



Propiedad Intelectual Nº 187332

# BOLETÍN OFICIAL

Provincia de La Pampa  
REPÚBLICA ARGENTINA

Gobernador:.....C.P.N. Oscar Mario **JORGE**  
Vice-Gobernador:.....C.P.N. Luis Alberto **CAMPO**  
Ministro de Gobierno, Justicia y Seguridad: ..... Dr. César Ignacio **RODRIGUEZ**  
Ministro de Bienestar Social: ..... Lic. Gustavo R. **FERNANDEZ MENDIA**  
Ministro de Salud:..... Dr. Luis Alberto **ORDOÑEZ**  
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 LVII - Nº 2897 Dirección: Sarmiento 335 SANTA ROSA, 18 de Junio de 2010.-  
Telefax: 02954- 436323 [www.lapampa.gov.ar](http://www.lapampa.gov.ar) [boletinoficial@lapampa.gov.ar](mailto:boletinoficial@lapampa.gov.ar)

## SUMARIO

### SEPARATA

## BOLETÍN OFICIAL Nº 2897

### INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DISPOSICIONES Nº 7 y 9

**DISPOSICIÓN N° 7**  
**Expediente n° 7634-0/83 Cpo. 10**

9 de Junio de 2010

**VISTO:**

La Resolución General n° 504/10 del Directorio del ISS; por la que se aumentan a partir del 1° de Mayo de 2010 los valores de las prestaciones reconocidas y que se brindan en el ámbito de la provincia de La Pampa; y

**CONSIDERANDO:**

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

Que el área de Prestaciones ha emitido los informes correspondientes;

**POR ELLO:**

**EL GERENTE GENERAL DEL SERVICIO MEDICO PREVISIONAL**  
**DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA**

**DISPONE:**

**ARTÍCULO 1º.-** Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 504/10 del Directorio del ISS, en el Título I –Prestaciones dentro de la Provincia- Sección I – Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares del Nomenclador SEMPRES, los Capítulos: VIII -Prácticas Moduladas –; XI -Prestaciones que requieren Autorización Previa y sus Coseguros-; y XII –Coseguros de Prestaciones que Pueden Realizarse en Consultorio Externo, de acuerdo a los Anexos I, II y III que forman parte de la presente.-

**ARTÍCULO 2º.-** Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 504/10 del Directorio del ISS en el Título I –Prestaciones dentro de la Provincia- Sección II – Prestaciones Odontológicas del Nomenclador SEMPRES, el Capítulo XVI -Prácticas que requieren Autorización Previa, de acuerdo al Anexo IV que forma parte de la presente.-

**ARTÍCULO 3º.-** Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 504/10 del Directorio del ISS en el Título I –Prestaciones dentro de la Provincia- Sección III –Prestaciones Bioquímicas del Nomenclador SEMPRES, el Capítulo III -Prácticas que requieren Autorización Previa, de acuerdo al Anexo V que forma parte de la presente.-

**ARTÍCULO 4º.-** Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 504/10 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.-

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

**ARTÍCULO 6º.-** La vigencia de los valores establecidos para coseguros a abonar en la Obra Social regirá a partir del 14 de Junio de 2010.-

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

**ANEXO I**

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

IMPORTES								
Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguro a Pagar			Ind	Val	Cat
			En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
7001	POTENCIALES EVOCADOS.							
NORMA	A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRÁN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGÍA U OTORRINOLARINGOLOGÍA, ESTOS ÚLTIMOS CON ENTRENAMIENTO APROPIADO EN EL MÉTODO DEBIDAMENTE ACREDITADO. B)-NORMAS 1-DEBERÁN SER SOLICITADOS POR ESPECIALISTAS EN: OTORRINOLARINGOLOGÍA, OFTALMOLOGÍA Y NEUROLOGÍA. 2-A LA FACTURACIÓN 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
7101	CARDIOLOGÍA							
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-ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS. B) NORMAS: EN EL INFORME DE LA PRACTICA DEBERÁ CONSTAR: 1-TIPIFICACIÓN DE CUADRO CLÍNICO Y MOTIVO DE LA SOLICITUD. 2-DESCRIPCIÓN DE MEDICIONES SOBRE: -VELOCIDAD DE FLUJO- -CÁMARAS CARDIACAS- -VALVULAS-  -DETERMINACIÓN VALORACIÓN DE LAS PRESIONES. -DETERMINACIÓN VALORACIÓN 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-ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS. B) NORMAS: EN EL INFORME DE LA PRACTICA DEBERÁ CONSTAR: 1-TIPIFICACIÓN DE CUADRO CLÍNICO Y MOTIVO DE LA SOLICITUD. 2-DESCRIPCIÓN DE MEDICIONES SOBRE: -VELOCIDAD DE FLUJO- -CÁMARAS CARDIACAS- -VALVULAS- -DETERMINACIÓN VALORACIÓN DE LAS PRESIONES. -DETERMINACIÓN VALORACIÓN DE SOPLOS Y CORTOCIRCUITOS. -DIAGNOSTICO Y/O COMENTARIO							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

IMPORTES								
Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguro a Pagar			Ind	Val	Cat
			En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
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							
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- ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS. B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGÍA UTILIZADA 2- PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA PARA VALORACIÓN DE LA VIABILIDAD MIOCARDICA AQUEL MIOCARDIO POSIBLE DE SER RECUPERADO POR PROCEDIMIENTOS ANGIOPLÁSTICOS O QUIRÚRGICOS POR BY PASS) 3- DE REQUERIR PERFUSIÓN MIOCARDICA LA PRACTICA ECO STRESS QUEDA INCLUIDA 4- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO (FARMACOLOGICO Y/O DE ESFUERZO)							
710106	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO #+C*.....	615,00		123,00	492,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS 3- PODRÁN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGÍA UTILIZADA 2- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO							
7201	DENSITOMETRIA OSEA							
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-							
720101	DENSITOMETRIA OSEA - UN AREA #+C*.....	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 ENDOSCOPICA. #+C*!.....	2.366,00		687,00	1.679,00			A B C

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

IMPORTES								
Código	Descripción	Valor Modulo	Coseguro a Pagar			Ind	Val	Cat
			En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, COMO ASIMISMO EL CÓDIGO 20.01.23 CON TODOS SUS COMPONENTES. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACIÓN 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 QUIRÚRGICO, DEBERÁ FACTURARSE ÚNICAMENTE CIRUGÍA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-							
730102	ESOFAGOGASTRODUODENOVideoscopia. #*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 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO.-							
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 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO							
730104	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA POR VIDEO.- #*C*.....	157,00		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 COLONICA 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*!.....	4.361,00		916,00	3445,00			A B C
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACIÓN 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, DEBERÁFACTURARSE ÚNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
730107	PH METRIA 24 HS COMPUTARIZADA #+c. .	234,00		71,00	234,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1- DEBEN SER REALIZADAS POR ESPECIALISTA. 2- REGISTRO EN OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 3- ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN. B) NORMAS 1- AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA PRÁCTICA CON HISTORIA CLÍNICA COMPLETA. 2- INFORME COMPLETO. 3- EL MÓDULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. C) VALORES APLICABLES A PRACTICAS 73.01.07 A 73.01.10 1- CUANDO SE FACTURE LA 1° PRÁCTICA ANUAL AUTORIZADA, EL VALOR DE LA PRESTACIÓN SERÁ EL ASIGNADO EN COLUMNA VALOR MODULO. 2- CUANDO SE FACTURE LA 2° PRACTICA ANUAL AUTORIZADA, EL VALOR DE LA PRESTACIÓN CORRESPONDERÁ AL 50% DE LOS MONTOS ASIGNADOS EN COLUMNA VALOR MODULO. 3- CUANDO SE SUPERE LA CANTIDAD DE DOS ANUALES, EL VALOR DE LA PRESTACIÓN CORRESPONDERÁ AL 30% DE LOS MONTOS ASIGNADOS EN COLUMNA VALOR MODULO. D) COSEGUROS 1- SERÁ ABONADO EN SEMPRE EL COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO Y CORRESPONDERÁ AL 30% DE LOS MONTOS ASIGNADOS EN COLUMNA VALOR MODULO.							
730108	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTARIZADA #+C.....							
NORMA	VER NORMAS CÓDIGO 730107							
730109	MANOMETRIA AÑO RECTAL COMPUTARIZADA #+C.....	302,00		91,00	302,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CÓDIGO 730107							
730110	BIOFEEDBACK (POR SESIÓN) +C.....	58,00		17,00	58,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CÓDIGO 730107							
7401	7401 GINECOLOGÍA							
740101	ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL. #+C*.....	146,00		50,00	96,00			A B C
NORMA	A:REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO 2- ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN 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*!.....	1.724,00		258,00	1.466,00			A B C
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACIÓN 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 QUIRÚRGICO QUE PUEDA RESOLVERSE POR VIDEO, SE FACTURARA ÚNICAMENTE EL CÓDIGO DE VIDEOCIRUGÍA QUE CORRESPONDA. EN CASO DE RESOLVERSE POR CIRUGÍA CONVENCIONAL, SE FACTURARA ESTA INDEPENDIENTEMENTE.							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTES				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
740103	CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO.	194,00		58,00	136,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1) REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1) INFORME COMPLETO.-							
740104	VIDEOCIRUGIA SOBRE ANEXOS UTERINOS Y/O LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS Y/O MIOMECTOMIA - INCLUYE 740102 #+C*1.....	3.790,00		871,00	2.919,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA O EN CIRUGÍA. B) NORMAS: EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACIÓN DE LAS COMPLICACIONES, EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA. SERA DE APLICACIÓN ALTERNATIVA A LOS CÓDIGOS DEL NOMENCLADOR NACIONAL 11.01.01, 11.01.04 Y 11.02.04.-							
740105	VIDEOHISTERECTOMIA TOTAL CON O SIN ANEXECTOMIA INCLUYE 740102. C*1.....	4.361,00		917,00	3.444,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA O EN CIRUGÍA B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACIÓN 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 CÓDIGOS 34.06.01 x 2; 34.06.02 y CUANDO SE REQUIERA 18.01.06.-	210,00		210,00				A B C
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							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTES				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
7501	NEUROLOGIA							
750101	<b>MAPEO CEREBRAL.</b> #+C*.....	255,00		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: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTROS GRAFICOS.-							
750102	ELECTROENCEFALOGRAMA DE HOLTER #+C*.....	237,00		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
NORMA	A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2- PODRÁN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGÍA Y NEUMONOLOGÍA 3-ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN PARA SU INTERPRETACIÓN EXTENDIDO POR ENTIDAD RECONOCIDA 4-PRESENCIA DE TÉCNICO ESPECIALIZADO CON ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN PARA EL CONTROL DURANTE EL ESTUDIO 5- HABILITACIÓN DEL SERVICIO COMO LABORATORIO DEL SUEÑO B)-NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTROS GRÁFICOS 2-EL ARANCEL INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, SEÑALES QUE PERMITEN CARACTERIZAR EL SUEÑO: ELECTROENCEFALOGRAMA, LECTROMIOGRAMA Y ELECTROOCULOGRAMA, SEÑALES QUE PERMITEN MONITOREAR VARIABLES CARDIO-RRRESPIRATORIAS: 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), SÍNDROME DE LA RESISTENCIA DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES AUMENTADA (SRAVAS)CON DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA A IMPLEMENTAR Y RECURSO TÉCNICO.							
750201	MONITOREO DE PRESIÓN INTRACRANEANA. #+C*!.....	3.570,00		857,00	2.713,00			A B C
NORMA	NORMA: 1)-REQUISITOS: A REALIZAR POR PROFESIONALES ACREDITADOS EN LA ESPECIALIDAD: NEURÓLOGO, NEUROCIRUJANO Y/O TERAPISTA. 2)-AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA OBRA SOCIAL, LA AUDITORIA MEDICA LLEVARA A CABO AUDITORIA EN TERRENO. 3)-INCLUYE: TODOS LOS CONCEPTOS: COLOCACIÓN Y RETIRO DE CATÉTER, MONITO-							



**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	Coseguro a Pagar En Prestador			
	REO DIARIO CUALQUIERA SEA LA CANTIDAD DE DIAS, FIBRA ÓPTICA, MONITOR, ETC. EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ES COMPLEMENTARIA DE LA FACTURACIÓN POR TERAPIA INTENSIVA O INTERMEDIA SEGÚN CORRESPONDA. 4)-COSEGURO: A/C AFILIADO, ABONA DIRECTAMENTE AL PRESTADOR CON APLICACIÓN DE ESCALA. (VER CÓDIGO 59.01.).						
7601	OFTALMOLOGÍA						
760101	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CATARATA + LIO POR TODO CONCEPTO. #+C*.....	2.344,00		469,00	1.875,00		A B C
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE: HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, PROVISIÓN DE LENTE INTRAOCULAR Y LA REALIZACIÓN DE YAG LASER HASTA SEIS (6) MESES POSTERIORES AL IMPLANTE						
760102	FACOFRAGMENTACIÓN ULTRASONICA DE CATARATA + LIO POR TODO CONCEPTO. #+C*.....	2.901,00		813,00	2.088,00		A B C
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, PROVISIÓN DE LENTE INTRAOCULAR Y LA REALIZACIÓN DE YAG LASER HASTA SEIS (6) MESES POSTERIORES AL MPLANTE.						
760103	YAG LASER - FOTOCOAGULACIÓN –POR CADA OJO.	910,00		73,00	838,00		A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-						
760104	RETINOFLUORESCINOGRAFIA POR ANGIOGRAFIA DIGITAL (POR CADA OJO).	128,00		21,00	107,00		A B C
NORMA	A)-NORMAS 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. 2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA PRACTICA CONVENCIONAL. 3-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 4-INFORME COMPLETO. B)-EXCLUYE 1-MATERIAL DE CONTRASTE 2- MEDICAMENTO						
760105	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						

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPÍTULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	Valor Modulo	IMPORTE			Ind	Val	Cat
			En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
	QUE LA COMPONEN: NARIZ - FARINGE Y LARINGE.- 2-INCLUYE EVENTUAL TOMA DE BIOPSIA Y/O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO.-							
7801	CARDIOLOGÍA							
780101	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO COLOR #+C*.....	253,00		113,00	140,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTRO GRAFICO.-							
780102	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO BLANCO Y NEGRO #+C*.....	205,00		73,00	132,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTRO GRAFICO.-							
780103	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO-COLOR. #+C*.....	327,00		184,00	143,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTRO GRAFICO.-							
780104	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO BLANCO Y NEGRO. #+C*.....	221,00		100,00	121,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTRO GRAFICO.-							
79	UROLOGIA/NEFROLOGIA							
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.-							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	Coseguro a Pagar En Prestador Pago al Prestador			
	B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTRO GRAFICO.-						
790104	LITOTRICIA EXTRACORPOREA PARA CALCULOS RENALES Y URETERALES #C*.....	3.917,00		891,00	3.026,00		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-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO (ANESTESIA, HONORARIOS, INTERNACION, LABORATORIO, MEDICAMENTOS, MATERIAL DESCARTABLE INCLUIDO EL CATETER DOBLE J, ETC.), Y LA CANTIDAD DE SESIONES NECESARIAS. 2-SI POR CAUSAS MEDICAS SE REQUIRO LA COLOCACION DE CATETER DOBLE J, PREVIO A LA LITOTRICIA, EL PRESTADOR FACTURARA AL SEMPRES EL VALOR DEL MODULO 790104 MENOS EL MONTO EQUIVALENTE A DICHO ELEMENTO. CUANDO EL PRESTADOR FACTURE EL MODULO SIN EFECTUAR EL DESCUENTO DEL ELEMENTO UTILIZADO, SE PROCEDERÁ A DEBITAR EL IMPORTE DEL MISMO SEGUN FACTURA PRESENTADA POR EL AFILIADO EN SOLICITUD DE REINTEGRO.- 3-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-						
790105	MODULO MULTIPUNCION PROSTATICA (INCLUYE PUNCION, ECOGRAFIA TRANSRECTAL, AGUJA PARA PUNCION AUTOMATICA) #C*.....	583,00		157,00	426,00		A B C
NORMA	A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN UROLOGIA / DIAGNOSTICO POR IMÁGENES INTERVENCIONISTA. B)-NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.- 2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA PRÁCTICA CONVENCIONAL.- 3-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR SEMPRES PARA PRACTICA MODULADA.-						
790106	MODULO MULTIBIOPSIA PROSTÁTICA #C*.....	176,00		31,00	145,00		A B C
NORMA	A)-NORMAS 1-INFORME COMPLETO.- 2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA PRÁCTICA CONVENCIONAL.- 3-HASTA 7 TOMAS REMITIDAS: SE RECONOCE CODIGO 790106 X 1.- 4-DESDE 8 A 14 TOMAS INCLUSIVE: SE RECONOCE CODIGO 790106 X 2.- 5-MÁS DE 15 TOMAS REMITIDAS EN FRASCOS SEPARADOS: SE RECONOCE CODIGO 790106 X 3.-						
790201	HEMODIALISIS CON RINÓN 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						

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPÍTULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
	EL DOMICILIO DEL AFILIADO HASTA EL CENTRO DONDE SE REALIZA LA PRACTICA Y VICEVERSA. PRACTICAS EXIGIDAS PARA HEMODIALISIS LEY N° 22853. EXCLUSIONES: TODA PRESTACION NO VINCULADA A LA DIALISIS.							
790202	COLOCACION DE CATETER Y ENTRENAMIENTO POR UNICA VEZ (DIAL. PERITONEAL).	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 AMBULATORIA 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 -EXCLUSIONES: ESTUDIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD. ESTUDIOS DE HEMODINAMIA. ARANCELAMIENTO DE LAS EXCLUSIONES: TODA PRÁCTICA (HONORARIOS MÉDICOS Y GASTOS SANATORIALES) Y / O PRESTACIONES FUERA DE LAS MENCIONADAS COMO COMPRENDIDAS EN EL PRESENTE MÓDULO, SERÁN FACTURADAS EN FORMA SEPARADA A LOS VALORES DETERMINADOS POR SEMPRE, VIGENTES AL MOMENTO DE SU REALIZACIÓN LOS MEDICAMENTOS, MATERIALES DESCARTABLES, PRÓTESIS, ORTESIS, SUSTANCIAS DE CONTRASTE, ETC., PROVISTOS Y NO HABITUALMENTE UTILIZADOS EN EL PRE-TRANSPLANTE O CONSIDERADOS COMO EXCLUIDOS, SERÁN FACTURADOS A SEMPRE AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.							
790302	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL RECEPTOR DE RIÑON – ADULTO / PEDIATRICO #+.....	5.927,00			5.927,00			A B C
NORMA	-INCLUSIONES LABORATORIO RADIOLOGÍA INTERCONSULTAS HISTOCOMPATIBILIDAD COD. 210201 X 1 TIPIFICACIÓN HLA-ABC COD. 210206 X 1 TIPIFICACIÓN HLA-DR COD. 210203 X 1 CROSS MATCH CONTRA PANEL HONORARIOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS -CUALQUIER OTRA PRESTACIÓN DE HISTOCOMPATIBILIDAD NO DETALLADA SE FACTURARÁ POR PRESTACIÓN.  ARANCELAMIENTO DE LAS EXCLUSIONES: TODA PRÁCTICA (HONORARIOS MÉDICOS Y GASTOS SANATORIALES) Y/O PRESTACIONES FUERA DE LAS MENCIONADAS COMO COMPRENDIDAS EN EL PRESENTE MÓDULO, SERÁN FACTURADAS EN FORMA SEPARADA A LOS VALORES DETERMINADOS POR SEMPRE, VIGENTES AL MOMENTO DE SU REALIZACIÓN. LOS MEDICAMENTOS, MATERIALES DESCARTABLES, PRÓTESIS, ORTESIS, SUSTANCIAS DE CONTRASTE, ETC., PROVISTOS Y NO HABITUALMENTE UTILIZADOS EN EL PRE-TRANSPLANTE O CONSIDERADOS COMO EXCLUIDOS, SERÁN FACTURADOS A SEMPRE AL							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador			
	AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.						
790303	MODULO AMBULATORIO POST TRANSPLANTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO - 1º SEMESTRE, POR MES #+.....	1.456,00				1.456,00	A B C
NORMA	<p>INCLUYE:</p> <p>CONSULTA MÉDICA</p> <p>RADIOLOGÍA DE TÓRAX</p> <p>ECOGRAFÍA RENAL</p> <p>LABORATORIO</p> <p>UREMIA</p> <p>HEMOGRAMA</p> <p>IONOGRAMA EN SANGRE</p> <p>PROTEINURIA 24 HS</p> <p>CREATININA EN ORINA</p> <p>UREA EN ORINA</p> <p>URICEMIA</p> <p>FOSFATEMIA</p> <p>NUCLEOTIDASA</p> <p>ANTI HBE ATG</p> <p>GAMMAGLUTAMILTRANSPETIDASA</p> <p>EPSTEIN BARR IGG</p> <p>ANTI VHC</p> <p>ANTI HBE</p> <p>CALCIURIA</p> <p>URICOSURIA</p> <p>CITRATURIA</p> <p>PRUEBA SOBRE CARGA</p> <p>ORAL DE CALCIO</p> <p>RELACIÓN CALCIO/CREATININA BASAL</p> <p>FOSFATO REABSORCIÓN TUBULA</p> <p>DOS PERÍODOS POS SOBRECARGA ORAL DE CALCIO</p> <p>UROCULTIVO, BACTERIOLOGÍA DIRECTA, RTO. COLONIAS Y ÁTB</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, SERÁ FACTURADA EN FORMA SEPARADA A LOS VALORES DETERMINADOS POR SEMPRE, VIGENTES AL MOMENTO DE SU REALIZACIÓN. LOS MEDICAMENTOS, MATERIALES DESCARTABLES, PRÓTESIS, ORTESIS, SUSTANCIAS DE CONTRASTE, ETC., PROVISTOS Y/O UTILIZADOS, SERÁN FACTURADOS A SEMPRE AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.</p>						
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 #+.....	39.463,00				39.463,00	A B C
NORMA	<p>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.</p> <p>2- EL MÓDULO ES DE APLICACIÓN AL TRANSPLANTE RENAL EN PACIENTES ADULTOS CON DONANTE CADAVERICO Y/O VIVO RELACIONADO.</p> <p>3- LA DURACIÓN DEL MÓDULO COMPRENDE UN TOTAL DE 18 (DIECIOCHO) DÍAS DE INTERNACIÓN GENERAL EN HABITACIÓN COMPARTIDA (CODIGO 43.01.01) Y 2 (DOS) DÍAS EN TERAPIA INTENSIVA. A PARTIR DEL DIA 21 (VEINTIUNO), SE FACTURARÁ DE ACUERDO A LOS VALORES VIGENTES.</p> <p>4- EXCLUYE EXTRAS DEL PACIENTE.</p> <p>REQUISITOS</p>						

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
	<p>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)</p> <p>2-SERAN REALIZADAS POR EQUIPO PROFESIONAL HABILITADO POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS JURIDICIONALES.</p> <p>3-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO</p> <p>INCLUSIONES</p> <p>1- QUIRÓFANO: GASTOS Y DERECHOS QUIRÚRGICOS, CONSUMO DE OXIGENO, MONITOREO, INSTRUMENTACIÓN Y USO DE EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL ESPECIALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DEL TRANSPLANTE Y LA ABLACIÓN EN DADOR VIVO RELACIONADO O CADAVERICO, SI SE EFECTUA EN LA ENTIDAD PRESTADORA.</p> <p>2- HONORARIOS PROFESIONALES DE CIRUJANOS, AYUDANTES, MONITORISTAS, ANESTESIOLOGOS, TÉCNICOS, CLÍNICOS, ESPECIALISTAS, INTERCONSULTORES, Y CONTROL CLÍNICO (CONSULTAS), POR 60 DÍAS A CONTAR DEL ALTA PACIENTE.</p> <p>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.</p> <p>4- HEMOTERAPIA: LOS GASTOS Y HONORARIOS MÉDICOS DE LAS PRÁCTICAS, LOS MATERIALES DESCARTABLES Y LOS ESTUDIOS DE SEROLOGÍA DE PRACTICAS NO NOMENCLADAS PARA TRANSFUSIONES.</p> <p>5- DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES: TODAS LAS PRÁCTICAS NOMENCLADAS NECESARIAS DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA, MATERIALES DESCARTABLES Y MEDIOS DE CONTRASTE, ECOGRAFIAS, ESTUDIO DINÁMICO RENAL.</p> <p>6. OTRAS PRESTACIONES: ELECTROCARDIOGRAMAS Y KINESIOTERAPIA DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA DEL MÓDULO.</p> <p>7- MEDICAMENTOS: MEDICACIÓN Y DOSAJE DE CICLOSPORINA Y PROVISIÓN DE DROGA EMPLEADA EN CIRUGÍA Y DURANTE EL PERÍODO DE INTERNACIÓN COMPRENDIDO EN EL MÓDULO.</p> <p>8- MATERIAL DESCARTABLE: LOS EMPLEADOS EN CIRUGÍA Y PISO DE INTERNACIÓN, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO EN EL MÓDULO.</p> <p>9- ABLACIÓN: INCLUYE LA ABLACIÓN DE ÓRGANO TANTO EN DADOR COMO EN RECEPTOR SI SE REALIZA EN LA ENTIDAD PRESTADORA.</p> <p>-EXCLUSIONES</p> <p>1- HONORARIOS: ODONTOLÓGICOS Y PSIQUIATRICOS</p> <p>2- LABORATORIO: ESTUDIOS INMUNOLÓGICOS</p> <p>3- HEMOTERAPIA: KITS ESPECIALES (AFÉRESIS), LA SANGRE Y SUS DERIVADOS, QUE DEBERÁN SER PROVISTOS POR EL PACIENTE Y/O LA ENTIDAD PRESTADORA.</p> <p>4- MEDICAMENTOS ESPECIALES COMO: CICLOSPORINA LINFOGLOBULINA, ANTILINFOCITARIA, ANTICUERPOS MONOCLONALES, CITOSTATICOS, QUIMIOTERAPICOS, GAMMAGLOBULINA HUMANA ENDOVENOSA, EXPANSORES PLASMATICOS (ALBUMINA, ETC), INTERFERONES INYECTABLES, FACTORES ANTIHEMOFILICOS, COMPLEJOS PROTROMBINICOS HUMANOS, FACTORES DE COAGULACION HEMOSTATICOS (TIPO PROTOMPLEX O SIMILARES), ACICLOVIR, GANCICLOVIR, IMPENEM, PIPERACILINA, AMINOACIDOS, LIPIDOS, CEFALOSPORINAS DE 3° GENERACION, VANCOMI-</p>							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
	<p>CINA, MEDICAMENTOS NO PRODUCIDOS EN EL PAIS.</p> <p>5- MATERIAL DESCARTABLE: PRÓTESIS, INJERTOS, PARCHES, MARCAPASOS DEFINITIVOS Y CUALQUIER OTRO ELEMENTO IMPLANTABLE.</p> <p>6- ABLACIÓN: HEMODIÁLISIS, TODA INTERNACIÓN, PRÁCTICA O ESTUDIO DEL DONANTE O DEL ÓRGANO, EXCEPTO LA ABLACIÓN, TRASLADO DEL RECEPTOR, DEL DONANTE O DEL ÓRGANO, CUALQUIER TIPO DE PRÁCTICA NO ENUNCIADA PRECEDENTEMENTE COMO INCLUIDA Y/O NO NOMENCLADA, ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS, ANATOMÍA PATOLÓGICA (ESTUDIO CITOPATOLÓGICO DE LA BIOPSIA RENAL PERCUTANEA), RESONANCIA MAGNÉTICA, ESTUDIOS HEMODINÁMICOS, TODA CIRUGÍA FUERA DE LAS ENUNCIADAS EN EL MÓDULO.</p> <p>7- SITUACIONES NO PREVISTAS:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>TODA OTRA PRESTACIÓN Y/O CIRUGÍA NO RELACIONADA CON EL IMPLANTE SE FACTURARA POR SEPARADO A VALORES PACTADOS, VIGENTES A LA FECHA DE CADA PRESTACIÓN PRESTACIONES NO NOMENCLADAS A VALORES CONVENIDOS. MEDICAMENTOS Y MATERIALES DESCARTABLES SE FACTURARÁN A VALORES DE VENTA AL PÚBLICO.</p> <p>d) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE NECESARIAMENTE DEBAN PERMANECER INTERNADOS CON POSTERIORIDAD A LOS DÍAS PREVISTOS EN MÓDULO DE TRANSPLANTE (20 DÍAS), Y QUE REQUIERAN PRESTACIONES Y ASISTENCIA MÉDICA EXCLUIDAS EN LA COBERTURA DEL TRANSPLANTE PRIMARIO POR LA FINALIZACIÓN DEL PLAZO INDICADO, ESTAS SE FACTURARÁN EN BASE A LAS MODALIDADES Y ARANCELES INDICADOS EN EL INC. C), ÚLTIMO PÁRRAFO.</p> <p>e) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE HALLÁNDOSE EN OPERATIVO DE TRANSPLANTE, EL MISMO DEBIERA INTERRUMPIRSE POR INDICACIÓN INTRAOPERATORIA EN EL RECEPTOR Y EL DONANTE HUBIERA SIDO ABLACIONADO, SE FACTURARÁ EL 40% DEL MÓDULO, AUN SI EL TRANSPLANTE NO SE HUBIERA LLEVADO A CABO.</p> <p>f) LA ENTIDAD PRESTADORA PUEDE RESERVARSE EL DERECHO DE NO BRINDAR PRESTACIONES A AFILIADOS CUANDO SEAN REACTIVOS HIV POSITIVOS Y/O PORTADORES O PADEZCAN ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS O EL TRANSPLANTE, ESTE CONTRAINDICADO MEDICA O LEGALMENTE</p> <p>g) EL VALOR MÓDULO EXCLUYE GASTOS DE TRANSPORTE AÉREO Y TERRESTRE POR OPERATIVOS DE ABLACIÓN REALIZADOS FUERA DEL ÁREA DE LA PROVINCIA.</p> <p>h) EL SEMPRE SE HACE CARGO DE LOS GASTOS DE TRASLADOS DE OPERATIVOS FRUSTROS DEBIDAMENTE JUSTIFICADOS.</p>							
790307	OPERATIVO DE ABLACIÓN Y/ O PROCURACIÓN DEL ÓRGANO							
NORMA	SERA ABONADO CON AJUSTE A NORMAS DEL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINA-							

**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES  
CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	Valor Modulo	IMPORTE			Ind	Val	Cat
			En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
	DOR 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)							
7904	BIOPSIA RENAL PERCUTANEA							
NORMA	NORMA A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO 2-PODRA SER EFECTUADA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA. MAS LA INTERVENCION DE ESPECIALISTA EN IMAGENES, MEDICO PATOLOGO Y PERSONAL DE ENFERMERIA ACREDITADO 3-INDICACIONES: SINDROME NEFROTICO IDIOPATICO, ALTERACIONES URINARIAS ASINTOMATICAS, HEMATURIA, MICROHEMATURIA O AMBAS. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA DE ORIGEN NO FILIADO INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, SINDROME NEFRITICO, HEMATURIA MACROSCOPICA RECIDIVANTE. 4-CONTRAINDICACIONES: ALTERACIONES DE LA COAGULACION, HIPERTENSION INCONTROLADA, INFECCION URINARIA DEL ESPACIO PERIRENAL O DE LA ZONA DE PUNCION, ANEMIA GRAVE, DESHIDRATACION, RIÑON UNICO, TAMAÑO RENAL REDUCIDO (INFERIOR A 10 CM.), QUISTES RENALES CORTICALES, ENFERMEDAD RENAL, POLIQUISTOSIS, HIDRONEFROSIS, TUMOR RENAL, PACIENTE NO COLABORADOR, OBESIDAD (IMC > 30), ASCITIS IMPORTANTE, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, VENTILACION MECANICA, ALERGIA A ANESTESICOS LOCALES.							
790401	BIOPSIA RENAL PERCUTANEA I #C*.....	2.140,00		553,00	1.587,00			A B C
NORMA	INCLUSIONES: GASTOS Y HONORARIOS DE QUIROFANO; CONTROL ECOGRAFICO DURANTE LA PRACTICA; UTILIZACION DE PISTOLA AUTOMATICA PRO-MAG I 2.2; AGUJA 14 GA x 20 cm; NUMERO DE DISPAROS NECESARIOS; PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS OBTENIDAS PARA MICROSCOPIA OPTICA E INMUNOFLUORESCENCIA; ANATOMIA PATOLOGICA ESPECIALIZADA; GASTOS Y HONORARIOS DE MEDIO DIA DE INTERNACION Y ECOGRAFIA CONTROL DE RIÑON BIOPSIADO; DOS CONSULTAS DE CONTROL AMBULATORIO HASTA LOS 7 DIAS DE REALIZADA LA PRACTICA. EXCLUSIONES: MICROSCOPIA ELECTRONICA.							
790402	BIOPSIA RENAL PERCUTANEA II #C*.....	2.461,00		617,00	1.844,00			A B C
NORMA	NORMA: ESTA PRÁCTICA SE REALIZARA EN DETERMINADAS GLOMERULOPATIAS PRIMARIAS QUE LO REQUIERAN: -ENF. DE MEMBRANAS BASALES DELGADAS. -SINDROME DE ALPORT. -GLOMERULOPATIA POR CAMBIOS MINIMOS. -GLOMERULOPATIA FIBRILAR. -GLOMERULOPATIA INMUNOTACTOIDE. INCLUSIONES: MODULO DE BIOPSIA RENAL; PROCESAMIENTO DE MUESTRAS PARA MICROSCOPIA ELECTRONICA, MICROSCOPIA ELECTRONICA REALIZADA POR PATOLOGO ESPECIALIZADO.							
8001	CIRUGIA ARTROSCOPICA							
NORMA	BJNORMAS: 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 GENUVARUM O GENU-VALVUM Y DEBA EFECTUARSE UNA							



**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	Valor Modulo	En O. Social	IMPORTE			Ind	Val	Cat
				Coseguro a Pagar					
				En Prestador	Pago al Prestador				
	OSTEOTOMIA MAS UNA LIMPIEZA ARTICULAR SE RECONOCERAN LOS COSTOS DE INTERNACION Y LA CIRUGIA NOMENCLADA A LOS VALORES VIGENTES, QUEDANDO A CARGO DEL AFILIADO UNA TAZA ARTROSCOPICA EQUIVALENTE AL COSEGURO A C/ AFILIADO DETERMINADO PARA EL MÓDULO AUTORIZADO. 3-PRACTICA MODULADA PARA ARTROSCOPIA DE RODILLA. 4-EL PROFESIONAL HABILITADO PARA EFECTUAR LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DEBERA: a) SER MIEMBRO ADHERENTE DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE ARTROSCOPIA. b) PRESENTAR ACREDITACION DE SU ESPECIALIDAD, CERTIFICACION Y RE-CERTIFICACION EXPEDIDA POR LA ASOCIACION ARGENTINA DE ARTROSCOPIA.								
800101	CIRUGIA ARTROSCOPICA SIMPLE -MODULO POR TODO CONCEPTO- #+C*1.....	3.790,00		835,00	2.955,00			A B C	
800102	CIRUGIA ARTROSCOPICA COMPLEJA -MODULO POR TODO CONCEPTO- #+C*1.....	5.596,00		839,00	4.757,00			A B C	
8002	QUIMIOTERAPIA								
800201	QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA (por sesión) #+.....	230,00			230,00			A B C	
NORMA	NORMAS: A)-REQUISITOS: 1-DISPONER DE LA INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 2-SERA REALIZADA POR ESPECIALISTAS: ONCOLOGOS, HEMATOLOGOS. B)-NORMAS: 1-LA FACTURACION DEBERA SER A TRAVES DE INSTITUCIONES SANATORIALES Y/O PROFESIONALES ESPECIALISTAS. 2-PRESCRIPCION EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2. 3-PROTOCOLO DE SOLICITUD DONDE CONSTE: TIPO DE TUMOR, PESO Y TALLA. 4-TRATAMIENTOS INSTITUIDOS HASTA LA FECHA DE SOLICITUD. 5-PLAN TERAPEUTICO DONDE CONSTE: DROGAS A ADMINISTRAR Y VIA DE ADMINISTRACION. 6-NUMERO DE CICLOS TOTALES PROGRAMADOS; CANTIDAD TOTAL DE MODULOS POR CICLO, ENTENDIENDOSE POR MODULOS: DIA DE ADMINISTRACION DE DROGAS (1 O MAS); NUMERO TOTAL DE MODULOS; TRATAMIENTO COMPLETO: NUMERO TOTAL DE CICLOS.- 7-LAS DROGAS A PRESCRIBIR SERAN DE ACUERDO AL FORMULARIO TERAPEUTICO DE SEMPRE, SEGUN STANDARES RECONOCIDOS. 8-INCLUYE: LAS CONSULTAS MEDICAS EN FECHA DE LA PRACTICA (SESION). HONORARIOS MEDICOS. INTERNACION EXCLUSIVA PARA TRATAMIENTO. MATERIAL DESCARTABLE. MEDICAMENTOS: TODOS LOS NECESARIOS EXCEPTO LAS DROGAS Y LOS COADYUVANTES. 9-EXCLUYE: SOLO LAS PRESTACIONES NO RELACIONADAS CON LA QUIMIOTERAPIA. DROGAS, DROGAS ANTIHEMATICAS DE ULTIMA GENERACION, CITOSTATICOS, COADYUVANTES Y PORT A CATH.								
800202	QUIMIOTERAPIA ENDOVESICAL (por sesión) #+.....	184,00			184,00			A B C	
NORMA	NORMAS: A)-REQUISITOS: 1-DISPONER DE LA INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 2-SERA REALIZADA POR ESPECIALISTAS ONCOLOGOS, UROLOGOS. B)-NORMAS: 1-LA FACTURACION DEBERA SER A TRAVES DE								

**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES  
CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	Valor Modulo	IMPORTE				Ind	Val	Cat
			En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador	Coseguro a Pagar			
	INSTITUCIONES SANATORIALES Y/O PROFESIONALES ESPECIALISTAS. 2-PRESCRIPCIÓN EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2. 3-PROTOCOLO DE SOLICITUD DONDE CONSTE: TIPO DE TUMOR, PESO Y TALLA. 4-TRATAMIENTOS INSTITUIDOS HASTA LA FECHA DE SOLICITUD. 5-PLAN TERAPEUTICO DONDE CONSTE: DROGAS A ADMINISTRAR Y VIA DE ADMINISTRACION. 6-NUMERO DE CICLOS TOTALES PROGRAMADOS; CANTIDAD TOTAL DE MODULOS POR CICLO, ENTENDIENDOSE POR MODULOS: DIA DE ADMINISTRACION DE DROGAS (1 O MAS); NUMERO TOTAL DE MODULOS; TRATAMIENTO COMPLETO: NUMERO TOTAL DE CICLOS.- 7-LAS DROGAS A PRESCRIBIR SERAN DE ACUERDO AL FORMULARIO TERAPEUTICO DE SEMPRES, SEGUN STANDARES RECONOCIDOS. 8-INCLUYE: LAS CONSULTAS MEDICAS EN FECHA DE LA PRACTICA (SESION). HONORARIOS MEDICOS. INTERNACION EXCLUSIVA PARA TRATAMIENTO. MATERIAL DESCARTABLE. MEDICAMENTOS: TODOS LOS NECESARIOS EXCEPTO LAS DROGAS Y LOS COADYUVANTES. 9-EXCLUYE: SOLO LAS PRESTACIONES NO RELACIONADAS CON LA QUIMIOTERAPIA. DROGAS, DROGAS ANTIHEMATICAS DE ULTIMA GENERACION, CITOSTATICOS, COADYUVANTES.								
800203	INFUSION DE DROGAS CORRELACIONADAS CON PATOLOGIAS ONCOLOGICAS (MONOTERAPIA) #+ .....	80,00			80,00			A B C	
NORMA	A) -REQUISITOS SERÁ REALIZADA POR ESPECIALISTA: ONCOLOGOS, HEMATOLOGOS. B) NORMAS: 1- PRESCRIPCIÓN EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2 2- LAS DROGAS SE PRESCRIBIRÁN DE ACUERDO AL ANEXO J DEL FORMULARIO TERAPEUTICO DE SEMPRES. 3- INCLUYE: MATERIAL DESCARTABLE 4- VALOR 35% CODIGO 80.02.01								
800301	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-PRESCRIPCIÓN EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N°2.- 2-INCLUYE: - CONSULTAS MEDICAS NECESARIAS.- - APLICACIONES NECESARIAS.- - PLANIFICACION Y TRATAMIENTOS COMPUTADOS.- - SIMULACION, LOCALIZACIONES NECESARIAS.- - MATERIAL DESCARTABLE.- -CONFECCION DE BLOQUES PLOMADOS.- -DOSIMETRIA Y CONTROL DE DOSIS "IN-VIVO"-								
8004	BRAQUITERAPIA								
NORMA	PRESCRIPCIÓN E HISTORIA CLINICA. AUTORIZACION MEDICA DE LA OBRA SOCIAL. COBERTURA 100% EN PACIENTES ONCOLOGICOS. COBERTURA EN PACIENTES NO ONCOLOGICOS, POR REGIMEN COMUN. EL SEMPRES PODRA MODIFICAR EL VALOR DE LOS MODULOS EN CASO DE INCREMENTARSE LA CANTIDAD DE LAS PRACTICAS O POR OTRAS CONDICIONES QUE ASI LO ACONSEJEN. VIGENCIA 07-09-99.								

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	Valor Modulo	IMPORTE			Ind	Val	Cat
			En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
800401	BRAQUITERAPIA INTRAVAGINAL. #+.....	3.335,00			3.335,00			A B C
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
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
811013	TAC DE COLUMNA.	394,00		78,00	394,00			A B C

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	Valor Modulo	IMPORTE			Ind	Val	Cat
			En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
811014	O.C.T.- TOMOGRAFIA DE COHERENCIA ÓPTICA (UNI O BILATERAL) #+C&.....	300,00		60,00	300,00		1	A S 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 OFTALMOLÓGICA 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 - SUPRARRENAL CON CONTRASTE – #+C&.....	394,00		78,00	394,00			A B C
813010	TAC TORACICA CON CONTRASTE. #+C&.....	394,00		78,00	394,00			A B C
813011	TAC VÉJIGA Y PROSTATA CON CONTRASTE. - #+C&.....	394,00		78,00	394,00			A B C
813012	TAC OTROS ÓRGANOS 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% A/C OBRA SOCIAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.  CONTROL, SEGUIMIENTO, RECIDIVA U OTRA CAUSA SERA EVALUADA POR LA AUDITORIA MEDICA DEL SEMPRES. PRESCRIPCIÓN 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 OFTALMOLÓGICA (POR OJO) #+C.....	508,00		153,00	508,00			A B C
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 – ESPLÉNICA- PANCREÁTICA- RENAL-SUPRARRENAL #+C.....	508,00		153,00	508,00			A B C
821010	RMN TORÁCICA #+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-	508,00		153,00	508,00			A B C

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	Valor Modulo	En O. Social	IMPORTE		Ind	Val	Cat
				En Prestador	Pago al Prestador			
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
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 CLÍNICA COMPLETA JUSTIFICANDO ESTA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO DE CERTEZA.- 3-ES INDICACIÓN PRECISA PARA DIAGNOSTICO DE LA RUPTURA DEL MANGUITO ROTADOR.-							A B C
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
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 DINÁMICO) #+C.....	908,00		272,00	908,00			A B C
821028	RMN DE CEREBRO CON DIFUSIÓN Y PERCUSIÓN #+C.....	983,00		296,00	983,00			A B C
8230	CONTRASTE							A B C
823001	CONTRASTE PARA CUALQUIER RMN #+C.....	75,00		22,00	75,00			A B C
83	ESTUDIOS HEMODINÁMICAS							
8301	ESTUDIOS ANGIOGRÁFICOS POR CATETERISMO							
NORMA	CÓDIGOS 83.01.01 Y 83.01.05  A)REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2-SERÁN REALIZADAS POR PROFESIONAL HEMODINAMISTA. B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO. 2-DE CORRESPONDER INTERNACIÓN DEBERÁ SER COMUNICADO A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE. 3-EL ARANCEL NO VARIA POR SUMATORIA DE CODIGOS.							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE				In d	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
	4-INCLUYE: HONORARIOS DE LA TOTALIDAD DEL EQUIPO MEDICO Y PARAMÉDICO ACTUANTE EN LA PRESTACIÓN. GASTOS QUIRÚRGICOS, RADIOLÓGICOS Y OTROS INHERENTES A LA PRESTACIÓN. MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE.- COMPLICACIONES DE LA VÍA ABORDAJE. INTERNACIÓN EN SALA O UTI.							
830101	ANGIOGRAFIA DE CEREBRO POR CATETERISMO. #+l.....	1.387,00			1.387,00			A B C
830102	ANGIOGRAFIA DE VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO #+l.....	1.387,00			1.378,00			A B C
830103	ANGIOGRAFIA DE CEREBRO Y VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO #+l.....	1.387,00			1.387,00			A B C
830104	CINEANGIOCORONARIOGRAFIA. #+l.....	1.408,00			1.408,00			A B C
830105	MODULO DE ANGIOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL Y OTRAS RAMAS #+l.....	1.224,00			1.224,00			A B C
8302	TRATAMIENTOS ANGIOPLASTICOS							
NORMA	TRATAMIENTOS ANGIOPLASTICOS-CODIGOS 83.02. A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-SERÁN REALIZADOS POR PROFESIONAL HEMODINAMISTA. B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO. 2-LA INTERNACIÓN DEBERÁ SER COMUNICADA A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE. INCLUYE: HONORARIOS DE LA TOTALIDAD DEL EQUIPO MEDICO INCLUIDO ANESTESISTA Y PARAMEDICO ACTUANTE EN LA PRESTACIÓN. GASTOS QUIRURGICOS, DE ANESTESIA, MONITOREO INTRAOPERATORIO E INSTRUMENTADORA. LOS MATERIALES PROPIOS NECESARIOS DURANTE LA INTERNACIÓN. MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE. INTERNACIÓN: DESDE QUE SE INTERNA PARA EFECTUAR LA PRESTACIÓN HASTA SU ALTA. ACLARACIÓN EXCLUSIVA P/ ANGIOPLASTIAS ( A.C.T.P. ) DE RESCATE: ES UNA ESTRATEGIA DE REPERFUSIÓN MIOCARDICA PARA CONSEGUIR LA PERMEABILIDAD DE LA ARTERIA RESPONSABLE DEL I.A.M. EN LOS CASOS EN QUE LA FIBRINOLISIS HA SIDO FALLIDA. ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN ANGIOPLASTIAS DE RESCATE, POSTERIOR A UN I.A.M., CON FIBRINOLISIS FALLIDA, EL MODULO INCLUYE 48 HS. DE INTERNACIÓN. EN AQUELLOS CASOS QUE REQUIERAN CONTINUAR INTERNADOS, LOS DÍAS QUE EXCEDAN DICHO PLAZO SE FACTURARAN POR PRESTACIÓN, ADJUNTANDO LA JUSTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA.							
830203	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERIFÉRICA SIMPLE #+C*l.....	6.122,00		1.144,00	4.978,00			A B C
830204	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERIFERICA COMPLEJA. #+C*l.....	6.122,00		1.144,00	4.978,00			A B C
830211	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE INCLUYE STENTS NECESARIOS CUAL QUIERA SEA SU CANTIDAD. #+C*l.....	15.301,00		2.360,00	12.941,00			A B C
830212	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA COMPLEJA. INCLUYE STENTS NECESARIOS CUAL QUIERA SEA SU CANTIDAD. #+C*l.....	15.301,00		2.360,00	12.941,00			A B C
8303	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPÍTULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
	ABLACION POR RADIOFRECUENCIA TRANSCATETER							
NORMA	A).REQUISITOS: 1-HABILITACIÓN DEL SERVICIO DE HEMODINAMIA POR AUTORIDAD COMPETENTE. 2-LAS PRACTICAS SERÁN REALIZADAS POR ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGÍA CON ENTRENAMIENTO APROPIADO EN EL MÉTODO, DEBIDAMENTE ACREDITADO. B).NORMAS: 1-EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN PREVIA POR AUDITORIA MEDICA DE LA OBRA SOCIAL MEDIANTE FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRACTICAS ESPECIALES Y PRESCRIPCIÓN CORRESPONDIENTE COBERTURA: 70% A/C.DE LA OBRA SOCIAL.  2-30% A/C DEL AFILIADO-COSEGURO A ABONAR AL PRESTADOR- IMPORTE ACLARADO EN SELLO AUTORIZANTE.							
830301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO SIMPLE O COMPLEJO #+C*1.....	1.836,00		417,00	1.419,00			A B C
NORMA	NORMAS. INCLUYE: EL CATETERISMO, EL REGISTRO DEL ELECTROGRAMA DE HAZ DE HIS, LA SOBRE ESTIMULACIÓN CARDIACA DURANTE EL REGISTRO DE LOS ELECTROGRAMAS INTRACAVITARIOS, EL ECG CON DERIVACIÓN ESOFÁGICA Y LA PRUEBA DE AJMALINA, GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES DE LA PRACTICA. MEDICAMENTOS, MATERIALES DE CONTRASTE Y DESCARTABLES (INTRODUCTORES VENOSOS, CATETERES DE REGISTROS Y ESTIMULACIÓN) NECESARIOS PARA LA PRACTICA. HONORARIOS DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES. INTERNACIÓN EN PISO, SIEMPRE Y CUANDO LA MISMA RESULTE DE UNA COMPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE: COLOCACIÓN DE MARCAPASOS O PROVISION DE LOS MISMOS. CUALQUIER TIPO DE ESTUDIO HEMODINAMICO. CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. INTERNACIÓN QUE EXCEDA EL DIA QUE ESTA INCLUIDO EN EL MODULO. TODA PRESTACIÓN QUE NO ESTE EXPRESAMENTE INCLUIDA.							
830302	ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA.- #+C*1.....	7.346,00		1.671,00	5.675,00			A B C
NORMA	NORMAS: INCLUYE: ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CON INDUCCIÓN DE ARRITMIAS, EVALUACION DE SU MECANISMO Y LOCALIZACIÓN POR MAPEO ENDOCARDIACO, INDEPENDIENTEMENTE DE LA FECHA EN QUE HUBIERE SIDO REALIZADO. ABLACIÓN DEL NÓDULO AURÍCULO VENTRICULAR, FOCOS ARRITMOGENICOS Y VIAS ANOMALAS DE CONDUCCIÓN (WOLFF-PARKISON-WHITE). GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES. MATERIALES DESCARTABLES (INTRODUCTORES VENOSOS, CATETERES DE REGISTRO-ESTIMULACIÓN Y CATÉTER DE ABLACIÓN DETECTABLE POR RADIOFRECUENCIA). MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CONTRASTE NECESARIOS PARA LA PRACTICA. ESTUDIOS DE LABORATORIO, RADIOLÓGICOS Y ECOCARDIOGRAFICOS INHERENTES AL PROCEDIMIENTO. HONORARIOS DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES. INTERNACION (EN UTI O PISO EN HABITACIÓN COMPARTIDA).							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
	EXCLUYE: COLOCACIÓN DE MARCAPASOS O PROVISIÓN DE LOS MISMOS. CUALQUIER TIPO DE ESTUDIO HEMODINAMICO. INTERNACION QUE EXCEDA LOS DÍAS QUE ESTÁN INCLUIDOS EN EL MODULO. TODA PRESTACIÓN QUE NO ESTE EXPRESAMENTE INCLUIDA.							
830303	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO MAS ABLACIÓN DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA.- #+C*!.....	7.346,00		1.671,00	6.675,00			A B C
NORMA	NORMA. VER NORMAS 83.03.01. Y 83.03.02.							
84	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR							
840101	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR ADULTOS CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA #+!.....	26.526,00			26.526,00			A B C
NORMA	-CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CENTRAL ADULTA Y PEDIÁTRICA CÓDIGO 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-SERÁN REALIZADAS POR PROFESIONAL ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.- B) NORMAS: 1-INCLUYE: GASTO QUIRÚRGICO CON O SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA, GASTO DE MONITOREO E INSTRUMENTACIÓN. ASISTENCIA CIRCULATORIA CON BOMBA CENTRIFUGA.- PENSIÓN EN HABITACIÓN COMPARTIDA DE A DOS (2), CON BAÑO PRIVADO, DE HASTA DOS (2) DÍAS QUIRÚRGICO Y HASTA CATORCE (14) DÍAS EN TOTAL, INCLUYENDO LOS DÍAS DE INTERNACIÓN NECESARIOS EN ÁREAS DE ALTA COMPLEJIDAD (UNIDAD CORONARIA, CUIDADOS INTENSIVOS O DE RECUPERACIÓN DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR). A PARTIR DEL DECIMOQUINTO (15) DIA LAS PRESTACIONES QUE SE BRINDEN, DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS, SERÁN FACTURADAS SEGÚN NORMAS DE INTERNACIÓN Y CONVENIOS VIGENTES EN EL ÁMBITO PROVINCIAL. TODA REOPERACIÓN CONSECUENCIA DE LA INTERNACIÓN ORIGINAL A REALIZARSE DURANTE LOS CATORCE (14) DÍAS DE COBERTURA QUEDA INCLUIDA EN EL MODULO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. -HONORARIOS PROFESIONALES DEL EQUIPO QUIRÚRGICO TRATANTE: CIRUJANO, AYUDANTES, ANESTESISTA, ESPECIALISTAS, PERFUSIONISTAS, MONITORISTAS, ETC.- -TRANSFUSIONES: INCLUYE GASTOS SANATORIALES Y HONORARIOS, ASÍ COMO EL MATERIAL DESCARTABLE. (SE PODRÁN FACTURAR POR FUERA DE MODULO HASTA UN MÁXIMO DE CUATRO (4)). -MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE UTILIZADOS DURANTE EL TIEMPO DE COBERTURA (14) CATORCE DÍAS, EXCEPTUANDO LOS QUE SE DETALLAN COMO EXCLUIDOS.- -BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN Y HONORARIOS Y GASTOS POR SU COLOCACIÓN.- -TODA OTRA PRESTACIÓN RELACIONADA A LA PATOLOGÍA.- 2)-EXCLUYE: -MATERIAL PROTÉSICO.- -TRANSPLANTE.- -PACIENTES CON HEMOFILIA U OTRAS DISCRANCIAS SANGUÍNEAS.- -SI LA REOPERACION SE EFECTUARA UNA VEZ QUE EL PACIENTE FUERA DADO DE ALTA, DICHA REOPERACIÓN CONSTITUYE UN NUEVO MODULO.- -DIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA.- -ESTUDIOS Y PRACTICAS DE HEMODIÁLISIS.- -CITOSTATICOS. 3)-LA INTERNACIÓN Y ALTA DEBERÁN SER COMUNICA-							



**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
	COMUNICADAS A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE. 4)-SI EL PACIENTE FALLECIERA DENTRO DE LAS CUARENTA Y OCHO (48) HORAS DE EFECTUADA LA CIRUGIA SE FACTURARA EL 85% DEL MODULO, PASADO DICHO PLAZO SE FACTURARA EL 100% DEL MODULO.							
840102	CIRUGIA CARDIOVASCULAR ADULTOS SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA #+l.....	26.526,00			26.526,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 84.01.01..							
840201	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA BAJA COMPLEJIDAD (I). #+l.....	8.162,00			8.162,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 84.01.01.-							
840202	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA MEDIANA COMPLEJIDAD (II) #+l.....	13.262,00			13.262,00			A B C
NORMA	VER NORMAS COD.84.01.01..							
840203	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA-ALTA COMPLEJIDAD (III). #+l.....	17.343,00			17.343,00			A B C
NORMA	VER NORMAS COD.84.01.01..							
840301	BALON DE CONTRAPULSACION. #+l.....							A B C
NORMA	LA UTILIZACION DE BALON DE CONTRAPULSACION SE TRATARAN POR EXCEPCION, VALUANDOSE SI CORRESPONDE O NO.							
840302	PROVISION DE STENT. #+l.....							A B C
NORMA	LA UTILIZACIÓN DE STENT EN OTRAS PRESTACIONES SE TRATARAN POR EXCEPCIÓN, VALUANDOSE SI CORRESPONDE O NO.							
840303	PROVISIÓN DE VALVULA AORTICA #+l.....							A B C
NORMA	LAS VÁLVULAS BIOLÓGICAS O MECÁNICAS A UTILIZAR EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CENTRAL PEDIÁTRICA SERÁN AUTORIZADOS POR LA OBRA SOCIAL Y PODRÁN SER PROVISTAS POR LA INSTITUCION SANATORIAL O POR SISTEMA DE ANTICIPO AL AFILIADO. EN AMBOS CASOS EL IMPORTE QUE EL SEMPRE RECONOCERÁ DEL 100% Y SE DETERMINARA EN FUNCIÓN DE LA MENOR COTIZACIÓN DEL ELEMENTO TIPO STANDAR QUE SE OBTENGA.							
85.	PLANES MODULADOS							
850101	INTERNACIÓN DOMICILIARIA (POR DIA) #+l.....	162,00			162,00			A B C
	<u>GENERALIDADES</u> 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. <u>COBERTURA:</u> 1) SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS Y LAS RECONOCIDAS EN MÓDULO A LA INSTITUCIÓN HABILITADA 2) REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA LAS PRACTICAS, MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE NECESARIOS, ESTOS ÚLTIMOS PROVISTOS POR LA INSTITUCIÓN. 3) CUANDO NO SE ENCUENTRE EN EL MEDIO INSTITUCIÓN HABILITADA Y ADMITIDA POR LA OBRA SOCIAL, EL SEMPRE PROCEDERÁ AL REINTEGRO O ANTICIPO DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS PREVIAMENTE Y DEBIDAMENTE ACREDITADAS.							
NORMAS	LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA REQUIERE DE: HABILITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PARA LA PRESTA-							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPÍTULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
850102	<p>CIÓN DEL SERVICIO CON SU EQUIPO PROFESIONAL MULTIDISCIPLINARIO.</p> <p>b) ADMISIÓN POR PARTE DE SEMPRES DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO.</p> <p>c) LA INSTITUCIÓN HABILITADA MANTENDRÁ ACTUALIZADA LAS ALTAS Y/O BAJAS DE PROFESIONALES QUE SE PRODUZCAN, PONIENDO EN CONOCIMIENTO AL SEMPRES Y ADJUNTANDO LAS ACREDITACIONES CORRESPONDIENTES.</p> <p>d) INDICACIÓN MÉDICA DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA SEGÚN ESTABILIDAD DEL PACIENTE, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN LOS PUNTOS F), G) Y K).</p> <p>e) INDICACIÓN MÉDICA DE FINALIZACIÓN INTERNACIÓN DOMICILIARIA</p> <p>f) CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O FAMILIAR SOBRE LA MODALIDAD PRESTACIONAL INDICADA</p> <p>g) HABITABILIDAD ADECUADA DEL DOMICILIO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE.</p> <p>h) COORDINACIÓN DE PRESTACIONES GARANTIZADAS Y ADECUADAS A LA NECESIDAD DE CADA PACIENTE</p> <p>i) ESCALONAMIENTO DE LA COMPLEJIDAD DE ASISTENCIA QUE ARTICULE LA PRESTACIÓN DOMICILIARIA CON UNA EVENTUAL Y/O PERTINENTE INTERNACIÓN Y VICEVERSA.</p> <p>j) TIEMPO DE ATENCIÓN O ASISTENCIA MENOR A 2 HS. / DÍA DURANTE LOS SIETE (7) DÍAS DE LA SEMANA</p> <p>k) VÍA DE COMUNICACIÓN TELEFÓNICA QUE GARANTICE LA ACCESIBILIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE EL HOGAR Y LA INSTITUCIÓN PRESTADORA</p> <p>l) ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA/CUIDADOR</p> <p>m) CONTINENCIA EMOCIONAL Y SOCIAL DEL HOGAR QUE GARANTICE EL COMPROMISO DE LA ASISTENCIA REQUERIDA</p> <p>n) EVALUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA QUE PREVEA LA FINANCIACIÓN DE LOS GASTOS NO CUBIERTOS RELACIONADOS CON LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA, REALIZADO POR ASISTENTE SOCIAL DE LA OBRA SOCIAL.</p> <p>o) COMUNICACIÓN AL AFILIADO Y AL PRESTADOR DEL PLAN AUTORIZADO</p> <p>p) EL INCUMPLIMIENTOS DE LOS PUNTOS A) A M), PRODUCTO DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO, DETERMINARÁ LA CONTINUIDAD DE LA ADMISIÓN OTORGADA A LA INSTITUCIÓN HABILITADA.</p> <p><b>INCLUYE:</b></p> <p>A) MODULO:</p> <p>1) HASTA 1 (UNA) CONSULTA MEDICA POR DIA.</p> <p>2) HASTA 4 (CUATRO) VISITAS DE ENFERMERÍA, SEGÚN TRATAMIENTO, PARA APLICACIÓN DE INYECTABLES, CURACIONES, COLOCACIÓN Y CUIDADO DE SONIDAS.</p> <p>CONTROL DE SIGNOS VITALES, APOYO INTEGRAL EN MOVILIZACIÓN, HIGIENE Y ALIMENTACIÓN.</p> <p>B) OTRAS PRESTACIONES</p> <p>3) HASTA 2 (DOS) ASISTENCIAS KINÉSICAS POR DÍA</p> <p>4) PROVISIÓN DE IMPLEMENTOS SANITARIOS.</p> <p>5) FONOAUDIOLOGÍA (UNA SESIÓN DIARIA HASTA 3 VECES POR SEMANA)</p> <p>C) PRORROGAS</p> <p>6) SEGUIMIENTO ACTUALIZADO DEL PACIENTE CON HISTORIA CLÍNICA SEMANAL AVALATORIA DEL ESTADO ACTUAL Y AUTORIZANTE DE CONTINUACIÓN DE INTERNACIÓN.</p> <p><b>EXCLUYE:</b></p> <p>1) TODA PRESTACIÓN NO RELACIONADA CON LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA.</p> <p>2) INTERNACIÓN INSTITUCIONAL.</p>	12,00			12,00			A

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
	(POR DIA) #.....							B C
	<u>GENERALIDADES</u> COLOCACIÓN DE MEDICACIÓN VÍA ENDOVENOSA EN INSTITUCIÓN SANATORIAL. LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO SE ESTABLECE PARA LA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTOS INICIADOS EN INTERNACIÓN.							
NORMAS	A) COBERTURA: SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS. B) REQUISITOS: 1- AUTORIZACIÓN PREVIA DE LOS MEDICAMENTOS A APLICAR. 2- SUPERVISIÓN POR PARTE DE UNA INSTITUCIÓN SANATORIAL. 3- EN TRATAMIENTOS PROLONGADOS DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME QUINCENAL DE LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO. INCLUYE: -COLOCACIÓN DE LA MEDICACIÓN. -MATERIAL DESCARTABLE.							
850201	CUIDADOS PALIATIVOS (POR DIA) #l.....	162,00			162,00			A B C
	<u>GENERALIDADES</u> LA MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN CUIDADOS PALIATIVOS SE CENTRA EN LOS CRITERIOS CLÍNICOS DEL ESTADO TERMINAL DEL PACIENTE QUIÉN, VOLUNTARIAMENTE O SU FAMILIA EN CASO DE NO PODER EXPRESARLO, REQUIERA ASISTENCIA INSTITUCIONAL NO CURATIVAS SOLICITANDO RECIBIRLA EN DOMICILIO COBERTURA: 1) SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS Y LAS RECONOCIDAS EN MÓDULO A LA INSTITUCIÓN HABILITADA 2) REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA LAS PRACTICAS, MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE NECESARIOS, ESTOS ÚLTIMOS PROVISTOS POR LA INSTITUCIÓN PRESTADORA. 3) CUANDO NO SE ENCUENTRE EN EL MEDIO INSTITUCIÓN HABILITADA Y ADMITIDA POR LA OBRA SOCIAL, EL SEMPRE PROCEDERÁ AL REINTEGRO O ANTICIPO DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS PREVIAMENTE Y DEBIDAMENTE ACREDITADAS.							
NORMAS	LOS CUIDADOS PALIATIVOS REQUIEREN DE: a) HABILITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CON SU EQUIPO PROFESIONAL MULTIDISCIPLINARIO. b) ADMISIÓN POR PARTE DE SEMPRE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO. c) LA INSTITUCIÓN HABILITADA MANTENDRÁ ACTUALIZADA LAS ALTAS Y/O BAJAS DE PROFESIONALES QUE SE PRODUZCAN, PONIENDO EN CONOCIMIENTO AL SEMPRE Y ADJUNTANDO LAS ACREDITACIONES CORRESPONDIENTES. d) SOLICITUD MÉDICA DE ASISTENCIA EN DOMICILIO CONFORMADA POR HISTORIA CLÍNICA, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL PUNTO F) Y EN EL PUNTO I). e) COMUNICACIÓN DE FIN DE TRATAMIENTO. f) CONTAR CON CONOCIMIENTO DE FINITUD g) CONTINENCIA PSICO-SOCIAL DE LA FAMILIA QUE GARANTICE EL CUIDADO DEL ENFERMO h) ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL EN CASO QUE POR ALGUNA RAZÓN MÉDICA REQUIERA INTERNACIÓN i) HABITABILIDAD ADECUADA DEL DOMICILIO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE. j) ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA/CUIDADOR K) COMUNICACIÓN AL AFILIADO Y AL PRESTADOR DEL PLAN AUTORIZADO EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PUNTOS A) A J), PRODUCTO DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO, DETERMINARÁ LA CONTINUIDAD DE LA ADMISIÓN OTORGADA A LA INSTITUCIÓN HABILITADA							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPÍTULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTES				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
	<p><b>INCLUYE</b></p> <p>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</p> <p><b>EXCLUYE</b></p> <p>1) TODA PRESTACIÓN NO RELACIONADA CON EL CUIDADO PALIATIVO.            INTERNACIÓN INSTITUCIONAL</p>							
850202	CUIDADOS PALIATIVOS EN INSTITUCION (POR DIA)	261,00			261,00			
	<p><b>GENERALIDADES:</b></p> <p>LA MODALIDAD DE LA PRESTACION CUIDADOS PALIATIVOS SE CENTRA EN LOS CRITERIOS CLINICOS DEL ESTADO TERMINAL DEL PACIENTE QUIEN, VOLUNTARIAMENTE O SU FAMILIA EN CASO DE NO PODER EXPRESARLO, REQUIERA ASISTENCIA INSTITUCIONAL NO CURATIVAS SOLICITANDO DE ACUERDO AL ESTADIO DE LA PATOLOGIA SU INTERNACION.</p> <p><b>COBERTURA:</b></p> <p>1-SE ABONARA EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS Y LAS RECONOCIDAS EN MODULO A LA INSTITUCION HABILITADA.            2-REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA LAS PRACTICAS, MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE NECESARIOS, ESTOS ULTIMOS PROVISTOS POR LA INSTITUCION PRESTADORA.            3-CUANDO NO SE ENCUENTRE EN EL MEDIO INSTITUCION HABILITADA Y ADMITIDA POR LA OBRA SOCIAL, EL SEMPRE PROCEDERA AL REINTE GRO O ANTICIPO DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS PREVIAMENTE Y DEBIDAMENTE ACREDITADAS.</p>							
NORMA	<p>LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN INSTITUCION REQUIEREN DE:</p> <p>A-HABILITACION DE LA INSTITUCION PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO CON SU EQUIPO PROFESIONAL MULTIDISCIPLINARIO.            B-ADMISION POR PARTE DE SEMPRE DE LA INSTITUCION PRESTADORA DEL SERVICIO.            C-LA INSTITUCION HABILITADA MANTENDRA ACTUALIZADA LAS ALTAS Y/O BAJAS DE PROFESIONALES QUE SE PRODUZCAN, PONIENDO EN CONOCIMIENTO AL SEMPRE Y ADJUNTANDO LAS ACREDITACIONES CORRESPONDIENTES.            D-SOLICITUD MEDICA DE ASISTENCIA EN INSTITUCION CONFORMADA POR HISTORIA CLINICA, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LA NORMA ESTABLECIDAS EN EL PUNTO F).            E-COMUNICACION DE FIN DE TRATAMIENTO.            F-CONTAR CON CONOCIMIENTO DE FINITUD.            G-CONTINENCIA PSICO-SOCIAL DE LA FAMILIA.            H-ARTICULACION INSTITUCIONAL EN CASO QUE POR ALGUNA RAZON MEDICA REQUIERA INTERNACION DE MAYOR COMPLEJIDAD.            I-HABILITABILIDAD ADECUADA DE LA INSTITUCION PARA LA RECEPCION DEL PACIENTE.            J-COMUNICACION AL AFILIADO Y AL PRESTADOR DEL PLAN AUTORIZADO.            K-EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PUNTOS A) A I), PRODUCTO DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO, DETERMINARA LA CONTINUIDAD DE LA ADMISION OTORGADA A LA INSTITUCION HABILITADA.</p> <p><b>INCLUYE:</b></p> <p>A-MODULO</p>							

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	IMPORTE					Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador	Coseguro a Pagar			
	<p>1-HASTA 2 (DOS) CONSULTAS MEDICAS POR DIA.            2-HASTA 4 (CUATRO) SECCIONES DE KINESIOLOGIA POR DIA.            3-NUTRICIONISTA.            4-HASTA 3 (TRES) CONSULTAS PSICOLOGICAS, FAMILIAR O INDIVIDUAL POR SEMANA, SEGUN PLAN Y/O REQUERIMIENTO DEL PACIENTE.</p> <p>B-REQUISITOS:            5- HISTORIA CLINICA SEMANAL QUE DOCUMENTE LAS PRESTACIONES EFECTUADAS.</p> <p><u>EXCLUYE:</u>            1-MEDICAMENTOS.            2-MATERIALES DESCARTABLES.            3- PRACTICAS Y/O ESTUDIOS NO INCLUIDOS EN INTERNACION CLINICA.            4- INTERCONSULTAS CON MEDICOS EXTRAÑOS AL STAFF.            5-OXIGENOTERAPIA.            6-INTERNACION EN INSTITUCION SANATORIAL.</p>								
85.03	OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA								
	<p><u>GENERALIDADES</u>            EL TRATAMIENTO CON OXIGENOTERAPIA DEBE SER UTILIZADO EXCLUSIVAMENTE BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y RESPETANDO EL FLUJO O CAUDAL PRESCRIPTO. LA REALIZACIÓN DEL TRÁMITE DE ACCESO SERÁ DEFINITIVO PERO SUJETO A LOS CONTROLES DE SEGUIMIENTO ESTABLECIDOS EN – NORMAS-.</p> <p><u>COBERTURA</u>            1) SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS, A LOS VALORES ESTABLECIDOS PARA CADA MÓDULO, MEDIANTE SISTEMA DE REINTEGRO O ANTICIPO.            2) EL SEMPRE ACTUALIZARÁ EL VALOR DE LOS MÓDULOS PREVISTOS PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA DE ACUERDO A LOS VALORES DE PLAZA.            3) LOS AFILIADOS PODRÁN REQUERIR EL REINTEGRO DE LOS GASTOS DE TRASLADO O FLETE, CONTRA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE Y HASTA UN MÁXIMO EQUIVALENTE AL 20% DEL VALOR ESTABLECIDO PARA EL CÓDIGO 850301 POR CADA UNA.-</p>								
NORMA	<p>LA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA REQUIERE DE:            A) PRESCRIPCIÓN POR PARTE DE MÉDICO NEUMONÓLOGO, CARDIÓLOGO O ESPECIALISTA EN CLÍNICA MÉDICA, CUMPLIMENTANDO A TAL EFECTO EL FORMULARIO DE SOLICITUD PROVISTO POR ESTE SEMPRE Y, ADJUNTANDO LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DETALLADOS EN EL MISMO.            B) EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR POR PARTE DEL SEMPRE, QUE GARANTICE LA HABITABILIDAD ADECUADA DEL DOMICILIO, COMO ASIMISMO LA INFORMACIÓN NECESARIA DEL PACIENTE Y FAMILIAR RESPONSABLE PARA LA CORRECTA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO.            C)AUTORIZACIÓN PREVIA POR PARTE DE LA AUDITORIA MÉDICA DE LA OBRA SOCIAL SIGUIENDO LOS CRITERIOS DEL CONSENSO ARGENTINO DE OXIGENOTERAPIA.            D) SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE DE RENOVACIÓN MENSUAL, TRIMESTRAL Y SEMESTRAL EN LOS FORMULARIOS PROVISTOS POR SEMPRE, ADJUNTANDO EN CADA CASO LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y LA PLANILLA DE CONTROL EPIDEMIOLÓGICO.            E) ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA/CIUDADOR.</p>								
850301	ALQUILER CILINDRO OXIGENO GASEOSO -POR MES-	68,00			68,00			A B C	
	<p><u>INCLUYE</u>            1) ALQUILER DEL EQUIPO DE OXÍGENO GASEOSO</p>								

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO VIII – PRACTICA MODULADAS**

Código	Descripción	Valor Modulo	IMPORTE			Ind	Val	Cat
			En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador			
	1) (CILINDRO Y ACCESORIOS) POR MES.							
850302	PROVISION CARGA OXIGENO GASEOSO PARA CILINDRO -POR METRO CÚBICO- #.....	8,70			8,70			A B C
850303	ALQUILER CONCENTRADOR OXIGENO -POR MES - #.....	460,00			460,00			A B C
	<b>INCLUYE</b> 1) ALQUILER DEL EQUIPO (CONCENTRADOR Y ACCESORIOS) POR MES.							
850304	ALQUILER MOCHILA OXIGENO GASEOSO CON AHORRADOR -POR MES- #.....	588,00			588,00			A B C
	<b>INCLUYE</b> 1) ALQUILER DEL EQUIPO ( MOCHILA Y ACCESORIOS)-POR MES- 4 -CUATRO- CARGAS ( 4 m <sup>3</sup> ).							
850305	PROVISION CARGA ADICIONAL -POR METRO CÚBICO-REQUIERE JUSTIFICACION POR MAYOR ACTIVIDAD DIARIA #.....	9,50			9,50			A B C
850306	ALQUILER EQUIPO OXIGENO MEDICINAL LÍQUIDO PORTÁTIL (FREELOX) - POR MES - #.....	1.408,00			1.408,00			A B C
	<b>INCLUYE</b> 1) ALQUILER DEL EQUIPO (MOCHILA Y ACCESORIOS) -POR MES- 2) 5 (CINCO) CARGAS.							
850307	PROVISION CARGA ADICIONAL PARA EQUIPO OXIGENO MEDICINAL LÍQUIDO 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
860103	HTLV	58,00			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			891,00		1	A B C

**ANEXO II**

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES**  
**CAPITULO XI – PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA Y SUS COSEGUROS**

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Siempre	Al Prestador
* 9001	DOSAJE DE DROGAS TERAPEUTICAS(MONITOREO)	19	
* 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	23	
* 9006	ANTIC.ANTIG.SUPERF.HEPATITS B (ANTI HBs)	17	
* 9009	ANTIC.CITOMEGALOVIRUS IFI	10	
* 9010	ANTIC. PSITACOSIS (CLAMIDEAS)	16	
* 9011	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	20	
* 9015	CA 15-3 ; CA 125 ; CA 199 ; CA 129	28	
* 9017	CHAGAS Ig. M IFI	13	
* 9020	DELTA 4 ANDROSTENEDIONA	14	
* 9027	GONADOTROFINAS SUBUNIDAD BETA EN SUERO	13	
* 9033	LINFOCITOS B, RECUENTO (ROSETAS EAC)	11	
* 9034	LINFOCITOS T, RECUENTO (ROSETAS E)	11	
* 9035	LINFOCITOS T8 (CD8), Y/OT3 (CD3),Y/O T4 (CD4)	21	
* 9046	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	12	
* 9047	TIROGLOBULINA	23	
* 9051	AC. ANTI HEPATITIS "C"- HCV	31	
* 9055	INMUNOGLOBULINA E ESPECIFICA	15	
* 9059	OSTEOCALCINA	32	
* 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		19
* 9071	DOSAJE DE SUBOBLACION 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. TRANSLUTAMINASA TISULAR	17	
* 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.	23	
130107	DESTRUCCION LESION DE PIEL-MAS DE 5 ELEM	37	
* 130113	LIPOMA GIGANTE	No Abona Coseguro	
140101	TESTIFICACION TOTAL	10	
140103	TESTIFICACION POR DROGAS-POR VISITA	1	
150105	ESTUDIO BIOPSIICO SERIADO Y SEMISER.15 CORTES	No Abona Coseguro	
150108	NECROPSIA DE NEONATO O LACTANTE.	No Abona Coseguro	

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Siempre	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	88	
160106	ANESTESIA AMBULATORIA	62	
170103	ELECTROCARDIOGRAMA DE HAZ DE HIZ	29	
* 170104	ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTER	45	
170105	SOBRESTIMULACION CARDIACA-INCL.CATETERISMO	25	
170106	ELECTROC.C/DERIVACION INTRAESOFAGICA	7	
170107	VECTOCARDIOGRAMA	7	
* 170108	FONOMEKANOCARDIOGRAMA	10	
* 170115	FLUXOMETRIA POR EFECTO DOPPLER-INCL.ECG	5	
* 170118	ELECTROC. DE HOLTER- 2 CANALES	54	
* 180101	E.C.G. COMPLETO	26	
* 180102	E.C.G. COMPLETO CON REG.CONTINUO	28	
* 180103	E.C.G.COMPLETO CON ECOSCOPIA	34	
* 180104	ECOGR. TOCOGINECOLOGICA	28	
* 180106	ECOGR. MAMARIA	26	

* 180107	ECOGR. CEREBRAL	26
* 180109	ECOGR. OFTALMOLOGICA	23
* 180110	ECOGR. TIROIDEA	17
* 180111	ECOGR. DE TESTICULOS	15
* 180112	ECOGR. DE ABDOMEN	36
* 180113	ECOGR. HEPAT-BILIAR-ESPL.-TORACICA	31
* 180114	ECOGR. DE VEJIGA O PROSTATA	21
* 180116	ECOGR. RENAL BILATERAL	28
* 180117	ECOGR. DE AORTA ABDOMINAL-MODO M	26
* 180118	ECOGR. PANCREATICA O SUPRARRENAL	29
* 180121	ECOGR. PARA AMNIOCENTESIS	21
* 180122	ECOGR. DE PARTES BLANDAS	15
* 200120	ESOFAGOFIBROSCOPIA	40
* 200126	RECTOSIGMOIDOSCOPIA A FIBRA	26
* 200132	GASTROFIBROSCOPIA	46
* 200134	POLIPECTOMIA ENDOSC.GASTRICA	19
* 200135	POLIPECTOMIA ENDOSC.COLONICA	27
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	12	
* 260204	MIELOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	17	
* 260205	CISTERNOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	33	
* 260206	FISTULOGRAFIA ISOTOPICA. LCR-EXCL.HON.CIRUJ.	25	
* 260207	VENTICULOGRAFIA ISOTOPICA.-EXCL.HON.CIRUJ.	33	
* 260208	CENTELLOGRAMA OSEO - UN AREA	17	
* 260209	AREAS SUBSIGUIENTES	7	
260210	CENTELLOGRAFIA ARTICULAC.-INCL.ARTROCENTESIS	12	
* 260211	CENTELLOGRAMA DE TIROIDES	8	
* 260212	CENTELL. DE TIROIDES Y MEDIASTINO	14	
* 260213	BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA TIROIDES	53	
* 260214	CENTELL. DE PARATIROIDES	8	
* 260215	CENTELL. DE GLANDULAS SALIVALES	12	
* 260216	CENTELL. DE PULMON-2 POSIC.C/MIN.	21	
* 260217	CENTELL. HEPATICO-2 POSIC.C/MIN.	21	
* 260218	CENTELL. DEL POOL VASCULAR HEPATICO	22	
* 260219	CENTELL. DE PANCREAS	21	
* 260220	CENTELL. DE BAZO	21	
* 260221	CENTELL. RENAL BILATERAL	20	
* 260222	CENTELL. DEL POOL VASC.RENAL	21	
* 260223	CENTELL. DE PLACENTA	20	
* 260224	CENTELL. DE VIAS LINFATICAS	21	
* 260225	POR POSICIONES ADICIONALES	4	
260301	A C T H	6	
260302	ALDOSTERONA	8	
260303	ALFAFETOPROTEINAS	6	
260304	ANTICUERPOS ANTINUCL.PLASMATICOS	11	
260305	ANGITENSINA I O II	6	
260306	ANTIGENOS DE LA HEPATITIS B	11	
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	POLIPEPTIDO INHIB.GASTRICO-GIP PLASMATICO	6
260326	POLIPEPTIDO INTEST.VASOACTIVO -V.I.P.-PLASMA	6
260327	POLIPEPTIDO 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-	27	
260402	PRUEBA FRENO SECR.SOMAT.-DETERM.SOMATOTR.-1-2-	27	
260403	PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO-DETERM.FSH-1-4	22	
260404	PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO-DETERM.LH-1-4	22	
260405	PRUEBA ESTIM.GONADAL-HGG-DET.ESTR.TOT.1-	14	
260406	PRUEBA ESTIM.GONADAL-HGG-DET.TSTOST.1-3	18	
260407	PRUEBA ESTIM.CON TRH CON DET.TSH- T4	33	
260408	PRUEBA ESTIM.CON TRH CON DET.TSH-1-4	22	
260409	ESTIM.HIPOTALAMICO CON DETERM.DE ACTH-1-	22	
260410	INHIBICION HIPOTAL.CON DETER.ACTH-1-4-	22	
260411	INHIBICION DE MUQUET CON DET.CORTISOL-1-	14	
260412	ESTUDIO RITMO CIRCADIANO CORTISOL-1-3	14	
260413	PRUEBA EST.HIPOT.CON DET.PROLACT.-1-4-	22	
260414	PRUEBA INHIB.HIPOT.CON DET.PROLACT.-1-4-	22	
260501	CENTELL. CEREBRO - 2 POSIC.	43	
260502	POR CADA POSIC.SUBSIG.	7	
260503	CENTELL. MEDULA OSEA	28	
260504	MIELOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	36	
260505	CISTERNOGRAFIA ISOT.-EXCL.HON.CIRUJ.	63	
260506	FISTULOGRAFIA ISOT.DE LCR-EXCL.HON.CIRUJ	43	
260507	VENTICULOGRAFIA ISOT.-EXCL.HON.CIRUJ.	63	
260508	CENTELL. OSEO - UN AREA	36	
260509	AREAS SUBSIGUIENTES	11	
260510	CENTELLOGRAFIA. DE ARTICULACIONES	28	
260511	CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES	24	
260512	CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES Y MEDIASTINO	32	
260513	BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA TIROIDES	98	
260514	CENTELL. DE PARATIROIDES	24	
260515	CENTELL. DE GLANDULAS SALIVALES	26	
260516	CENTELL.DE PULMON-2 POSIC.	40	
260517	CENTELL. HEPATICO-2 POSIC.	37	
260518	CENTELL. DEL POOL VASC.HEPATICO	40	
260519	CENTELL. DE PANCREAS	40	
260520	CENTELL. DE BAZO	40	
260521	CENTELL. RENAL-BILAT.	40	
260522	CENTELL. DEL POOL VASC.RENAL	40	
260523	CENTELL. DE PLACENTA	40	
260524	CENTELL. DE VIAS LINFATICAS	40	
260525	ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA POR AREA-C/U	38	

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
260526	ESTUDIO DINAMICO RENAL	52	
260527	RADIOCARDIOGRAMA	64	
260528A	PERFUSION SANG.MIOC.RADIOISOT-A-REPOSO	38	
260528B	PERFUSION SANG.MIOC.RADIOISOT-B-REP.Y PR.FZA	64	
260529	FLEBOGRAFIA RADIOISOT.POR AREAS-C/U	38	
260530	POR AREA ADICIONAL	12	
260531	DINAMICA DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTR.	38	
260532	DINAMICA TRANSITO INTESTINAL	38	

* 300111	RETINOGR.C/3 PLACAS-UNILAT.	8	
* 300112	RETINOGR.C/3 PLACAS-BILAT.	11	
330111	PRUEBAS PSICOMETRICAS -4 TEST		19
330112	PRUEBAS PROYECTIVAS-4 TEST		38
340414	COLECISTOGRAFIA ENDOVENOSA-MIN.5 PLACAS	42	
340415	COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA-MIN. 5 PLACAS	40	
340503	UROGR.ESCRET.C/EST.VESICAL,PRE Y POSTMIC	35	
340504	UROGR. MINUTADO O P/GOTEO PIELOGRAFIA P/	42	
* 340601	MAMOGRAFIA	17	
* 340602	MAMOGRAFIA -PROY.AXILAR	12	
340603	GALACTOGRAFIA	12	
340605	PELVINEMOGRAFIA	18	
340606	GINECOGRAFIA	36	
340607	PELVIMETRIA RADIOLOGICA	15	
340608	RX DEL EMBARAZO	9	
* 340701	SINUSOGRAFIA POR CATETERISMO	34	
* 340702	VENTRICULOGR.POR INYECC. DE MED.CONTR.	34	
* 340703	ARTERIOGRAFIA CEREBRAL POR CATETERISMO	35	
* 340704	ARTERIOGRAFIA CAROTIDEA O VERT.	30	
* 340705	NEUMOENCEFALOVENTRICULOGR.FRACC.	35	
* 340706	MIELOGRAFIA ASC.O DESC.,CISTERNOMIEL.,RA	27	
* 340707	DISCOGRAFIA,NEUROGR,EPIDUROGR.	16	
* 340810	ARTERIOGRAFIA ART.MED.Y/O INTERC.-POR ES	79	
* 340901	TOMOGRAFIA LINEAL-5 PLACAS-POR EST.	44	
340902	TOMOGRAFIA HIPOCICLOIDAL - POR EST.	44	
* 360105	CISTOTONOMANOMETRIA	10	
* 700101	POTENCIALES EVOCADOS-ESTUDIO SIN AGREGADOS	27	
* 700102	POTENCIALES EVOCADOS- 2 EST.O EST. C/AGREGADOS	44	
* 700103	POTENCIALES EVOCADOS-3 EST.O 2 EST.C/AGREGADOS	55	
* 710101	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER BLANCO Y NEGRO		93
* 710102	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR		184
* 710103	ERGOMETRIA COMPUTARIZADA		46
* 710104	PRESUROMETRIA		68
* 710105	ECO STRESS		118
* 710106	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO		123
* 720101	DENSITOMETRIA OSEA UN AREA		36
* 720102	DENSITOMETRIA OSEA MAS DE UN AREA CUERPO ENT.		56
* 730101	PAPILO-ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA		735
* 730102	ESOFAGOGASTRODUODENO-VIDEOSCOPIA		106
* 730103	COLONOVIDEOSCOPIA		135
* 730104	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA POR VIDEO		68
* 730105	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA COLONICA POR VIDEO		95

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Siempre	Al Prestador
* 730106	VIDEOCOLECISTECTOMIA		980
* 730107	PH METRIA 24 HS COMPUTARIZADA	71	
* 730108	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTARIZADA	91	
* 730109	MANOMETRIA ANO RECTAL COMPUTARIZADA	91	
* 730110	BIOFEEDBACK (POR SESION)	17	
* 740101	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		50
* 740102	VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA		276
* 740103	CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO		58
* 740104	VIDEOCIRUGIA S/ANEXOS UTERINOS, Y/O .....		932
* 740105	VIDEOHISTERECTOMIA TOTAL CON O SIN ANEXECTOMIA		981
* 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		917
* 760101	EXTRAC.EXTRACPS.DE CATARATAS + LIO POR TODO CONCEP		469
* 760102	FACOFRAG.ULTRASONICA DE CATARATA + LIO x TODO CONCEP.		813
* 760103	YAG LASER-FOTOCOAGULACION POR CADA OJO		73
* 760104	RETINOFLUORESCENCIAINOGRAFIA 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	LITOTRICIA EXTRACORP. PARA CALCULOS REN. Y URETRALES	954
* 790105	MODULO MULTIPUNCIÓN PROSTATICA (INCLUYE PUNCIÓN,AGUJAS,ETC.	157
* 790106	MODULO MULTIBIOPSIA PROSTATICA	31
* 790301	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL DONANTE DE RIÑÓN ADUL/PDIAT	No Abona Coseguro
* 790302	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL RECEPTOR DE RIÑÓN 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	893
* 800102	CIRUGIA ARTROSCOPICA COMPLEJA MODULO POR TODO CONCEPTO	898
* 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 Siempre	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	1224	

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Siempre	Al Prestador
* 830204	ANGIOPLASTIA TRANS.PERIFERICA COMPLEJA		1224
* 830211	ANGIOPLASTIA TRANS. CORONARIA SIMPLE - INCLUYE STENS -		2525
* 830212	ANGIOPLASTIA TRANS. CORONARIA COMPLEJA - INC.STENS -		2525
* 830301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO SIMPLE O COMPLEJO		447
* 830302	ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA		1788
* 830303	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO MAS ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA		1788
* 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	
* 850202	CUIDADOS PALIATIVOS EN INSTITUCION (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

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, 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	42
02.03.03	INTRODUCCION DE SUSTANCIAS TERAPEUTICAS, SUBCONJUNTIVALES	**	**	**
02.03.05	SUTURA DE CONJUNTIVA-INCL.EXTR.CUERPO EXTR.	67	69	71
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	18	20
03.05.15	DIAGNOSTICA	16	18	20
03.08.07	BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL-EXTRACC.CALCULOS	38	41	44
03.08.07	DIAGNOSTICA	38	41	44
03.13.03	INCISION Y DRENAJE AMIGD.O TEJIDOS PERIAMIGD.	23	24	25
06.01.11	PUNCION QUISTE MAMARIO-BIOPSIA MAMAS	21	22	23
08.06.16	INCIS.O DRENAJE DE ABCESO PERIANAL	44	47	49
09.01.07	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO POR PUNCION	16	16	16
10.07.05	BIOPSIA DE PENE	28	30	32
10.07.11	INCISION DORSAL-LAT.PREPUCIO-FRENULOTOMIA	40	42	44
11.02.15	ESCISION LOCAL LESION CUELLO- POLIPO	28	30	32
11.02.15	DIAGNÓSTICA	28	30	32
11.03.15	HIMENOTOMIA -INCISION Y DRENAJE - ABCESO	63	64	65
11.04.05	AMNIOCENTESIS TRANSABDOMINAL O VIA VAGINAL	32	35	38
12.02.02	ESTERNON-ESCAPULA-HUMERO-	31	36	40
12.02.04	CLAVICULA COSTILLA-ROTULA-METACARP-METATARS-	14	16	19
12.04.06	PUNCION BIOPSIA DE CUALQUIER OTRO HUESO	24	26	28
12.08.01	ARTROCENTESIS - DIAGN.TERAP. ,P/ARTOGRAFIA	9	10	11
12.13.03	CLAVICULA, HOMBRO, CODO, MUÑECA, METACARPO, TOBILLO.....	**	**	**
12.13.04	METACARPO O METATARSO - FALANGICAS ...	44	45	47
12.18.01	INFILTRACIONES Y MOVILIZ.-MUSC.PERIARTICULARES	9	10	11
12.19.06	CORSET	90	94	97
12.19.12	VENDAJE EN 8 - ENYESADO	19	20	22
12.19.14	VELPEAU DE YESO	26	27	28
12.19.15	VENDAJE DE VELPEAU	17	18	19
12.19.17	YESO BRAQUIPALMAR	46	48	50
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	22
12.19.22	VALVA CORTA DE MIEMBRO SUPERIOR	17	18	19
12.19.24	DUCCROQUET	53	56	59
12.19.25	CALZA DE YESO-YESO CRURO-PEDICO	46	48	50
12.19.26	BOTA LARGA DE YESO	53	56	59
12.19.27	BOTA CORTA DE YESO	46	48	50
12.19.30	VALVA CORTA DE MIEMBRO INFERIOR	17	18	19
12.19.32	TRACCION CONTINUA CUTANEA - TRAC. PARTES BLANDAS CON FRONDAS	46	48	50
13.01.04	ESCISION LOCAL LESION DE PIEL O GL.DE PIEL	40	42	44
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	30	32

PRACTICA CODIGO	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88 D E S C R I P C I O N	"A"	"B"	"C"
		A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
13.01.10	SUTURA DE HERIDAS	44	47	49
13.01.12	ESCISION DE TUMOR DE TEJ.CELULAR SUBCUTANEO	41	43	45
13.01.14	INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO SUBA-PONEUROTICO EXT	44	47	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	6	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	30	33
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 BROMOSULFOTALEINA	8	8	9
20.01.09	TEST DE RETENCION DE BSF A LOS 45 MIN.	4	5	5
20.01.10	TEST DE RETENCION DE BROMOSULFOTALEINA	3	3	3
20.01.11	MOTILIDAD ESOFAGICA-MANOMETRIA	14	16	18
20.01.12	DETERMINAC.DEL REFLUJO GASTROSOX MICROELECT.	8	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 INT. DEL G.POR ASP.EXTR.MULT	8	8	9
20.01.18	BIOPSIA PERORAL DEL INT.DEL G.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	46	49	52
20.01.23	CANULACION ENDOSC.DE PAPILA DE VATER	27	30	33
20.01.24	COLONOSCOPIA	58	61	65
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

PRACTICA CODIGO	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88 D E S C R I P C I O N	"A"	"B"	"C"
		A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
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	16
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	3
23.01.09	ANTICUERPOS INMUNES - WITEBESKY	3	3	3
23.01.10	ANTIGLOBULINA	2	2	3
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	3
23.01.21	COOMBS INDIRECTA,PRUEBA DE -CUALITAT-	2	2	3
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	3
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	5	5
23.01.35	ESPLENOGRAMA	8	9	9
23.01.36	ESTADO SECRETOR	2	2	3
23.01.37	ETANOL PRUEBA DE GELIF.	1	1	1
23.01.38	EXTON ROSEE PRUEBA DE	4	4	4
23.01.39	FACTOR DE COAGULACION II-PROTOMB.	3	3	3

PRACTICA CODIGO	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88 D E S C R I P C I O N	"A"	"B"	"C"
		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	3
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	3
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	3
23.01.65	HEINZ, CUERPOS DE	2	2	2
23.01.66	HEMATIES, RESIST.GLOBULAR OSMOTICA DE LOS	2	2	3
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	3
23.01.71	HEMOAGLUTINOGENOS-SUBTIPO 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	3
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	3
23.01.80	HEMOSIDERINA.INVESTIG.-CITOQUIMICA-	2	2	3
23.01.81	HEPARINA.RESIST.A LA, IN VITRO-SOUL.O 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

PRACTICA CODIGO	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88 D E S C R I P C I O N	"A"	"B"	"C"
		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	6	6
23.01.92	LEUCOAGLUTINACION, INHIBICION DE	4	4	4
23.01.93	LEUCOAGLUTININAS, METODO DIRECTO	2	2	3
23.01.94	LEUCOCITOS, RESISTENCIA DE LOS	2	2	3
23.01.95	LEUCOPRECIPITINAS	2	2	3
23.01.96	MAGNESIO-SANGRE-	2	2	3
23.01.97	MEDULOGRAMA, MIELOGRAMA	7	8	9
23.01.98	MONONUCLEOSIS INFEC.,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	3
23.02.06	PDF-PROD. DE DEGRAD. FIBRINOGENO-FIBRINA-	5	6	6
23.02.07	PROACTIVADOR PLASMINOGENO	4	4	5
23.02.08	PROTROMBINA, -WARE, SEEGERS	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-MAYUSCU	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	19	20
23.02.28	TROMBOPLASTINA,PRUEBA DE LA GENER.SIMPLIFICA.	5	5	6
23.02.29	TROMBOPLASTINA, TIEMPO DE -PARCIAL-	2	3	3
23.02.30	TROMBO TEST DE OWERN	2	3	3
23.02.31	TROMBOELASTOGRAMA	5	5	6
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	6

PRACTICA CODIGO	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88 D E S C R I P C I O N	"A"	"B"	"C"
		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	7
28.01.05	BRONCOSCOPIA CON INSTR.RIGIDO	21	24	26
28.01.06	BRONCOFIBROSCOPIA	46	49	52
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.-ELECTRORRETINOGR.	9	10	11
29.01.04	ELECTROMIOGRAFIA MMBRS.SUP-INF-FACIAL	10	11	11
29.01.05	ELECTROMIOGRAFIA DE LOS 4 MMBRS.	17	19	21
29.01.06	ELECTROMIOGRAFIA CON VELOC.CONDUCC.	19	20	22
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	RETINOFLUORESCENOLOGRAFIA 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 PARPADO-TODOS LOS ELEM.AFECT	3	3	3
30.01.18	DILAT.CONDUCTO LACRIMONOSAL C/INTUBACION	12	14	15
30.01.19	OFTALMOSCOP.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	CATERIZACION 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	LOGOUDIOMETRIA	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

PRACTICA CODIGO	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88 D E S C R I P C I O N	"A"	"B"	"C"
		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.CATER	2	3	3

31.01.21	INYECCION SUST.RADIOACA P/BRONCOGRAFIA	1	1	2
31.01.22	OTOMICROSCOPIA	3	3	3
33.01.01	PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES-POR SESION	13	13	13
33.01.02	PSICOT. GRUPALES O COLECT-POR SESION	6	6	6
33.01.03	PSICOT.DE PAREJA O FLIA-POR SESION	13	13	13
33.01.04	PSICOTERAPIA VINCULAR	13	13	13
33.01.05	ATENCION INDIVIDUAL DE URGENCIA	17	17	17
33.01.06	ATENCION EN DOMICILIO	15	15	15
33.01.13	ORIENTACION A PADRES Y/O FAMILIARES	13	13	13
33.02.01	ENTREVISTA INDIVIDUAL	5	5	5
33.02.02	ENTREVISTA VINCULAR	5	5	5
33.02.03	ENTREVISTA FAMILIAR	5	5	5
33.02.04	CONTROL FARMACOLOGICO	5	5	5
34.01.01	RADIOSCOPIA SIMPLE	7	7	8
34.01.02	RADIOSCOPIA CON INTENSIF-AGREGAR -	17	17	17
34.01.03	RADIOSC.C/CIRCUITO TV - AGREGAR	17	17	17
34.02.01	RX CRANEO-CARA-CAVUN-1 EXP	9	9	10
34.02.02	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	6	6	6
34.02.03	HUESO TEMPORAL-POR DIA	11	12	13
34.02.04	ARTIC.TEMPOROMAND.3 POSIC.	11	12	13
34.02.05	ORTOPANTOMOGRAFIA-1 EXPOS.	19	19	20
34.02.06	POR EXPOSIC.SUBSIG.	17	17	17
34.02.07	TELERADIOGRAFIA DE CRANEO-1 EXPOSIC.	17	17	17
34.02.08	POR EXPOSIC.SUBSIG.	13	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	13	13	14
34.02.15	RX AMPLIADA	9	10	10
34.02.16	ARTOGRAFIA-1 EXPOSIC.	8	9	9
34.02.17	POR EXPOSIC.SUBSIG.	6	6	6
34.02.18	UNA PLACA APICAL	2	3	3
34.02.19	UNA PLACA OCLUSAL	6	6	6
34.02.20	SEMISERIADA HASTA 7 PLACAS	9	10	10
34.02.21	SERIADA DE 7 A 17 PLACAS	16	17	17
34.03.01	RX O TELERADIOG. DE TORAX- 1 EXPOSIC.	9	9	10

PRACTICA CODIGO	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88 D E S C R I P C I O N	"A"	"B"	"C"
		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	21	21	22
34.03.04	NEUMOMEDIASTINO-FRENTE Y PERFIL-SIN HONO	14	14	15
34.04.01	SIALOGRAFIA POR GLANDULA Y POR LADO	15	16	16
34.04.02	ESOFAGO-EST.RADIOLOGICO SERIADO	15	16	16
34.04.03	ESTOMAGO Y DUODENO, ESTUDIO SERIADO	30	31	32
34.04.04	ESTOMAGO Y DUODENO, ESTUDIO SERIADO	39	41	42
34.04.05	EST. SERIADO ESOFAGOGASTRODUODENAL	42	43	45
34.04.06	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA-INC.SOND. DUODE	25	26	28
34.04.07	TRANSITO DE INTESTINO DELGADO O DE COLON	20	20	21
34.04.08	EST RADIOLOGICO SERIADO ILEOCECOAPENDICU	9	10	10
34.04.09	COLON POR ENEMA Y EVACUADO-MIN. 3 PLACAS	17	17	17
34.04.10	COLON POR ENEMA Y EVACUADO-MIN. 5 PLACAS	25	26	28
34.04.11	COLON POR ENEMA,EVAC.E INSUFLADO-MIN.6 P	34	36	38
34.04.12	COLON DE ENEMA,EVAC.DOBLE CONTRAS-MIN.8	52	54	56
34.04.13	COLECISTOGRAFIA ORAL MIN. 3 PLACAS	19	19	20
34.04.21	RADIOGR. SIMPLE DE ABDOMEN- 1 EXPOS.	8	9	9
34.04.22	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	6	6	6
34.05.01	RX SIMPLE DE ARBOL URINARIO	8	9	9
34.05.02	UROGRAMA ESCRETOR	28	29	29
34.05.05	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	8	9	9
34.05.06	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	6	6	6
34.05.07	CISTOURETOGRAFIA MICCIONAL	14	15	15
34.05.08	CISTOURETOGR. P/EST.DE INCONT.-MIN 4 PLA	20	20	21
34.06.04	HISTEROSALPINOGRAFIA	18	18	19
34.08.01	CONTROL RAD.P/COLOCAC.MARCAPASOS TRANSIT	15	16	16
34.08.02	CONTROL RAD.P/COLOCAC.MARCAPASOS DEFINIT	15	16	16
34.08.03	CONTROL RAD.P/CATERETERISMO S/ANGIOCADIOG	15	16	16
34.08.04	CARDIOGR.O ANGIOCARDIOGR.	54	55	57
34.08.07	PANARTERIOGR.DEL CAYADO AORT.-POR EST.	39	39	40
34.08.08	AORTOGR.POR PUNCION LUMBAR-1 EXPOS.	14	14	15
34.08.09	POR EXPOS.SUBSIG. Y HASTA 4 EXPOSIC.	9	10	10
34.08.11	ARTERIOGR.SELECTIVA -6 PLACAS	44	46	47
34.08.12	ARTERIOGR.PERIFERICA -1 EXPOSIC.	13	13	14
34.08.13	POR CADA EXPOSIC.SUBSIG. Y HASTA 4 EXPOSIC.	8	9	9
34.08.14	CAVOGRAFIA - 1 EXPOSICION	12	12	13
34.08.15	POR CADA EXPOSIC.SUBSIG. Y HASTA 4 EXPOSIC.	8	9	9
34.08.16	ESPLENOPTOGRAMA POR PUNCION ESPL.	12	12	13
34.08.17	POR CADA EXPOSICION SUBSIG.Y HASTA 4 EXPOSIC	9	10	10
34.08.18	FLEBOGRAFIA SELECTIVA -1 EXPOSIC.	12	12	13
34.08.19	POR EXPOSICION SUBSIG. Y H/4 EXPOSIC.	8	9	9
34.08.20	FLEBOGRAFIA DE MIEMBR. SUP O INF.-1 EXP.	12	12	13
34.08.21	POR CADA EXPOSICION SUBSIG.Y HASTA4 EXPOSIC	8	9	9
34.08.22	LINFOGRAFIA- POR EXPOSICION	8	9	9
34.09.03	FISTULOGRAFIA- MIN 2 PLACAS	14	15	15
34.09.04	DACRIOSISTOGRAFIA-3 PL.-POR EST.-S/HON.E	18	18	19
34.09.08	RX A DOMICILIO- RADIO URBANO-1 EXPOS.	22	23	23



PRACTICA CODIGO	CATEGORIA DE PRESTADORES SEGUN RESOLUCION N° 228/88 DESCRIPCION	"A"	"B"	"C"
		A C/AFIL	A C/AFIL	A C/AFIL
34.09.09	RX A DOMICILIO-RADIO URBANO-POR C/EXP.SU	9	10	10
35.01.02	COBALTOTERAPIA	**	**	**
36.01.01	URETROCISTOSCOPIA C/INSTR. RIGIDO	9	10	18
36.01.02	URETROCISTOFIBROSCOPIA	36	38	94
36.01.03	SONDAJE VESICAL-EVAC.P/INSTIL.TERAP.	I/C	I/C	I/C
36.01.04	SONDAJE VESICAL -P/CISTOGR.DE REPL.-URETROC.	I/C	I/C	I/C
36.01.06	DILATACION URETRAL	I/C	I/C	I/C
36.01.07	URETROSOCPIA	6	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**

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA**  
**SECCIÓN I – PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS**  
**CAPITULO XII –PRACTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN 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      17

**ANEXO V**

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
* 90.01	DOSAJE DE DROGAS TERAPEUTICAS (MONITOREO)	19	
* 90.02	AC.ANTICORE DE HEPATITIS B (ANTI HBc)	17	
* 90.03	AC. ANTI e DE HEPATITIS B (ANTI HBe)	17	
* 90.04	ANTICUERPO HAV Ig. G	17	
* 90.05	ANTICUERPO HAV Ig. M	23	
* 90.06	ANTIC.ANTIG.SUPERF.HEPATITS B (ANTI HBs)	17	
* 90.09	ANTIC.CITOMEGALOVIRUS IFI	10	
* 90.10	ANTIC. PSITACOSIS (CLAMIDEAS)	16	
* 90.11	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	20	
* 90.15	CA 15-3 ; CA 125 ; CA 199 ; CA 129	28	
* 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)	11	
* 90.34	LINFOCITOS T, RECUENTO (ROSETAS E)	11	
* 90.35	LINFOCITOS T8 (CD8), Y/O T3 (CD3),Y/O T4 (CD4)	21	
* 90.46	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	12	
* 90.47	TIROGLOBULINA	23	
* 90.51	AC. ANTI HEPATITIS "C"- HCV	31	
* 90.55	INMUNOGLOBULINA E ESPECIFICA	15	
* 90.59	OSTEOCALCINA	32	
* 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		19
* 90.71	DOSAJE DE SUBPOBLACION LINFOCITARIA (P/PACIENTES CON HIV/SIDA)	No Abona Coseguro	
* 90.72	CARGA VIRAL (P/PACIENTES HIV/SIDA)	No Abona Coseguro	
* 90.73	HIV RESISTENCIA A ANTIRRETROVIRALES	No Abona Coseguro	
* 90.75	AC. ANTI. TRANSGLUTAMINASA TISULAR	17	

## ANEXO VI

## TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA

## SECCIÓN I – PRESTACIONES OPTICAS

## CAPITULO I – CÓDIGOS

CODIGO	DESCRIPCION
--------	-------------

## ESFÉRICOS

## ESFERICOS BLANCOS

50.02.01	AL 2 -BLANCOS-	\$ 45,00
50.04.01	AL 4 -BLANCOS-	\$ 49,00
50.06.01	AL 6 -BLANCOS-	\$ 63,00
50.08.01	AL 8 -BLANCOS-	\$ 178,00
50.10.01	AL 10 -BLANCOS-	\$ 178,00
50.12.01	AL 12 -BLANCOS-	\$ 178,00

## ESFÉRICOS COLOR

50.02.02	AL 2 -COLOR-	\$ 62,00
50.04.02	AL 4 -COLOR-	\$ 69,00
50.06.02	AL 6 -COLOR-	\$ 81,00
50.08.02	AL 8 -COLOR-	\$ 196,00
50.10.02	AL 10 -COLOR-	\$ 196,00
50.12.02	AL 12 -COLOR	\$ 196,00

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL

2

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2 -BLANCOS-

50.02.21	AL 2 CON 2 -BLANCOS-	\$ 48,00
50.04.21	AL 4 CON 2 -BLANCOS-	\$ 62,00
50.06.21	AL 6 CON 2 -BLANCOS-	\$ 75,00
50.08.21	AL 8 CON 2 -BLANCOS-	\$ 215,00
50.10.21	AL 10 CON 2 -BLANCOS-	\$ 215,00

CODIGO	DESCRIPCION
--------	-------------

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2 -COLOR-

50.02.22	AL 2 CON 2 -COLOR-	\$ 63,00
50.04.22	AL 4 CON 2 -COLOR-	\$ 75,00
50.06.22	AL 6 CON 2 -COLOR-	\$ 104,00
50.08.22	AL 8 CON 2 -COLOR-	\$ 234,00
50.10.22	AL 10 CON 2 -COLOR-	\$ 234,00

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3 -BLANCOS-

50.02.31	AL 2 CON 3 -BLANCOS-	\$ 215,00
50.04.31	AL 4 CON 3 -BLANCOS-	\$ 215,00
50.06.31	AL 6 CON 3 -BLANCOS-	\$ 215,00
50.08.31	AL 8 CON 3 -BLANCOS-	\$ 215,00
50.10.31	AL 10 CON 3 -BLANCOS-	\$ 215,00

## CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3 -COLOR-

50.02.32	AL 2 CON 3 -COLOR-	\$ 234,00
----------	--------------------	-----------

50.04.32	AL 4 CON 3 -COLOR-	\$ 234,00
50.06.32	AL 6 CON 3 -COLOR-	\$ 234,00
50.08.32	AL 8 CON 3 -COLOR-	\$ 234,00
50.10.32	AL 10 CON 3 -COLOR-	\$ 234,00

**DISPOSICIÓN N° 9**

**Expediente n° 7634-0/83 Cuerpo. 10**

Santa Rosa 11 de Junio de 2010

**VISTO:**

La Disposición n° 7/10, por la que se adecuan los distintos Capítulos de Nomenclador SEMPRES por aplicación del Artículo 6° del la Resolución General n° 504/10, que aumenta a partir del 1 de Mayo de 2010 los valores de las Prestaciones reconocidas y que se brindan en el ámbito de la Provincia de La Pampa; y

**CONSIDERANDO:**

Que se ha detectado la falta del Código 811014 O.C.T Tomografía de Coherencia Optica (Uni o Bilateral) y error en los valores del resto de las prestaciones del Anexo II, de la Disposición mencionada en el visto de la presente;

Que es necesario efectuar la corrección correspondiente;

**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° 504/10 del Directorio del ISS, en el Título I –Prestaciones dentro de la Provincia-Sección I – Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares del Nomenclador SEMPRES, el Capítulo XI -Prestaciones que requieren Autorización Previa y sus Coseguros, de acuerdo al Anexo I que forman parte de la presente.-

**ARTICULO 2°.-** Derogase el Anexo II de la Disposición 7/10.-

**ARTICULO 3°.-** Regístrese, publíquese, notifíquese y resérvese.- Cr. Omar MARTINEZ ALMUDEVAR, Gerente General, SEMPRES.-

**ANEXO II**

**TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA  
SECCIÓN I – PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES  
CAPÍTULO XI – PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA Y SUS COSEGUROS**

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
* 9001	DOSAJE DE DROGAS TERAPEUTICAS(MONITOREO)		19
* 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		23
* 9006	ANTIC.ANTIG.SUPERF.HEPATITS B (ANTI HBs)		17
* 9009	ANTIC.CITOMEGALOVIRUS IFI		10
* 9010	ANTIC. PSITACOSIS (CLAMIDEAS)		16

* 9011	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	20	
* 9015	CA 15-3 ; CA 125 ; CA 199 ; CA 129	28	
* 9017	CHAGAS Ig. M IFI	13	
* 9020	DELTA 4 ANDROSTENEDIONA	14	
* 9027	GONADOTROFINAS SUBUNIDAD BETA EN SUERO	13	
* 9033	LINFOCITOS B, RECUENTO (ROSETAS EAC)	11	
* 9034	LINFOCITOS T, RECUENTO (ROSETAS E)	11	
* 9035	LINFOCITOS T8 (CD8), Y/OT3 (CD3),Y/O T4 (CD4)	21	
* 9046	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	12	
* 9047	TIROGLOBULINA	23	
* 9051	AC. ANTI HEPATITIS "C"- HCV	31	
* 9055	INMUNOGLOBULINA E ESPECIFICA	15	
* 9059	OSTEOCALCINA	32	
* 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		19
* 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	17	
* 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.	23	
130107	DESTRUCCION LESION DE PIEL-MAS DE 5 ELEM	37	
* 130113	LIPOMA GIGANTE	No Abona Coseguro	
140101	TESTIFICACION TOTAL	10	
140103	TESTIFICACION POR DROGAS-POR VISITA	1	
150105	ESTUDIO BIOPSIKO SERIADO Y SEMISER.15 CORTES	No Abona Coseguro	

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
150108	NECROPSIA DE NEONATO O LACTANTE.	No Abona Coseguro	
150109	NECROPSIA DEL JOVEN O ADULTO	No Abona Coseguro	
150112	RECEPTORES ESTROGENICOS/PROGESTERONA	Solo para Oncológicos	
150113	HERB 2 NEU	Solo para Oncológicos	
160101	ANESTESIA MINIMA	88	
160106	ANESTESIA AMBULATORIA	62	
170103	ELECTROCARDIOGRAMA DE HAZ DE HIZ	29	
* 170104	ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTEN	45	
170105	SOBRESTIMULACION CARDIACA-INCL.CATETERISMO	25	
170106	ELECTROC.C/DERIVACION INTRAESOFAGICA	7	
170107	VECTOCARDIOGRAMA	7	
* 170108	FONOMEKANOCARDIOGRAMA	10	
* 170115	FLUXOMETRIA POR EFECTO DOPPLER-INCL.ECG	5	
* 170118	ELECTROC. DE HOLTEN- 2 CANALES	54	
* 180101	E.C.G. COMPLETO	26	
* 180102	E.C.G. COMPLETO CON REG.CONTINUO	28	
* 180103	E.C.G.COMPLETO CON ECOSCOPIA	34	
* 180104	ECOGR. TOCIGINECOLOGICA	28	
* 180106	ECOGR. MAMARIA	26	
* 180107	ECOGR. CEREBRAL	26	
* 180109	ECOGR. OFTALMOLOGICA	23	
* 180110	ECOGR. TIROIDEA	17	
* 180111	ECOGR. DE TESTICULOS	15	
* 180112	ECOGR. DE ABDOMEN	36	
* 180113	ECOGR. HEPAT-BILIAR-ESPL.-TORACICA	31	
* 180114	ECOGR. DE VEJIGA O PROSTATA	21	
* 180116	ECOGR. RENAL BILATERAL	28	
* 180117	ECOGR. DE AORTA ABDOMINAL-MODO M	26	
* 180118	ECOGR. PANCREATICA O SUPRARRENAL	29	

* 180121	ECOGR. PARA AMNIOCENTESIS	21
* 180122	ECOGR. DE PARTES BLANDAS	15
* 200120	ESOFAGOFIBROSCOPIA	40
* 200126	RECTOSIGMOIDOSCOPIA A FIBRA	26
* 200132	GASTROFIBROSCOPIA	46
* 200134	POLIPECTOMIA ENDOSC.GASTRICA	19
* 200135	POLIPECTOMIA ENDOSC.COLONICA	27
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

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
260108	TRATAMIENTO CARCINOMA DE TIROIDES	No Abona Coseguro	
260202	POR CADA POSIC.SUBSIGUIENTE	4	
260203	CENTELLOGRAFIA DE MEDULA OSEA	12	
* 260204	MIELOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	17	
* 260205	CISTERNOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	33	
* 260206	FISTULOGRAFIA ISOTOPICA. LCR-EXCL.HON.CIRUJ.	25	
* 260207	VENTICULOGRAFIA ISOTOPICA.-EXCL.HON.CIRUJ.	33	
* 260208	CENTELLOGRAMA OSEO - UN AREA	17	
* 260209	AREAS SUBSIGUIENTES	7	
260210	CENTELLOGRAFIA ARTICULAC.-INCL.ARTROCENTESIS	12	
* 260211	CENTELLOGRAMA DE TIROIDES	8	
* 260212	CENTELL. DE TIROIDES Y MEDIASTINO	14	
* 260213	BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA TIROIDES	53	
* 260214	CENTELL. DE PARATIROIDES	8	
* 260215	CENTELL. DE GLANDULAS SALIVALES	12	
* 260216	CENTELL. DE PULMON-2 POSIC.C/MIN.	21	
* 260217	CENTELL. HEPATICO-2 POSIC.C/MIN.	21	
* 260218	CENTELL. DEL POOL VASCULAR HEPATICO	22	
* 260219	CENTELL. DE PANCREAS	21	
* 260220	CENTELL. DE BAZO	21	
* 260221	CENTELL. RENAL BILATERAL	20	
* 260222	CENTELL. DEL POOL VASC.RENAL	21	
* 260223	CENTELL. DE PLACENTA	20	
* 260224	CENTELL. DE VIAS LINFATICAS	21	
* 260225	POR POSICIONES ADICIONALES	4	
260301	A C T H	6	
260302	ALDOSTERONA	8	
260303	ALFAFETOPROTEINAS	6	
260304	ANTICUERPOS ANTINUCL.PLASMATICOS	11	
260305	ANGITENSINA I O II	6	
260306	ANTIGENOS DE LA HEPATITIS B	11	
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	

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
260325	POLIPEPTIDO INHIB.GASTRICO-GIP PLASMATICO	6	
260326	POLIPEPTIDO INTEST.VASOACTIVO -V.I.P.-PLASMA	6	
260327	POLIPEPTIDO PANCREATICO	6	
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-	27	
260402	PRUEBA FRENO SECR.SOMAT.-DETERM.SOMATOTR.-1-2-	27	
260403	PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO-DETERM.FSH-1-4	22	
260404	PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO-DETERM.LH-1-4	22	
260405	PRUEBA ESTIM.GONADAL-HGG-DET.ESTR.TOT.1-	14	
260406	PRUEBA ESTIM.GONADAL-HGG-DET.TSTOST.1-3	18	
260407	PRUEBA ESTIM.CON TRH CON DET.TSH- T4	33	
260408	PRUEBA ESTIM.CON TRH CON DET.TSH-1-4	22	
260409	ESTIM.HIPOTALAMICO CON DETERM.DE ACTH-1-	22	
260410	INHIBICION HIPOTAL.CON DETER.ACTH-1-4-	22	
260411	INHIBICION DE MUQUET CON DET.CORTISOL-1-	14	
260412	ESTUDIO RITMO CIRCADIANO CORTISOL-1-3	14	
260413	PRUEBA EST.HIPOT.CON DET.PROLACT.-1-4-	22	
260414	PRUEBA INHIB.HIPOT.CON DET.PROLACT.-1-4-	22	
260501	CENTELL. CEREBRO - 2 POSIC.	43	
260502	POR CADA POSIC.SUBSIG.	7	
260503	CENTELL. MEDULA OSEA	28	
260504	MIELOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	36	
260505	CISTERNOGRAFIA ISOT.-EXCL.HON.CIRUJ.	63	
260506	FISTULOGRAFIA ISOT.DE LCR-EXCL.HON.CIRUJ	43	
260507	VENTICULOGRAFIA ISOT.-EXCL.HON.CIRUJ.	63	
260508	CENTELL. OSEO - UN AREA	36	
260509	AREAS SUBSIGUIENTES	11	
260510	CENTELLOGRAFIA. DE ARTICULACIONES	28	
260511	CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES	24	
260512	CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES Y MEDIASTINO	32	
260513	BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA TIROIDES	98	
260514	CENTELL. DE PARATIROIDES	24	
260515	CENTELL. DE GLANDULAS SALIVALES	26	
260516	CENTELL.DE PULMON-2 POSIC.	40	
260517	CENTELL. HEPATICO-2 POSIC.	37	
260518	CENTELL. DEL POOL VASC.HEPATICO	40	
260519	CENTELL. DE PANCREAS	40	
260520	CENTELL. DE BAZO	40	
260521	CENTELL. RENAL-BILAT.	40	

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador
260522	CENTELL. DEL POOL VASC.RENAL	40	
260523	CENTELL. DE PLACENTA	40	
260524	CENTELL. DE VIAS LINFATICAS	40	
260525	ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA POR AREA-C/U	38	
260526	ESTUDIO DINAMICO RENAL	52	
260527	RADIOCARDIOGRAMA	64	
260528A	PERFUSION SANG.MIOC.RADIOISOT-A-REPOSO	38	
260528B	PERFUSION SANG.MIOC.RADIOISOT-B-REP.Y PR.FZA	64	
260529	FLEBOGRAFIA RADIOISOT.POR AREAS-C/U	38	
260530	POR AREA ADICIONAL	12	
260531	DINAMICA DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTR.	38	
260532	DINAMICA TRANSITO INTESTINAL	38	
* 300111	RETINOGR.C/3 PLACAS-UNILAT.	8	
* 300112	RETINOGR.C/3 PLACAS-BILAT.	11	
330111	PRUEBAS PSICOMETRICAS -4 TEST		19
330112	PRUEBAS PROYECTIVAS-4 TEST		38
340414	COLECISTOGRAFIA ENDOVENOSA-MIN.5 PLACAS	42	
340415	COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA-MIN. 5 PLACAS	40	

340503	UROGR.ESCRET.C/EST.VESICAL,PRE Y POSTMIC	35	
340504	UROGR. MINUTADO O P/GOTEO PIELOGRAFIA P/	42	
* 340601	MAMOGRAFIA	17	
* 340602	MAMOGRAFIA -PROY.AXILAR	12	
340603	GALACTOGRAFIA	12	
340605	PELVINEMOGRAFIA	18	
340606	GINECOGRAFIA	36	
340607	PELVIMETRIA RADIOLOGICA	15	
340608	RX DEL EMBARAZO	9	
* 340701	SINUSOGRAFIA POR CATETERISMO	34	
* 340702	VENTRICULOGR.POR INYECC. DE MED.CONTR.	34	
* 340703	ARTERIOGRAFIA CEREBRAL POR CATETERISMO	35	
* 340704	ARTERIOGRAFIA CAROTIDEA O VERT.	30	
* 340705	NEUMOENCEFALOVENTRICULOGR.FRACC.	35	
* 340706	MIELOGRAFIA ASC.O DESC.,CISTERNOMIEL.,RA	27	
* 340707	DISCOGRAFIA,NEUROGR,EPIDUROGR.	16	
* 340810	ARTERIOGRAFIA ART.MED.Y/O INTERC.-POR ES	79	
* 340901	TOMOGRAFIA LINEAL-5 PLACAS-POR EST.	44	
340902	TOMOGRAFIA HIPOCICLOIDAL - POR EST.	44	
* 360105	CISTOTONOMANOMETRIA	10	
* 700101	POTENCIALES EVOCADOS-ESTUDIO SIN AGREGADOS	27	
* 700102	POTENCIALES EVOCADOS- 2 EST.O EST. C/AGREGADOS	44	
* 700103	POTENCIALES EVOCADOS-3 EST.O 2 EST.C/AGREGADOS	55	
* 710101	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER BLANCO Y NEGRO		93
* 710102	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR		184
* 710103	ERGOMETRIA COMPUTARIZADA		46
* 710104	PRESUROMETRIA		68
* 710105	ECO STRESS		118
* 710106	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO		123
* 720101	DENSITOMETRIA OSEA UN AREA		36
* 720102	DENSITOMETRIA OSEA MAS DE UN AREA CUERPO ENT.		56

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Siempre	Al Prestador
* 730101	PAPILO-ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA		687
* 730102	ESOFAGOGASTRODUODENO-VIDEOSCOPIA		106
* 730103	COLONOVIDEOSCOPIA		135
* 730104	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA POR VIDEO		68
* 730105	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA COLONICA POR VIDEO		95
* 730106	VIDEOCOLECISTECTOMIA		916
* 730107	PH METRIA 24 HS COMPUTARIZADA	71	
* 730108	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTARIZADA	91	
* 730109	MANOMETRIA ANO RECTAL COMPUTARIZADA	91	
* 730110	BIOFEEDBACK (POR SESION)	17	
* 740101	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		50
* 740102	VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA		258
* 740103	CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO		58
* 740104	VIDEOCIRUGIA S/ANEXOS UTERINOS, Y/O .....		871
* 740105	VIDEOHISTERECTOMIA TOTAL CON O SIN ANEXECTOMIA		917
* 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		857
* 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	RETINOFLUORESCEINOGRAFIA 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		891
* 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
* 790401	BIOPSIA RENAL PERCUTANEA I	553
* 790402	BIOPSIA RENAL PERCUTANEA II	617
* 800101	CIRUGIA ARTROSCOPICA SIMPLE MODULO POR TODO CONCEPTO	835
* 800102	CIRUGIA ARTROSCOPICA COMPLEJA MODULO POR TODO CONCEPTO	839
* 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

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador

* 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
* 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
* 811014	O.C.T. - TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA (UNI O BILATERAL)	60
* 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

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Sempre	Al Prestador

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	1144



* 830204	ANGIOPLASTIA TRANS.PERIFERICA COMPLEJA	1144
* 830211	ANGIOPLASTIA TRANS. CORONARIA SIMPLE - INCLUYE STENS -	2360
* 830212	ANGIOPLASTIA TRANS. CORONARIA COMPLEJA - INC.STENS -	2360
* 830301	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO SIMPLE O COMPLEJO	417
* 830302	ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA	1671
* 830303	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO MAS ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA	1671
* 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
* 850202	CUIDADOS PALIATIVOS EN INSTITUCION (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"		

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