMBOPLASTINA, PRUEBA DE LA GENER. SIMPLIFICA.	5	5	5
23.02.29	TROMBOPLASTINA, TIEMPO DE -PARCIAL-	2	3	3
23.02.30	TROMBO TEST DE OWEWN	2	3	3
23.02.31	TROMBOELASTOGRAMA	5	5	5
23.02.32	XENODIAGNOSTICO-ESTUDIO COMPLETO-	12	13	14
26.02.01	CENTELLOGRAMA DE CEREBRO-2 POSIC.	22	24	26
28.01.01	ESPIROMETRIA	5	5	5

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	D E S C R I P C I O N	A C / AFIL	A C / AFIL	A C / AFIL

28.01.02	ESPIROMETRIA CON BRONCODILATADORES	6	7	8
28.01.03	BRONCOESPIROMETRIA	10	11	12
28.01.04	TRAQUEOSCOPIA	5	6	6
28.01.05	BRONCOSCOPIA CON INSTR. RIGIDO	21	24	26
28.01.06	BRONCOFIBROSCOPIA	45	48	51
28.01.07	CURVA DE FLUJO VOLUMEN	4	4	5
28.01.08	DETERM. DE VOLUMENES PULMONARES	7	7	8
28.01.09	ESTUDIO DE MECANICA PULMONAR	9	10	11
28.01.10	ANALISIS GASES AIRE ESPIR. Y S. ART-VEN-	9	10	11
29.01.01	ELECTROENCEFALOGRAFIA CON ACTIV. SIMPLE	10	11	12
29.01.02	ELECTROENCEFALOGRAFIA CON ACTIV. COMPLEJA	16	18	20
29.01.03	NISTAGMOGR.-ELECTRORETINOGR.	9	10	11
29.01.04	ELECTROMIOGRAFIA MMBRS. SUP-INF-FACIAL	10	10	11
29.01.05	ELECTROMIOGRAFIA DE LOS 4 MMBRS.	17	19	21
29.01.06	ELECTROMIOGRAFIA CON VELOC. CONDUCC.	19	20	21
29.01.07	REFLEXOGRAMA PATELAR Y/O AQUILIANO	3	3	3
29.01.08	CRONAXIMETRIA	3	3	4
29.01.09	ELECTRODIAGNOSTICO	3	3	4
29.01.10	REOGRAFIA CEREBRAL, CARD. O VASC.	9	10	11
30.01.01	OFTALMODINAMOMETRIA	4	4	5
30.01.02	CAMPO VISUAL-CAMPIMETRIA Y/O PERIMETRIA	8	9	10
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	4	4	5
30.01.09	CURVA TENSIONAL	6	7	8
30.01.10	TONOGRAFIA-C/ TONOGRFO ELECTRONICO	4	5	5
30.01.13	RETINOFLUORESCINOGRAFIA UNILATERAL	13	15	16
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	3
30.01.17	DEPIL. ELECT. DEL PAPPADO-TODOS LOS ELEM. AFECT	3	3	3
30.01.18	DILAT. CONDUCTO LACRIMONOSAL C/INTUBACION	12	14	15
30.01.19	OFTALMOSCOPIA INDIREC. BINOC. C/ESQ. FONDO DE OJO	4	4	5
30.01.20	ESTUD. FIJACION EN ESTRABISMO-C/VISUSCOPIO-	5	6	7

30.01.21	CATETERIZACION DE CONDUCTO LACRIMONASAL	I/C	I/C	I/C
30.01.22	EXOFTALMOL.-INCL.PRESC.CRIST.CONTROL POST.TONOM.FONDO OJO	8	9	10
31.01.01	EXAMEN FUNCIONAL LABERINTICO	3	3	3
31.01.02	AUDIOMETRIA	2	3	3
31.01.03	LOGOAUDIOMETRIA	3	3	4
31.01.04	PRUEBAS SUPRALIMINARES-C/U	2	3	3
31.01.05	SELECCION DE OTOAMPLIFONOS	3	3	3
31.01.07	TECNICA DE PROESTZ, HASTA 10 SESIONES	5	5	6
31.01.08	INSUFLACION TROMPAS EUSTAQUIO-MAX.5 SES.X C/U	I/C	I/C	I/C
31.01.09	IMPEDANCIOMETRIA	5	6	7
31.01.10	RINOMANOMETRIA	11	12	13
31.01.11	EXTRAC.CUERPO EXTRANO OIDO-T.CERUME UNI-BILAT	2	3	3

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	D E S C R I P C I O N	A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL

31.01.12	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	2	2	2
31.01.13	TAPONAMIENTO NASAL ANTEROPOSTERIOR	2	3	3
31.01.14	EXTRACCION CUERPO EXTRANO EN NARIZ	I/C	I/C	I/C
31.01.15	CAUTERIZACION DE NARIZ	2	3	3
31.01.16	LAVAJE DE SENOS 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	9	10	11
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	3	3
31.01.21	INYECCION SUST.RADIOPACA P/BRONCOGRAFIA	1	1	2
31.01.22	OTOMICROSCOPIA	3	3	3
33.01.01	PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES-POR SESION	12	12	12
33.01.02	PSICOT. GRUPALES O COLECT-POR SESION	5	5	5
33.01.03	PSICOT.DE PAREJA O FLIA-POR SESION	12	12	12
33.01.04	PSICOTERAPIA VINCULAR	12	12	12
33.01.05	ATENCION INDIVIDUAL DE URGENCIA	16	16	16
33.01.06	ATENCION EN DOMICILIO	14	14	14
33.01.13	ORIENTACION A PADRES Y/O FAMILIARES	12	12	12
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	RADIOSCOPIA SIMPLE	7	7	8
34.01.02	RADIOSCOPIA CON INTENSIF-AGREGAR -	16	16	17
34.01.03	RADIOSC.C/CIRCUITO TV - AGREGAR	16	16	17
34.02.01	RX CRANEO-CARA-CAVUN-1 EXP	9	9	9
34.02.02	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	6	6	6
34.02.03	HUESO TEMPORAL-POR DIA	11	12	12
34.02.04	ARTIC.TEMPOROMAND.3 POSIC.	11	12	12
34.02.05	ORTOPANTOMOGRAMIA-1 EXPOS.	18	19	19

34.02.06	POR EXPOSIC.SUBSIG.	16	16	17
34.02.07	TELERADIOGRAFIA DE CRANEO-1 EXPOSIC.	16	16	17
34.02.08	POR EXPOSIC.SUBSIG.	12	13	13
34.02.09	RX RAQUIS - COLUMNA-1 EXPOSIC.	10	10	11
34.02.10	POR EXPOSIC. SUBSIG.	7	7	7
34.02.11	RX HOMBR-HUMERO-PELVIS-CAD.FEM-1 EXP.	10	10	11
34.02.12	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	7	7	7
34.02.13	RX CODO,ANTEBR,MUÑ,MANO,DEDO,ROD ETC.	10	10	11
34.02.14	ORTORADRIOGR.POR ESTUDIOS-MED.MMBRS	12	13	13
34.02.15	RX AMPLIADA	9	9	10
34.02.16	ARTOGRAFIA-1 EXPOSIC.	8	8	9
34.02.17	POR EXPOSIC.SUBSIG.	6	6	6
34.02.18	UNA PLACA APICAL	2	2	3
34.02.19	UNA PLACA OCLUSAL	6	6	6
34.02.20	SEMISERIADA HASTA 7 PLACAS	9	9	10
34.02.21	SERIADA DE 7 A 17 PLACAS	15	16	17
34.03.01	RX O TELERADIOG. DE TORAX- 1 EXPOSIC.	9	9	9

	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88	"A"	"B"	"C"
PRACTICA CODIGO	D E S C R I P C I O N	A C /AFIL	A C /AFIL	A C /AFIL

34.03.02	POR EXPOSIC.SUBSIG.	6	6	6
34.03.03	BRONCOGRAFIA-SIN ENDOSC.NI ANES.GRAL.-4	20	21	22
34.03.04	NEUMOMEDIASTINO-FRENTE Y PERFIL-SIN HONO	14	14	15
34.04.01	SIALOGRAFIA POR GLANDULA Y POR LADO	15	15	16
34.04.02	ESOFAGO-EST.RADIOLOGICO SERIADO	15	15	16
34.04.03	ESTOMAGO Y DUODENO, ESTUDIO SERIADO	29	30	31
34.04.04	ESTOMAGO Y DUODENO, ESTUDIO SERIADO	38	40	41
34.04.05	EST. SERIADO ESOFAGOGASTRODUODENAL	40	42	44
34.04.06	DUODENOGRAMA HIPOTONICA-INC.SOND. DUODE	24	26	27
34.04.07	TRANSITO DE INTESTINO DELGADO O DE COLON	19	20	20
34.04.08	EST RADIOLOGICO SERIADO ILEOCECOAPENDICU	9	9	10
34.04.09	COLON POR ENEMA Y EVACUADO-MIN. 3 PLACAS	16	16	17
34.04.10	COLON POR ENEMA Y EVACUADO-MIN. 5 PLACAS	24	26	27
34.04.11	COLON POR ENEMA,EVAC.E INSUFLADO-MIN.6 P	34	35	37
34.04.12	COLON DE ENEMA,EVAC.DOUBLE CONTRAS-MIN.8	50	53	55
34.04.13	COLECISTOGRAFIA ORAL MIN. 3 PLACAS	18	19	19
34.04.21	RADIOGR. SIMPLE DE ABDOMEN- 1 EXPOS.	8	8	9
34.04.22	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	6	6	6
34.05.01	RX SIMPLE DE ARBOL URINARIO	8	8	9
34.05.02	UROGRAMA ESCRETOR	27	28	28
34.05.05	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	8	8	9
34.05.06	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	6	6	6
34.05.07	CISTOURETOGRAFIA MICCIONAL.	14	14	14
34.05.08	CISTOURETOGR. P/EST.DE INCONT.-MIN 4 PLA	19	20	20
34.06.04	HISTEROSALPINOGRAMA	17	17	18

34.08.01	CONTROL RAD.P/COLOCAC.MARCAPASOS TRANSIT	15	15	16
34.08.02	CONTROL RAD.P/COLOCAC.MARCAPASOS DEFINIT	15	15	16
34.08.03	CONTROL RAD.P/CATERISMO S/ANGIOCARDIOG	15	15	16
34.08.04	CARDIOGR.O ANGIOCARDIOGR.	52	54	55
34.08.07	PANARTERIOGR.DEL CAYADO AORT.-POR EST.	37	38	39
34.08.08	AORTOGR.POR PUNCION LUMBAR-1 EXPOS.	13	14	15
34.08.09	POR EXPOS.SUBSIG. Y HASTA 4 EXPOSIC.	9	9	10
34.08.11	ARTERIOGR.SELECTIVA -6 PLACAS	43	44	46
34.08.12	ARTERIOGR.PERIFERICA -1 EXPOSIC.	12	13	13
34.08.13	POR CADA EXPOSIC.SUBSIG. Y HASTA 4 EXPOSIC.	8	8	9
34.08.14	CAVOGRAFIA - 1 EXPOSICION	11	12	12
34.08.15	POR CADA EXPOSIC.SUBSIG. Y HASTA 4 EXPOSIC.	8	8	9
34.08.16	ESPLENOPORTOGRAFIA POR PUNCION ESPL.	11	12	12
34.08.17	POR CADA EXPOSICION SUBSIG.Y HASTA 4 EXPOSIC	9	9	10
34.08.18	FLEBOGRAFIA SELECTIVA - 1 EXPOSIC.	11	12	12
34.08.19	POR EXPOSICION SUBSIG. Y H/4 EXPOSIC.	8	8	9
34.08.20	FLEBOGRAFIA DE MIEMBR. SUP O INF.-1 EXP.	11	12	12
34.08.21	POR CADA EXPOSICION SUBSIG.Y HASTA4 EXPOSIC	8	8	9
34.08.22	LINFOGRAFIA- POR EXPOSICION	8	8	9
34.09.03	FISTULOGRAFIA- MIN 2 PLACAS	14	14	14
34.09.04	DACRIOSISTOGRAFIA-3 PL.-POR EST.-S/HON.E	17	17	18
34.09.08	RX A DOMICILIO- RADIO URBANO-1 EXPOS.	22	22	23

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

34.09.09	RX A DOMICILIO-RADIO URBANO-POR C/EXP.SU	9	9	10
35.01.02	COBALTOTERAPIA	**	**	**
36.01.01	URETROCISTOSCOPIA C/INSTR. RIGIDO	9	10	17
36.01.02	URETROCISTOFIBROSCOPIA	35	37	91
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	DILATAACION URETRAL	I/C	I/C	I/C
36.01.07	URETROSOCPIA	5	6	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

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

16

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)	18
* 90.02	AC.ANTICORE DE HEPATITIS B (ANTI HBc)	17
* 90.03	AC. ANTI e DE HEPATITIS B (ANTI HB _e)	17
* 90.04	ANTICUERPO HAV Ig. G	17
* 90.05	ANTICUERPO HAV Ig. M	22
* 90.06	ANTIC.ANTIG.SUPERF.HEPATITS B (ANTI HB _s)	17
* 90.09	ANTIC.CITOMEGALOVIRUS IFI	10
* 90.10	ANTIC. PSITACOSIS (CLAMIDEAS)	16
* 90.11	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	19
* 90.15	CA 15-3 ; CA 125 ; CA 199 ; CA 129	27
* 90.17	CHAGAS Ig. M IFI	13
* 90.20	DELTA 4 ANDROSTENEDIONA	14
* 90.27	GONADOTROFINAS SUBUNIDAD BETA EN SUERO	13
* 90.33	LINFOCITOS B, RECUENTO (ROSETAS EAC)	10
* 90.34	LINFOCITOS T, RECUENTO (ROSETAS E)	10
* 90.35	LINFOCITOS T8 (CD8), Y/OT3 (CD3),Y/O T4 (CD4)	20
* 90.46	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	12
* 90.47	TIROGLOBULINA	23
* 90.51	AC. ANTI HEPATITIS "C"- HCV	30
* 90.55	INMUNOGLOBULINA E ESPECIFICA	15
* 90.59	OSTEOCALCINA	30

* 90.60	ANTIC.ANTI-RC DE TSH (TB II)	19
* 90.61	PEPTIDO C	15

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
* 90.62	SHBG-GLAE	20	
* 90.63	ANTICUERPOS ANTIPEROXIDASA	7	
* 90.64	DETECCION DE MICROALBUMINURIA		11
* 90.65	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgA	17	
* 90.66	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgG	17	
* 90.67	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgA	17	
* 90.68	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgG	17	
* 90.69	TROPONINA T		18
* 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	
* 90.73	HIV RESISTENCIA A ANTIRRTROVIRALES	No Abona Coseguro	
* 90.75	AC. ANTI. TRANSGLUTAMINASA TISULAR	15	

* 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-	\$ 43,00
50.04.01	AL 4 -BLANCOS-	\$ 47,00
50.06.01	AL 6 -BLANCOS-	\$ 61,00
50.08.01	AL 8 -BLANCOS-	\$ 171,00
50.10.01	AL 10 -BLANCOS-	\$ 171,00
50.12.01	AL 12 -BLANCOS-	\$ 171,00

ESFÉRICOS COLOR

50.02.02	AL 2 -COLOR-	\$ 60,00
50.04.02	AL 4 -COLOR-	\$ 66,00
50.06.02	AL 6 -COLOR-	\$ 78,00
50.08.02	AL 8 -COLOR-	\$ 188,00
50.10.02	AL 10 -COLOR-	\$ 188,00
50.12.02	AL 12 -COLOR	\$ 188,00

CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2

CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2 -BLANCOS-

50.02.21	AL 2 CON 2 -BLANCOS-	\$ 46,00
50.04.21	AL 4 CON 2 -BLANCOS-	\$ 60,00
50.06.21	AL 6 CON 2 -BLANCOS-	\$ 72,00
50.08.21	AL 8 CON 2 -BLANCOS-	\$ 207,00
50.10.21	AL 10 CON 2 -BLANCOS-	\$ 207,00

CODIGO DESCRIPCION

CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2 -COLOR-

50.02.22	AL 2 CON 2 -COLOR-	\$ 61,00
50.04.22	AL 4 CON 2 -COLOR-	\$ 72,00
50.06.22	AL 6 CON 2 -COLOR-	\$ 100,00
50.08.22	AL 8 CON 2 -COLOR-	\$ 225,00
50.10.22	AL 10 CON 2 -COLOR-	\$ 225,00

CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3

CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3 -BLANCOS-

50.02.31	AL 2 CON 3 -BLANCOS-	\$ 207,00
50.04.31	AL 4 CON 3 -BLANCOS-	\$ 207,00
50.06.31	AL 6 CON 3 -BLANCOS-	\$ 207,00
50.08.31	AL 8 CON 3 -BLANCOS-	\$ 207,00
50.10.31	AL 10 CON 3 -BLANCOS-	\$ 207,00

CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3 -COLOR-

50.02.32	AL 2 CON 3 -COLOR-	\$ 225,00
50.04.32	AL 4 CON 3 -COLOR-	\$ 225,00
50.06.32	AL 6 CON 3 -COLOR-	\$ 225,00
50.08.32	AL 8 CON 3 -COLOR-	\$ 225,00
50.10.32	AL 10 CON 3 -COLOR-	\$ 225,00

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