



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 2909
Telefax: 02954- 436323

Dirección: Sarmiento 335
www.lapampa.gov.ar

SANTA ROSA, 10 de Septiembre de 2010.-
boletinoficial@lapampa.gov.ar

SUMARIO

SEPARATA
BOLETÍN OFICIAL Nº 2909
INSTITUTO DE SEGURIDAD
SOCIAL
SERVICIO MÉDICO PREVISIONAL
SEMPRE
DISPOSICIÓN Nº 15/10

DISPOSICIÓN N° 15**Expediente n° 7634-0/83 Cpo. 11**

Santa Rosa, 03 de Septiembre de 2010

VISTO:

La Resolución General n° 513/10 del Directorio del ISS; por la que se aumentan a partir del 1° de Septiembre 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 7° autoriza a la Gerencia General del Servicio Médico Previsional a adecuar los distintos Capítulos del Nomenclador que ella modifica;

Que el área de Prestaciones ha emitido los informes correspondientes;

POR ELLO:

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

ARTICULO 1°.- Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 513/10 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.-

ARTICULO 2°.- Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 513/10 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.-

ARTICULO 3°.- Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 513/10 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.-

ARTICULO 4°.- Adécuase a lo dispuesto por la Resolución General n° 513/10 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.-

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

ARTICULO 6°.- La vigencia de los valores establecidos para coseguros a abonar en la Obra Social regirá a partir del 6 de Septiembre de 2010.-

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

ANEXO I

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

Código	Descripción	IMPORTE			Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	Coseguro a Pagar En Prestador			
7001	POTENCIALES EVOCADOS.....						
NORMA	A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN NEURO-LOGIA U OTORRINOLANRINGOLO-GIA, ESTOS ULTIMOS CON ENTRENAMIENTO APROPIADO EN EL METODO DEBIDAMENTE ACREDITADO. B)-NORMAS: 1-DEBERAN SER SOLICITADOS POR ESPECIALISTAS EN: OTORRINOLARINGOLOGIA, OFTAMOLOGIA Y NEUROLOGIA. 2-A LA FACTURACION SE ADJUNTARA EL REGISTRO GRAFICO E INFORME DE LA PRACTICA.						
700101	POTENCIALES EVOCADOS..... ESTUDIO SIN AGREGADOS #+C.....	106,00	31,00		106,00		A B C
700102	POTENCIALES EVOCADOS..... 2 ESTUDIOS O ESTUDIO CON AGREGADO. #+C.....	170,00	51,00		170,00		A B C
700103	POTENCIALES EVOCADOS..... 3 ESTUDIOS O 2 ESTUDIOS CON AGREGADOS. #+C.....	213,00	64,00		213,00		A B C
7101	CARDIOLOGIA						
710101	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER BLANCO Y NEGRO. #+C*.....	252,00		108,00	144,00		A B

Código	Descripción	Valor Modulo	IMPORTE			Ind	Val	Ca t C
			En O. Social	Coseguro a Pagar				
				En Prestador	Pago al Prestador			
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2-ACREDITACION DE CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS. B) NORMAS: EN EL INFORME DE LA PRACTICA DEBERA CONSTAR: 1-TIPIFICACION DE CUADRO CLINICO Y MOTIVO DE LA SOLICITUD. 2-DESCRIPCION DE MEDICIONES SOBRE: -VELOCIDAD DE FLUJO- -CAMARAS CARDIACAS- -VALVULAS- DETERMINACION VALORACION DE LAS PRESIONES. -DETERMINACION VALORACION DE SOPLOS Y CORTOCICUITOS. -DIAGNOSTICO Y/O COMENTARIO.							
710102	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR #+C*.....	381,00		215,00	166,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2-ACREDITACION DE CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS. B) NORMAS: EN EL INFORME DE LA PRACTICA DEBERA CONSTAR: 1-TIPIFICACION DE CUADRO CLINICO Y MOTIVO DE LA SOLICITUD. 2-DESCRIPCION DE MEDICIONES SOBRE: -VELOCIDAD DE FLUJO- -CAMARAS CARDIACAS- -VALVULAS- -DETERMINACION VALORACION DE LAS PRESIONES. -DETERMINACION VALORACION DE SOPLOS Y CORTOCICUITOS. -DIAGNOSTICO Y/O COMENTARIO.							
710103	ERGOMETRIA COMPUTARIZADA. #+C*.....	117,00		54,00	63,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO. INCLUYE MONITOREO Y TRAZADOS LECTROCARDIOGRAFICOS NECESARIOS.							
710104	PRESUROMETRIA #+C*.....	215,00		79,00	136,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-							
710105	ECO STRESSES #+C*.....	687,00		138,00	549,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- ACREDITACION DE CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS. B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA 2- PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA PARA VALORACIÓN DE LA VIABILIDAD MIOCARDICA AQUEL MIOCARDIO POSIBLE DE SER RECUPERADO POR PROCEDIMIENTOS ANGIOPLÁSTICOS O QUIRURGICOS POR BY PASS) 3- DE REQUERIR PERFUSIÓN MIOCARDICA LA PRACTICA ECO STRESS QUEDA INCLUIDA 4- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO (FARMACOLOGICO Y/O DE ESFUERZO)							
710106	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO #+C*.....	717,00		143,00	574,00			A B C

Código	Descripción	Valor Modulo	IMPORTE			Ind	Val	Ca t
			En O. Social	Coseguro a Pagar				
				En Prestador	Pago al Prestador			
NORMA	A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- ACREDITACION DE CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS 3- PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA 2- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO							
7201	DENSITOMETRIA OSEA							
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-							
720101	DENSITOMETRIA OSEA - UN AREA #+C*.....	166,00		42,00	124,00		A B C	
720102	DENSITOMETRIA OSEA - MAS DE DOS AREAS Y CUERPO ENTERO. #+C*.....	197,00		65,00	132,00		A B C	
7301	GASTROENTEROLOGIA							
730101	PAPILO-ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA. #+C*1.....	2.760,00		801,00	1.959,00		A B C	
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, COMO ASIMISMO EL CODIGO 20.01.23 CON TODOS SUS COMPONENTES. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA.- 2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-							
730102	ESOFAGOGASTRODUODENOVideoscopia. #+C*.....	398,00		124,00	274,00		A B C	
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.- 2-EL ARANCEL INCLUYE EVENTUAL TOMA DE BIOPSIA Y/O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO.-							
730103	COLONOVIDEOSCOPIA #+C*.....	418,00		157,00	261,00		A B C	
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO 2-EL ARANCEL INCLUYE EVENTUAL TOMA DE BIOPSIA Y/O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO							
730104	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA GAS TRICA POR VIDEO.- #+C*.....	183,00		79,00	104,00		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*.....	656,00		111,00	545,00		A B C	
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO							

	Descripción	IMPORTE						
		Valor Modulo	En O. Social	Coseguro a Pagar			Val	Cat
				En Prestador	Pago al Prestador	Ind		
	ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADA POR MEDICO ESPECIALISTA.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO 2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA LA PRACTICA CONVENCIONAL.							
730106	VIDEOCOLECTECTOMIA. #C*I.....	5.087,00		1.068,00	4.019,00			A B C
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA.- 2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-							
730107	PH METRIA 24 HS COMPUTARIZADA #C.....	273,00	83,00		273,00			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.....	352,00	106,00		352,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 730107							
730109	MANOMETRIA ANO RECTAL COMPUTARIZADA #C.....	352,00	106,00		352,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 730107							
730110	BIOFEEDBACK (POR SESION) #C.....	68,00	20,00		68,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 730107							
7401	GINECOLOGIA							
740101	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL. #C*.....	170,00		58,00	112,00			A B C
NORMA	A:REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2-ACREDITACION DE CAPACITACION NO INFERIOR A SEIS (6) MESES EN SERVICIOS RECONOCIDOS. B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO. 2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA LA PRACTICA CONVENCIONAL.							
740102	VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA #C*I.....	2.011,00		301,00	1.710,00			A B C
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIAS.- 2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO QUE PUEDA RESOLVERSE POR VIDEO. SE FACTURARA UNICAMENTE EL CODIGO DE VIDEOCIRUGIA QUE CORRESPONDA. EN CASO DE RESOLVERSE POR CIRUGIA CONVENCIONAL, SE FACTURARA ESTA INDEPENDIENTEMENTE.							

Descripción	Valor Modulo	En O. Social	IMPORTE			Val	Cat
			Coseguro a Pagar				
			En Prestador	Pago al Prestador	Ind		
740103 CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO. #+C*.....	226,00		68,00	158,00			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 LIBERACION DE ADHE RENCIAS Y/O MIOMECTOMIA. INCLUYE 740102 #+C*!.....	4.421,00		1.016,00	3.405,00			A B C
NORMA A).REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA O EN CIRUGIA. B) NORMAS: EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES, EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA. SERA DE APLICACION ALTERNATIVA A LOS CODIGOS DEL NOMENCLADOR NACIONAL 11.01.01, 11.01.04 Y 11.02.04.-							
740105 VIDEOHISTERECTOMIA TOTAL CON O SIN ANEXECTOMIA. INCLUYE 740102 #+C*!.....	5.087,00		1.070,00	4.017,00			A B C
NORMA A)REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA O EN CIRUGIA. B)NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES, EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA. SERA DE APLICACION ALTERNATIVA A LOS CODIGOS DEL NOMENCLADOR NACIONAL 11.02.01 Y 11.02.03. 2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A VALORES VIGENTES.							
740106 MODULO CONTROL MAMARIO MUJERES A PARTIR DE LOS 35 AÑOS: UN CONTROL, UNA (1) VEZ POR AÑO. ESTE MODULO COMPRENDE LOS CÓDIGOS 34.06.01 x 2; 34.06.02 y CUANDO SE REQUIERA 18.01.06.-	245,00			245,00			A B C
740107 ECODOPPLER OBSTETRICO #+.....	374,00			374,00			A B C
NORMA A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- ACREDITACION DE CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS. 3- PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA 2- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO							
7501 NEUROLOGIA							
750101 MAPEO CEREBRAL. #+C*.....	297,00		97,00	200,00			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*.....	276,00		76,00	200,00			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*.....	1.040	208,00		1.040,00			A B C
NORMA A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGIA Y NEUMONOLOGÍA 3-ACREDITACION DE CAPACITACION PARA SU INTERPRE-							

	Descripción	Valor Modulo	En O. Social	IMPORTE			Val	Cat
				Coseguro a Pagar				
				En Prestador	Pago al Prestador	Ind		
	TACIÓN EXTENDIDO POR ENTIDAD RECONOCIDA. 4-PRESENCIA DE TECNICO ESPECIALIZADO CON ACREDITACION DE CAPACITACION PARA EL CONTROL DURANTE EL ESTUDIO 5-HABILITACION DEL SERVICIO COMO LABORATORIO DEL SUEÑO B)-NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTROS GRAFICOS 2-EL ARANCEL INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, SEÑALES QUE PERMITEN CARACTERIZAR EL SUEÑO: ELECTROENCEFALOGRAMA, ELECTROMIOGRAMA Y ELECTROOCULOGRAMA, SEÑALES QUE PERMITEN MONITOREAR VARIABLES CARDIORRESPIRATORIAS: MEDICION DE FLUJO RESPIRATORIO, MEDICION DE ESFUERZO RESPIRATORIO, OXIMETRIA DE PULSO Y ELECTROCARDIOGRAMA Y POSICIÓN POSTURAL. 3-PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA APNEA DEL SUEÑO (AP), SINDROME DE LA RESISTENCIA DE VIAS AEREAS SUPERIORES AUMENTADA (SRAVAS)CON DESCRIPCION DE METODOLOGIA A IMPLEMENTAR Y RECURSO TECNICO							
750201	MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA. #+C*.....	4.164,00		1.000,00	3.164,00		A B C	
NORMA	NORMA: 1)-REQUISITOS: A REALIZAR POR PROFESIONALES ACREDITADOS EN LA ESPECIALIDAD: NEUROLOGO, NEUROCIJURANO Y/O TERAPISTA. 2)-AUTORIZACION PREVIA DE LA OBRA SOCIAL, LA AUDITORIA MEDICA LLEVARA A CABO AUDITORIA EN TERRENO. 3)-INCLUYE: TODOS LOS CONCEPTOS: COLOCACION Y RETIRO DE CATETER, MONITOREO DIARIO CUALQUIERA SEA LA CANTIDAD DE DIAS, FIBRA OPTICA, MONITOR, ETC. EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACION ES COMPLEMENTARIA DE LA FACTURACION POR TERAPIA INTENSIVA O INTERMEDIA SEGUN CORRESPONDA. 4)-COSEGURO: A/C AFILIADO, ABONA DIRECTAMENTE AL PRESTADOR CON APLICACION DE ESCALA. (VER CODIGO 59.01.).							
7601	OFTALMOLOGIA							
760101	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CATARATA + LIO POR TODO CONCEPTO #+C*.....	2.734,00		547,00	2.187,00		A B C	
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE: HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, PROVISION DE LENTE INTRAOCULAR Y LA REALIZACION DE YAG LASER HASTA SEIS (6) MESES POSTERIORES AL IMPLANTE							
760102	FACOFRAGMENTACION ULTRASONICA DE CATARATA + LIO POR TODO CONCEPTO. #+C*.....	3.384,00		948,00	2.436,00		A B C	
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, PROVISION DE LENTE INTRAOCULAR Y LA REALIZACION DE YAG LASER HASTA SEIS (6) MESES POSTERIORES AL IMPLANTE.							
760103	YAG LASER - FOTOCOAGULACION - POR CADA OJO. #+C*.....	1.063,00		85,00	978,00		A B C	
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-							
760104	RETINOFLUORESCINOGRAFIA POR ANGIOGRAFIA DIGITAL (POR CADA OJO). #+C*.....	149,00		24,00	125,00		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*.....	167,00		34,00	133,00		A B C	

	Descripción	IMPORTE						Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	Coseguro a Pagar			Ind		
				En Prestador	Pago al Prestador				
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*.....	91,00		42,00	49,00			A B C	
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO POR CADA UNA DE LAS ZONAS QUE LA COMPONEN: NARIZ - FARINGE Y LARINGE.- 2-INCLUYE EVENTUAL TOMA DE BIOPSIA Y/O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO.-								
7801	CARDIOLOGIA								
780101	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERI- CO COLOR. #+C*.....	295,00		132,00	163,00			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*.....	239,00		85,00	154,00			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 CUE LLO-COLOR. #+C*.....	381,00		215,00	166,00			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 CUE LLO BLANCO Y NEGRO. #+C*.....	258,00		117,00	141,00			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*.....	171,00		50,00	121,00			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*.....	392,00		136,00	256,00			A B C	
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.-								

	Descripción	Valor Modulo	En O. Social	IMPORTE			Val	Cat
				Coseguro a Pagar				
				En Prestador	Pago al Prestador	Ind		
	2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-							
790103	FLUJOMETRIA. #*C*.....	156,00		51,00	105,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTRO GRAFICO.-							
790104	LITOTRIZIA EXTRACORPOREA PARA CALCULOS RENALES Y URETERALES #*C*!.....	4.569,00		1.039,00	3.530,00			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 REQUIRIO LA COLOCACION DE CATETER DOBLE J, PREVIO A LA LITOTRIZIA, EL PRESTADOR FACTURARA AL SEMPRE EL VALOR DEL MODULO 790104 MENOS EL MONTO EQUIVALENTE A DICHO ELEMENTO. CUANDO EL PRESTADOR FACTURE EL MODULO SIN EFECTUAR EL DESCUENTO DEL ELEMENTO UTILIZADO, SE PROCEDERÁ A DEBITAR EL IMPORTE DEL MISMO SEGÚN FACTURA PRESENTADA POR EL AFILIADO EN SOLICITUD DE REINTEGRO.- 3-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-							
790105	MODULO MULTIPUNCION PROSTATICA (INCLUYE PUNCION, ECOGRAFIA TRANSRECTAL, AGUJA PARA PUNCION AUTOMATICA) #*C*.....	680,00		183,00	497,00			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 SEMPRE PARA PRÁCTICA MODULADA.-							
790106	MODULO MULTIBIOPSIA PROSTATICA #*C*.....	205,00		36,00	169,00			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.	504,00			504,00			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							

Código	Descripción	IMPORTE					Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	Coseguro a Pagar		Ind		
				En Prestador	Pago al Prestador			
	-FISTULA ARTERIOVENOSA. MATERIAL DESCARTABLE EN SU TOTALIDAD. PRACTICAS PARA CONFORT, BIENESTAR PARA EL PACIENTE (MATERIAL DE LECTURA, REFRIGERIO, ETC). TRASLADOS: COMPRENDE EL TRASLADO DESDE EL DOMICILIO DEL AFILIADO HASTA EL CENTRO DONDE SE REALIZA LA PRACTICA Y VICEVERSA. PRACTICAS EXIGIDAS PARA HEMODIALISIS LEY N° 22853. EXCLUSIONES: TODA PRESTACION NO VINCULADA A LA DIALISIS.							
790202	COLOCACION DE CATETER Y ENTRENAMIENTO POR UNICA VEZ (DIAL. PERITONEAL)	5.947,00			5.947,00			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.	5.947,00			5.947,00			A B C
NORMA	INCLUSIONES Y EXCLUSIONES: IDEM COD.79.02.01.							
790301	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL DONANTE DE RINON - 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 RINON - ADULTO / PEDIATRICO #+.....	5.927,00			5.927,00			A B C

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

Código	Descripción	IMPORTE					Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	Coseguro a Pagar		Ind		
				En Prestador	Pago al Prestador			
	-CUALQUIER OTRA PRESTACION DE HISTOCOMPATIBILIDAD NO DETALLADA SE FACTURARÁ POR PRESTACION. ARANCELAMIENTO DE LAS EXCLUSIONES:							

Código	Descripción	IMPORTE					Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Coseguro a Pagar			
					Pago al Prestador	Ind		
	TODA PRÁCTICA (HONORARIOS MÉDICOS Y GASTOS SANATORIALES) Y/O PRESTACIONES FUERA DE LAS MENCIONADAS COMO COMPRENDIDAS EN EL PRESENTE MÓDULO, SERÁN FACTURADAS EN FORMA SEPARADA A LOS VALORES DETERMINADOS POR SEMPRE, VIGENTES AL MOMENTO DE SU REALIZACIÓN. LOS MEDICAMENTOS, MATERIALES DESCARTABLES, PRÓTESIS, ORTESIS, SUSTANCIAS DE CONTRASTE, ETC., PROVISTOS Y NO HABITUALMENTE UTILIZADOS EN EL PRE-TRANSPLANTE O CONSIDERADOS COMO EXCLUIDOS, SERÁN FACTURADOS A SEMPRE AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.							
790303	MODULO AMBULATORIO POST TRANSPLANTE RENAL - ADULTO / PEDIATRICO - 1º SEMESTRE, POR MES #+.....	1.456,00			1.456,00		A B C	

NORMA	INCLUYE:	
	CONSULTA MÉDICA RADIOLOGÍA DE TÓRAX ECOGRAFÍA RENAL LABORATORIO UREMIA HEMOGRAMA IONOGRAMA EN SANGRE PROTEINURIA 24 HS CREATININA EN ORINA UREA EN ORINA URICEMIA FOSFATEMIA NUCLEOTIDASA ANTI HBE ATG GAMMAGLUTAMILTRANSPETIDASA EPSTEIN BARR IGG ANTI VHC ANTI HBE CALCIURIA URICOSURIA CITRATURIA PRUEBA SOBRE CARGA ORAL DE CALCIO RELACIÓN CALCIO/CREATININA BASAL FOSFATO REABSORCIÓN TUBULA DOS PERÍODOS POS SOBRECARGA ORAL DE CALCIO UROCULTIVO, BACTERIOLOGÍA DIRECTA, RTO. COLONIAS Y ATB	CREATININA RTO. PLAQUETAS CLEARANCE DE CREATININA GLUCEMIA SODIO EN ORINA ERITROSEDIMENTACIÓN CALCEMIA HEPATOGRAMA COMPLETO HBE ATG CMV IGG CMV IGM EPSTEIN BARR IGM ANTI HIV CICLOSPORINA EN SANGRE ORINA COMPLETA OXALURIA CISTINURIA CUALITATIVO ACIDO URICO SERICO FOSFATO CLEARANCE

Código	Descripción	IMPORTE					Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Coseguro a Pagar			
					Pago al Prestador	Ind		
	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.							
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	MÓDULO 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 #+.....	46.566,00			46.566,00		A B C	

NORMA

1- EL VALOR MODULO COMPRENDE AL MONTO FIJO A ABONAR POR TODO CONCEPTO, EN RELACIÓN A LA INTERNACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA LA REALIZACIÓN DEL TRANSPLANTE RENAL.

2- EL MÓDULO ES DE APLICACIÓN AL TRANSPLANTE RENAL EN PACIENTES ADULTOS CON DONANTE CADAVERÍCO Y/O VIVO RELACIONADO.

3- LA DURACIÓN DEL MÓDULO COMPRENDE UN TOTAL DE 18 (DIECIOCHO) DÍAS DE INTERNACIÓN GENERAL EN HABITACIÓN COMPARTIDA (CODIGO 43.01.01) Y 2 (DOS) DÍAS EN TERAPIA INTENSIVA. A PARTIR DEL DIA 21 (VEINTIUNO), SE FACTURARÁ DE ACUERDO A LOS VALORES VIGENTES.

4- EXCLUYE EXTRAS DEL PACIENTE.

REQUISITOS

1-REGISTROS EN LA OBRA SOCIAL DE HABILITACION PARA LA PRACTICA DE ABLACION E IMPLANTE DE RIÑON Y URETER DEL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION IMPLANTE (INCUCAI)

2-SERAN REALIZADAS POR EQUIPO PROFESIONAL HABILITADO POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS JURIDICIONA-LES.

3-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO

-INCLUSIONES

1- QUIRÓFANO: GASTOS Y DERECHOS QUIRÚRGICOS, CONSUMO DE OXIGENO, MONITOREO, INSTRUMENTACIÓN Y USO DE EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL ESPECIALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DEL TRANSPLANTE Y LA ABLACIÓN EN DADOR VIVO RELACIONADO O CADAVERÍCO, SI SE EFECTÚA EN LA ENTIDAD PRESTADORA.

2- HONORARIOS PROFESIONALES DE CIRUJANOS, AYUDANTES, MONITORISTAS, ANESTESIÓLOGOS, TÉCNICOS, CLÍNICOS, ESPECIALISTAS, INTERCONSULTORES, Y CONTROL CLÍNICO (CONSULTAS), POR 60 DÍAS A CONTAR DEL ALTA PACIENTE.

3- LABORATORIO: LA TOTALIDAD DE LAS PRÁCTICAS INCLUIDAS EN EL NOMENCLADOR NACIONAL DE ANÁLISIS CLÍNICOS, QUE FUERAN NECESARIAS EFECTUAR DURANTE EL PERÍODO CUBIERTO POR DICHO VALOR MODULAR, INCLUYÉNDOSE HEMATOLOGÍA, INFECTOLOGÍA Y RADIOINMUNOENSAYO.

4- HEMOTERAPIA: LOS GASTOS Y HONORARIOS MÉDICOS DE LAS PRÁCTICAS, LOS MATERIALES DESCARTABLES Y LOS ESTUDIOS DE SEROLOGÍA DE PRÁCTICAS NO NOMENCLADAS PARA TRANSFUSIONES.

5- DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES: TODAS LAS PRÁCTICAS NOMENCLADAS NECESARIAS DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA, MATERIALES DESCARTABLES Y MEDIOS DE CONTRASTE, ECOGRAFÍAS, ESTUDIO DINÁMICO RENAL.

6. OTRAS PRESTACIONES: ELECTROCAR-DIOGRAMAS Y KINESIOTERAPIA DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA DEL MÓDULO.

7- MEDICAMENTOS: MEDICACIÓN Y DOSAJE DE CICLOSPORINA Y PROVISIÓN DE DROGA EMPLEADA EN CIRUGÍA Y DURANTE EL PERÍODO DE INTERNACIÓN COMPRENDIDO EN EL MÓDULO.

8- MATERIAL DESCARTABLE: LOS EMPLEA-DOS EN CIRUGÍA Y PISO DE INTERNACIÓN, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO EN EL MÓDULO.

9- ABLACIÓN: INCLUYE LA ABLACIÓN DE ÓRGANO TANTO EN DADOR COMO EN RECEPTOR SI SE REALIZA EN LA ENTIDAD PRESTADORA.

-EXCLUSIONES

1- HONORARIOS: ODONTOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

2- LABORATORIO: ESTUDIOS INMUNOLÓGICOS

3- HEMOTERAPIA: KITS ESPECIALES (AFÉRESIS), LA SANGRE Y SUS DERIVADOS, QUE DEBERÁN SER PROVISTOS POR EL PACIENTE Y/O LA ENTIDAD PRESTADORA.

4- MEDICAMENTOS ESPECIALES COMO: CICLOSPORINA LINFoglobulina, ANTILINFOCITARIA, ANTICUERPOS MONOCLONALES, CITOSTÁTICOS, QUIMIOTERÁPICOS, GAMMAGLOBULINA HUMANA ENDOVENOSA, EXPANSORES PLASMÁTICOS (ALBUMINA, ETC), INTERFERONES INYECTABLES, FACTORES ANTIHEMOFÍLICOS, COMPLEJOS PRO-TROMBÍNICO HUMANOS, FACTORES DE COAGULACION HEMOSTÁTICOS (TIPO PROTOMPLEX O SIMILARES), ACICLOVIR, GANCICLOVIR, IMPENEM, PIPERACILINA, AMINOÁCIDOS, LÍPIDOS, CEFALOSPORINAS DE 3º GENERACION, VANCOMICINA, MEDICAMENTOS NO PRODUCIDOS EN EL PAÍS.

5- MATERIAL DESCARTABLE: PRÓTESIS, INJERTOS, PARCHES, MARCAPASOS DEFINITIVOS Y CUALQUIER OTRO ELEMENTO IMPLANTABLE.

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

7- SITUACIONES NO PREVISTAS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

790307 OPERATIVO DE ABLACIÓN Y/O PROCURACIÓN DEL ORGANNO

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

790308 MODULO OPERATIVO TERRESTRE / AEREO

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

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 COLA-BORADOR, OBESIDAD (IMC > 30), ASCITIS IMPORTANTE, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, VENTILACION MECANICA, ALERGIA A ANESTESICOS LOCALES.

790401 BIOPSIA RENAL PERCUTANEA I
#+C*.....

2.496,00

645,00

1.851,00

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*.....

2.871,00

720,00

2.151,00

A
B
C

NORMA NORMA:

ESTA PRACTICA 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 B) NORMAS:

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

2-CUANDO LA PATOLOGIA SEA ASOCIADA A UN GENU-VARUM O GENU-VALVUM Y DEBA EFECTUARSE UNA OSTEOTOMIA MAS UNA LIMPIEZA ARTICULAR SE RECONOCERAN LOS COSTOS DE INTERNACION Y LA CIRUGIA NOMENCLADA A LOS VALORES VIGENTES, QUEDANDO A CARGO DEL AFILIADO UNA TAZA ARTROSCOPICA 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.

Código	Descripción	IMPORTES				Ind	Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	Coseguro a Pagar				
				En Prestador	Pago al Prestador			
800101	CIRUGIA ARTROSCOPICA SIMPLE -MODULO POR TODO CONCEPTO- #+C*1.....	4.421,00		974,00	3.447,00			A B C
800102	CIRUGIA ARTROSCOPICA COMPLEJA -MODULO POR TODO CONCEPTO- #+C*1.....	6.527,00		979,00	5.548,00			A B C
8002	QUIMIOTERAPIA							
800201	QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA (por sesión) #+.....	268,00			268,00			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 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 ANTIHEMÉTICAS DE ÚLTIMA GENERACION, CITOSTÁTICOS, COADYUVANTES Y PORT A CATH.

800202	QUIMIOTERAPIA ENDOVESICAL (por sesión)	215,00	215,00	A
	#+.....			B
				C

NORMA

NORMAS:

A)-REQUISITOS:

1-DISPONER DE LA INFRAESTRUCTURA ADECUADA.

2-SERA REALIZADA POR ESPECIALISTAS: ONCOLOGOS, UROLOGOS.

B)-NORMAS:

1-LA FACTURACION DEBERA SER A TRAVES DE INSTITUCIONES SANATORIALES Y/O PROFESIONALES ESPECIALISTAS.

2-PRESCRIPCION EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2.

3-PROTOCOLO DE SOLICITUD DONDE CONSTE: TIPO DE TUMOR, PESO Y TALLA.

4-TRATAMIENTOS INSTITUIDOS HASTA LA FECHA DE SOLICITUD.

5-PLAN TERAPEUTICO DONDE CONSTE: DROGAS A ADMINISTRAR Y VIA DE ADMINISTRACION.

6-NUMERO DE CICLOS TOTALES PROGRAMADOS; CANTIDAD TOTAL DE MODULOS POR CICLO, ENTENDIENDOSE POR MODULOS: DIA DE ADMINISTRACION DE DROGAS (1 O MAS); NUMERO TOTAL DE MODULOS; TRATAMIENTO COMPLETO: NUMERO TOTAL DE CICLOS.-

7-LAS DROGAS A PRESCRIBIR SERAN DE ACUERDO AL FORMULARIO TERAPEUTICO DE SEMPRES, SEGUN STANDARES RECONOCIDOS.

8-INCLUYE:

LAS CONSULTAS MEDICAS EN FECHA DE LA PRACTICA (SESION).

HONORARIOS MEDICOS.

INTERNACION EXCLUSIVA PARA TRATAMIENTO.

MATERIAL DESCARTABLE.

MEDICAMENTOS: TODOS LOS NECESARIOS EXCEPTO LAS DROGAS Y LOS COADYUVANTES.

9-EXCLUYE:

SOLO LAS PRESTACIONES NO RELACIONADAS CON LA QUIMIOTERAPIA.

DROGAS, DROGAS ANTIHEMÉTICAS DE ÚLTIMA GENERACION, CITOSTÁTICOS, COADYUVANTES.

800203	INFUSION DE DROGAS CORRELACIONADAS CON PATOLOGIAS ONCOLOGICAS (MONOTERAPIA)	93,00	93,00	A
	#+.....			B
				C

NORMA

A) -REQUISITOS

1- SERÁ REALIZADA POR ESPECIALISTA: ONCOLOGOS, HEMATOLOGOS.

B) NORMAS:

1- PRESCRIPCIÓN EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2

2- LAS DROGAS SE PRESCRIBIRÁN DE ACUERDO AL ANEXO J DEL FORMULARIO TERAPEUTICO DE SEMPRES.

3- INCLUYE:

MATERIAL DESCARTABLE

4- VALOR

35% CODIGO 80.02.01

800301	MODULO DE ACELERACION LINEAL DE ELECTRONES.	6.477,00	6.477,00	A
	#+.....			B
				C

NORMA

A) REQUISITOS:

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

B)-NORMAS:

1-PRESCRIPCION EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N°2.-

2-INCLUYE:

- CONSULTAS MEDICAS NECESARIAS.-

- APLICACIONES NECESARIAS.-

- PLANIFICACION Y TRATAMIENTOS COMPUTADOS.-

- SIMULACION, LOCALIZACIONES NECESARIAS.-

- MATERIAL DESCARTABLE.-

-CONFECCION DE BLOQUES PLOMADOS.-

-DOSIMETRIA Y CONTROL DE DOSIS "IN-VIVO".-

8004 BRAQUITERAPIA

NORMA PRESCRIPCIÓN E HISTORIA CLÍNICA.
 AUTORIZACIÓN MÉDICA DE LA OBRA SOCIAL.
 COBERTURA 100% EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.
 COBERTURA EN PACIENTES NO ONCOLÓGICOS, POR RÉGIMEN COMÚN.
 EL SIEMPRE PODRÁ MODIFICAR EL VALOR DE LOS MÓDULOS EN CASO DE INCREMENTARSE LA CANTIDAD DE LAS PRÁCTICAS O POR OTRAS CONDICIONES QUE ASÍ LO ACONSEJEN.
 VIGENCIA 07-09-99.

800401	BRAQUITERAPIA INTRAVAGINAL. #+.....	3.890,00	3.890,00	A B C
800402	BRAQUITERAPIA UTERINO VAGINAL #+.....	3.890,00	3.890,00	A B C
800403	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL EN TUMORES GINECOLÓGICOS. #+.....	3.890,00	3.890,00	A B C

81 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA

NORMA 1-DEBERÁN SER EFECTUADAS POR LOS PROFESIONALES HABILITADOS PARA TAL FIN POR EL CONSEJO SUPERIOR MÉDICO 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 PRÁCTICA DEBERÁ CONSTAR CON LETRA LEGIBLE:
 A) IDENTIFICACIÓN Y EDAD DEL PACIENTE.-
 B) PESO DEL MISMO.-
 C) FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA.-
 D) NÚMERO DE CORTES REALIZADOS Y ESPESOR DE LOS MISMOS.-
 E) DESCRIPCIÓN DE LAS SECCIONES Y ORIENTACIÓN DE LAS LESIONES SEGÚN CORTES.-
 F) ESPECIFICACIONES DE LA TÉCNICA UTILIZADA.-
 G) SI SE EFECTÚA CON CONTRASTE INDICAR: VOLUMEN DEL CONTRASTE INYECTADO E INGERIDO.-
 H) CONCLUSIONES Y/O IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA-COMENTARIO.-
 I) FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ACTUANTE.-

Código	Descripción	IMPORTE					Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	Coseguro a Pagar		Ind		
				En Prestador	Pago al Prestador			
811001	TAC CEREBRAL - UNICO ESTUDIO #+C&.....	460,00	91,00		460,00		A B C	
811002	TAC CEREBRAL REFORZADA - IN- CLUYE CONTRASTE. #+C&.....	460,00	91,00		460,00		A B C	
811003	TAC CEREBRAL DE CONTROL. #+C&.....	171,00	35,00		171,00		A B C	
811004	TAC OFTALMOLOGICA. #+C&.....	171,00	35,00		171,00		A B C	
811005	TAC TIROIDEA. #+C&.....	460,00	91,00		460,00		A B C	
811006	TAC MAMARIA #+C&.....	460,00	91,00		460,00		A B C	
811007	TAC GINECOLOGICA. #+C&.....	460,00	91,00		460,00		A B C	
811008	TAC DE ABDOMEN. #+C&.....	460,00	91,00		460,00		A B C	
811009	TAC HEPATOBILIAR - ESPLENICA - PANCREATICA-RENAL-SUPRARENAL- #+C&.....	460,00	91,00		460,00		A B C	
811010	TAC TORACICA. #+C&.....	460,00	91,00		460,00		A B C	
811011	TAC VEJIGA Y PROSTATA. #+C&.....	460,00	91,00		460,00		A B C	
811012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES #+C&.....	460,00	91,00		460,00		A B C	
811013	TAC DE COLUMNA. #+C&.....	460,00	91,00		460,00		A B C	

Código	Descripción	IMPORTE					Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Coseguro a Pagar Pago al Prestador	Ind		
811014	O.C.T-TOMOGRFIA DE COHERENCIA OPTICA (UNI O BILATERAL) #+C&.....	350,00	70,00		350,00		1	A B C
8130	TAC - CON CONTRASTE -							
813003	TAC CEREBRAL DE CONTROL CON CONTRASTE. #+C&.....	460,00	91,00		460,00			A B C
813004	TAC OFTALMOLOGICA CON CONTRASTE #+C&.....	460,00	91,00		460,00			A B C
813005	TAC TIROIDEA CON CONTRASTE.	460,00	91,00		460,00			A B C
813006	TAC MAMARIA CON CONTRASTE #+C&.....	460,00	91,00		460,00			A B C
813007	TAC GINECOLOGICA CON CONTRASTE #+C&.....	460,00	91,00		460,00			A B C
813008	TAC DE ABDOMEN CON CONTRASTE #+C&.....	460,00	91,00		460,00			A B C
813009	TAC HEPATOBILIAR -ESPLENICA-PANCREATICA - RENAL - SUPRARENAL CON CONTRASTE. #+C&.....	460,00	91,00		460,00			A B C
813010	TAC TORACICA CON CONTRASTE. #+C&.....	460,00	91,00		460,00			A B C
813011	TAC VEJIGA Y PROSTATA CON CONTRASTE. #+C&.....	460,00	91,00		460,00			A B C
813012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES CON CONTRASTE. #+C&.....	460,00	91,00		460,00			A B C
813013	TAC DE COLUMNA CON CONTRASTE #+C&.....	582,00	117,00		582,00			A B C
82	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR							

NORMA COBERTURA 100% A/C OBRA SOCIAL EN PACIENTES ONCOLOGICOS.

CONTROL, SEGUIMIENTO, RECIDIVA U OTRA CAUSA SERA EVALUADA POR LA AUDITORIA MEDICA DEL SEMPRE.

PRESCRIPCION EN RECETARIO DE CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2 CUMPLIMENTANDO EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRACTICAS ESPECIALES.

Código	Descripción	IMPORTE					Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Coseguro a Pagar Pago al Prestador	Ind		
8210	RMN							
821001	RMN DE CEREBRO #+C&.....	593,00	178,00		593,00			A B C
821004	RMN OFTALMOLOGICA (POR OJO) #+C&.....	593,00	178,00		593,00			A B C
821005	RMN DE TIROIDES #+C&.....	593,00	178,00		593,00			A B C
821008	RMN DE ABDOMEN #+C&.....	593,00	178,00		593,00			A B C
821009	RMN HEPATOBILIAR - ESPLENICA - PANCREATICA-RENAL-SUPRARRENAL #+C&.....	593,00	178,00		593,00			A B C
821010	RMN TORACICA #+C&.....	593,00	178,00		593,00			A B C
821012	RMN OTROS ORGANOS O REGIONES - #+C&.....	593,00	178,00		593,00			A B C
821013	RMN DE COLUMNA -UNA REGION- #+C&.....	593,00	178,00		593,00			A B C
821014	RMN DE RODILLA #+C&.....	593,00	178,00		593,00			A B C
821015	RMN ESPINAL #+C&.....	593,00	178,00		593,00			A B C

IMPORTE

Código	Descripción	Coseguro a Pagar					Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador	Ind		
821016	RMN DE HUESOS LARGOS #+C.....	593,00	178,00		593,00		A B C	
821017	RMN DE PELVIS #+C.....	593,00	178,00		593,00		A B C	
821018	RMN DE HOMBRO #+C.....	593,00	178,00		593,00		A B C	

- NORMA REQUISITOS
- 1-PRESENTAR ESTUDIOS PREVIOS DE MENOR COSTO EFECTUADOS.-
 - 2-PRESENTAR HISTORIA CLINICA COMPLETA JUSTIFICANDO ESTA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO DE CERTEZA.-
 - 3-ES INDICACION PRECISA PARA DIAGNOSTICO DE LA RUPTURA DEL MANGUITO ROTADOR.-

Código	Descripción	IMPORTE					Val	Cat
		Valor Modulo	En O. Social	En Prestador	Pago al Prestador	Ind		
821019	RMN DE COLUMNA – DOS REGIONES- #+C.....	1.142,00	341,00		1.142,00		A B C	
821020	RMN DE COLUMNA – TRES REGIONES- #+C.....	1.475,00	443,00		1.475,00		A B C	
821021	COLANGIORESONANCIA #+C.....	883,00	265,00		883,00		A B C	
821022	ANGIORESONANCIA DE CUELLO O CEREBRO #+C.....	706,00	213,00		706,00		A B C	
821023	ANGIORESONANCIA DE CUELLO Y CEREBRO #+C.....	1.059,00	317,00		1.059,00		A B C	
821024	RM DE CEREBRO Y ANGIORESONANCIA DE CEREBRO #+C.....	970,00	290,00		970,00		A B C	
821025	ANGIORESONANCIA ABDOMINAL U OTRAS #+C.....	883,00	265,00		883,00		A B C	
821026	URORESONANCIA #+C.....	883,00	265,00		883,00		A B C	
821027	RM ATM DINÁMICA (CON DIFERENTES GRADOS DE APERTURA Y ESTUDIO DINAMICO) #+C.....	1.059,00	317,00		1.059,00		A B C	
821028	RMN DE CEREBRO CON DIFUSION Y PERCUSION #+C.....	1.147,00	345,00		1.147,00		A B C	
8230	CONTRASTE							
823001	CONTRASTE PARA CUALQUIER RMN #+C.....	87,00	26,00		87,00		A B C	

- 83 Estudios Hemodinamicos
8301 Estudios Angiográficos por Cateterismo

NORMA CODIGOS 83.01.01 Y 83.01.05

A)REQUISITOS:

- 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.
- 2-SERAN REALIZADAS POR PROFESIONAL HEMODINAMISTA.

B) NORMAS:

- 1-INFORME COMPLETO.
- 2-DE CORRESPONDER INTERNACION DEBERA SER COMUNICADO A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACION VIGENTE.
- 3-EL ARANCEL NO VARIA POR SUMATORIA DE CODIGOS.
- 4-INCLUYE:
HONORARIOS DE LA TOTALIDAD DEL EQUIPO MEDICO Y PARAMEDICO ACTUANTE EN LA PRESTACION.
GASTOS QUIRURGICOS, RADIOLOGICOS Y OTROS INHERENTES A LA PRESTACION.
MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE.-
COMPLICACIONES DE LA VIA ABORDAJE.
INTERNACION EN SALA O UTI.

Código	Descripción	Valor Modulo	En O. Social	IMPORTE			Val	Cat
				Coseguro a Pagar				
				En Prestador	Pago al Prestador	Ind		
830101	ANGIOGRAFIA DE CEREBRO POR CATETERISMO. #+l.....	1.618,00			1.618,00			A B C
830102	ANGIOGRAFIA DE VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO. #+l.....	1.618,00			1.618,00			A B C
830103	ANGIOGRAFIA DE CEREBRO Y VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO. #+l.....	1.618,00			1.618,00			A B C
830104	CINEANGIOCORONARIOGRAFIA. #+l.....	1.642,00			1.642,00			A B C
830105	MODULO DE ANGIOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL Y OTRAS RAMAS. #+l.....	1.428,00			1.428,00			A B C
8302	TRATAMIENTOS ANGIOPLASTICOS							

NORMA TRATAMIENTOS ANGIOPLASTICOS-CODIGOS 83.02.

A) REQUISITOS:

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

B) NORMAS:

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

INCLUYE:

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

GASTOS QUIRURGICOS, DE ANESTESIA, MONITOREO INTRAOPERATORIO E INSTRUMENTADORA.

LOS MATERIALES PROPIOS NECESARIOS DURANTE LA INTERNACION.

MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE.

INTERNACION: DESDE QUE SE INTERNA PARA EFECTUAR LA PRESTACION HASTA SU ALTA.

ACLARACION EXCLUSIVA P/ ANGIOPLASTIAS (A.C.T.P) DE RESCATE: ES UNA ESTRATEGIA DE REPERFUSION MIOCARDICA PARA CONSEGUIR LA PERMEABILIDAD DE LA ARTERIA RESPONSABLE DEL I.A.M. EN LOS CASOS EN QUE LA FIBRINOLISIS HA SIDO FALLIDA. UNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN ANGIOPLASTIAS DE RESCATE, POSTERIOR A UN I.A.M., CON FIBRINOLISIS FALLIDA, EL MODULO INCLUYE 48 HS. DE INTERNACION. EN AQUELLOS CASOS QUE REQUIERAN CONTINUAR INTERNADOS, LOS DIAS QUE EXCEDAN DICHO PLAZO SE FACTURARAN POR PRESTACION, ADJUNTANDO LA JUSTIFICACION CORRESPONDIENTE EN LA HISTORIA CLINICA.

Código	Descripción	Valor Modulo	En O. Social	IMPORTE			Val	Cat
				Coseguro a Pagar				
				En Prestador	Pago al Prestador	Ind		
830203	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERIFERICA SIMPLE. #+C*1.....	7.141,00		1.236,00	5.807,00			A B C
830204	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERIFERICA COMPLEJA. #+C*1.....	7.141,00		1.236,00	5.807,00			A B C
830211	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE. INCLUYE STENTS NECESARIOS CUALQUIERA SEA SU CANTIDAD. #+C*1.....	17.847,00		2.753,00	15.094,00			A B C
830212	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA COMPLEJA. INCLUYE STENTS NECESARIOS CUALQUIERA SEA SU CANTIDAD. #+C*1.....	17.847,00		2.753,00	15.094,00			A B C
8303	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO ABLACION POR RADIOFRECUENCIA TRANSCATETER							

NORMA A).REQUISITOS:

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

B).NORMAS:

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

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

830301 ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO SIM 2.142,00 486,00 1.656,00 A

PLE O COMPLEJO.
#+C*I.....

B
C

NORMA NORMAS.
INCLUYE:

EL CATETERISMO, EL REGISTRO DEL ELECTROGRAMA DE HAZ DE HIS, LA SOBREENSTIMULACION CARDIACA DURANTE EL REGISTRO DE LOS ELECTROGRAMAS INTRACAVITARIOS, EL ECG CON DERIVACION ESOFAGICA Y LA PRUEBA DE AJMALINA, GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES DE LA PRACTICA.

MEDICAMENTOS, MATERIALES DE CONTRASTE Y DESCARTABLES (INTRODUCTORES VENOSOS, CATETERES DE REGISTROS Y ESTIMULACION) NECESARIOS PARA LA PRACTICA.

HONORARIOS DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES.

INTERNACION EN PISO, SIEMPRE Y CUANDO LA MISMA RESULTE DE UNA COMPLICACION DEL PROCEDIMIENTO.

EXCLUYE:

COLOCACION DE MARCAPASOS O PROVISION DE LOS MISMOS.

CUALQUIER TIPO DE ESTUDIO HEMODINAMICO.

CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

INTERNACION QUE EXCEDA EL DIA QUE ESTA INCLUIDO EN EL MODULO.

TODA PRESTACION QUE NO ESTE EXPRESAMENTE INCLUIDA.

830302 ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RA-
DIOFRECUENCIA.

8.568,00

1.949,00 6.619,00

A
B
C

#+C*I.....

NORMA. NORMAS:

INCLUYE:

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

GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES.

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

MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CONTRASTE NECESARIOS PARA LA PRACTICA.

ESTUDIOS DE LABORATORIO, RADIOLOGICOS Y ECOCARDIOGRAFICOS INHERENTES AL PROCEDIMIENTO.

HONORARIOS DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES.

INTERNACION (EN UTI O PISO EN HABITACION COMPARTIDA).

COLOCACION DE MARCAPASOS O PROVISION DE LOS MISMOS.

CUALQUIER TIPO DE ESTUDIO HEMODINAMICO.

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

TODA PRESTACION QUE NO ESTE EXPRESAMENTE INCLUIDA.

830303 ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO MAS
ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RA-
DIOFRECUENCIA.

8.568,00

1.949,00 6.619,00

A
B
C

#+C*I.....

NORMA NORMA

VER NORMAS 83.03.01. Y 83.03.02.

84 CIRUGIA CARDIOVASCULAR

840101 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR ADULTOS
CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

30.940,00

30.940,00

A
B
C

#+I.....

NORMA -CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL ADULTA Y PEDIATRICA CODIGO 84.01.01.-84.01.02.-84.02.01 AL 84.02.03.-

A) REQUISITOS:

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

2-SERAN REALIZADAS POR PROFESIONAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR.-

B) NORMAS:

1-INCLUYE:

GASTO QUIRURGICO CON O SIN CIRCULACION EXTRACORPÓREA, GASTO DE MONITOREO E INSTRUMENTACION.

ASISTENCIA CIRCULATORIA CON BOMBA CENTRIFUGA.-

PENSION EN HABITACION COMPARTIDA DE A DOS (2), CON BAÑO PRIVADO, DE HASTA DOS (2) DIAS PRE-QUIRURGICO Y HASTA CATORCE (14) DIAS EN TOTAL, INCLUYENDO LOS DIAS DE INTERNACION NECESARIOS EN AREAS DE ALTA COMPLEJIDAD (UNIDAD CORONARIA, CUIDADOS INTENSIVOS O DE RECUPERACION DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR). A PARTIR DEL DECIMOQUINTO (15) DIA LAS PRESTACIONES QUE SE BRINDEN, DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS, SERAN FACTURADAS SEGUN NORMAS DE INTERNACION Y CONVENIOS VIGENTES EN EL AMBITO PROVINCIAL.

TODA REOPERACION CONSECUENCIA DE LA INTERNACION ORIGINAL A REALIZARSE DURANTE LOS CATORCE (14) DIAS DE COBERTURA QUEDA INCLUIDA EN EL MODULO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR.

-HONORARIOS PROFESIONALES DEL EQUIPO QUIRURGICO TRATANTE: CIRUJANO, AYUDANTES, ANESTESISTA, ESPECIALISTAS, PERFUSIONISTAS, MONITORISTAS, ETC.-

-TRANSFUSIONES: INCLUYE GASTOS SANATORIALES Y HONORARIOS, ASI COMO EL MATERIAL DESCARTABLE. (SE PODRAN FACTURAR POR FUERA DE MODULO HASTA UN MAXIMO DE CUATRO (4)).

-MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE UTILIZADOS DURANTE EL TIEMPO DE COBERTURA (14) CATORCE DIAS, EXCEPTUANDO LOS QUE SE DETALLAN COMO EXCLUIDOS.-

-BALON DE CONTRAPULSACION Y HONORARIOS Y GASTOS POR SU COLOCACION.-

-TODA OTRA PRESTACION RELACIONADA A LA PATOLOGIA.-

2)-EXCLUYE:

-MATERIAL PROTESICO.-

-TRANSPLANTE.-

-PACIENTES CON HEMOFILIA U OTRAS DISCRANCIAS SANGUINEAS.-

-SI LA REOPERACION SE EFECTUARA UNA VEZ QUE EL PACIENTE FUERA DADO DE ALTA, DICHA REOPERACION CONSTITUYE UN NUEVO MODULO.-

-DIALISIS Y DIALISIS PERITONEAL CONTINUA.-

-ESTUDIOS Y PRACTICAS DE HEMODIALISIS.-

-CITOSTATICOS.

3)-LA INTERNACION Y ALTA DEBERAN SER COMUNICADAS A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACION VIGENTE.

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

Código	Descripción	Valor Modulo	IMPORTES			Ind	Val	Cat
			En O. Social	En Prestador	Coseguro a Pagar Pago al Prestador			
840102	CIRUGIA CARDIOVASCULAR ADULTOS SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA #+l.....	30.940,00			30.940,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 84.01.01.							
840201	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA BAJA COMPLEJIDAD (I). #+l.....	9.520,00			9.520,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 84.01.01.-							
840202	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA MEDIANA COMPLEJIDAD (II) #+l.....	15.469,00			15.469,00			A B C
NORMA	VER NORMAS COD.84.01.01.							
840203	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA-ALTA COMPLEJIDAD (III). #+l.....	20.229,00			20.229,00			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 UTILIZACION DE STENT EN OTRAS PRESTACIONES SE TRATARAN POR EXCEPCION, VALUANDOSE SI CORRESPONDE O NO.							
840303	PROVISION DE VALVULA AORTICA #+l.....							A B C

NORMA LAS VALVULAS BIOLÓGICAS O MECANICAS A UTILIZAR EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL PEDIATRICA SERAN AUTORIZADOS POR LA OBRA SOCIAL Y PODRAN SER PROVISTAS POR LA INSTITUCION SANATORIAL O POR SISTEMA DE ANTICIPO AL AFILIADO. EN AMBOS CASOS EL IMPORTE QUE EL SEMPRE RECONOCERA DEL 100% Y SE DETERMINARA EN FUNCION DE LA MENOR COTIZACION DEL ELEMENTO TIPO STANDAR QUE SE OBTENGA.

85. PLANES MODULADOS

850101	INTERNACION DOMICILIARIA (POR DIA) #	189,00	189,00	A B C
--------	---	--------	--------	-------------

GENERALIDADES

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

COBERTURA:

1) SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS Y LAS RECONOCIDAS EN MÓDULO A LA INSTITUCIÓN HABILITADA

2) REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA LAS PRACTICAS, MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE NECESARIOS, ESTOS ÚLTIMOS PROVISTOS POR LA INSTITUCIÓN.

3) CUANDO NO SE ENCUENTRE EN EL MEDIO INSTITUCIÓN HABILITADA Y ADMITIDA POR LA OBRA SOCIAL, EL SEMPRE PROCEDERÁ AL REINTEGRO O ANTICIPO DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS PREVIAMENTE Y DEBIDAMENTE ACREDITADAS.

NORMAS LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA REQUIERE DE:

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

INCLUYE

A) MODULO:

- 1) HASTA 1 (UNA) CONSULTA MEDICA POR DIA.
 - 2) HASTA 4 (CUATRO) VISITAS DE ENFERMERÍA, SEGÚN TRATAMIENTO, PARA APLICACIÓN DE INYECTABLES, CURACIONES, COLOCACIÓN Y CUIDADO DE SONDAS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, APOYO INTEGRAL EN MOVILIZACIÓN, HIGIENE Y ALIMENTACIÓN.
- B) OTRAS PRESTACIONES
- 3) HASTA 2 (DOS) ASISTENCIAS KINÉSICAS POR DÍA
 - 4) PROVISIÓN DE IMPLEMENTOS SANITARIOS.
 - 5) FONOAUDIOLOGIA (UNA SESION DIARIA HASTA 3 VECES POR SEMANA)

C) PRORROGAS

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

EXCLUYE:

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

850102 TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO (POR DIA) 14,00
#.....

14,00

A
B
C

GENERALIDADES

COLOCACION DE MEDICACIÓN VÍA ENDOVENOSA EN INSTITUCIÓN SANATORIAL.

LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO SE ESTABLECE PARA LA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTOS INICIADOS EN INTERNACIÓN.

NORMAS A) COBERTURA:

- 1) 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 DÍA)	189,00		189,00	A
#1.....				B
				C

GENERALIDADES

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

COBERTURA:

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

NORMAS

LOS CUIDADOS PALIATIVOS REQUIEREN DE:

- a) HABILITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CON SU EQUIPO PROFESIONAL MULTIDISCIPLINARIO.
- b) ADMISIÓN POR PARTE DE SEMPRE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO.
- c) LA INSTITUCIÓN HABILITADA MANTENDRÁ ACTUALIZADA LAS ALTAS Y/O BAJAS DE PROFESIONALES QUE SE PRODUZCAN, PONIENDO EN CONOCIMIENTO AL SEMPRE Y ADJUNTANDO LAS ACREDITACIONES CORRESPONDIENTES.
- d) SOLICITUD MÉDICA DE ASISTENCIA EN DOMICILIO CONFORMADA POR HISTORIA CLÍNICA, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL PUNTO F) Y EN EL PUNTO I).
- e) COMUNICACIÓN DE FIN DE TRATAMIENTO.
- f) CONTAR CON CONOCIMIENTO DE FINITUD
- g) CONTINENCIA PSICO-SOCIAL DE LA FAMILIA QUE GARANTICE EL CUIDADO DEL ENFERMO
- h) ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL EN CASO QUE POR ALGUNA RAZÓN MÉDICA REQUIERA INTERNACIÓN
- i) HABITABILIDAD ADECUADA DEL DOMICILIO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE.
- j) ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA/CUIDADOR
- k) COMUNICACIÓN AL AFILIADO Y AL PRESTADOR DEL PLAN AUTORIZADO
- l) EL INCUMPLIMIENTOS DE LOS PUNTOS A) A J), PRODUCTO DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO, DETERMINARÁ LA CONTINUIDAD DE LA ADMISIÓN OTORGADA A LA INSTITUCIÓN HABILITADA

INCLUYE**A) MÓDULO:**

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

B) OTRAS PRESTACIONES

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

C) REQUISITO

- 6) HISTORIA CLÍNICA SEMANAL QUE DOCUMENTE LAS PRESTACIONES EFECTUADAS

EXCLUYE

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

850202 CUIDADOS PALIATIVOS EN INSTITUCION (POR DIA)		304,00	304,00
---	--	--------	--------

GENERALIDADES:

LA MODALIDAD DE LA PRESTACION CUIDADOS PALIATIVOS SE CENTRA EN LOS CRITERIOS CLÍNICOS DEL ESTADO TERMINAL DEL PACIENTE QUIEN, VOLUNTARIAMENTE O SU FAMILIA EN CASO DE NO PODER EXPRESARLO, REQUIERA ASISTENCIA INSTITUCIONAL NO CURATIVAS SOLICITANDO DE ACUERDO AL ESTADÍO DE LA PATOLOGIA SU INTERNACIÓN.

COBERTURA:

- 1-SE ABONARA EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS Y LAS RECONOCIDAS EN MODULO A LA INSTITUCIÓN HABILITADA.
- 2-REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA LAS PRACTICAS, MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE NECESARIOS,

ESTOS ÚLTIMOS 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 REINTEGRO O ANTICIPO DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS PREVIAMENTE Y DEBIDAMENTE ACREDITADAS.

NORMA LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN INSTITUCION REQUIEREN DE:

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-HABILITACION 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.

INCLUYE:

A-MODULO

1-HASTA 2 (DOS) CONSULTAS MEDICAS POR DIA.

2-HASTA 4 (CUATRO) SESIONES DE KINESIOLOGIA POR DIA.

3-NUTRICIONISTA.

4-HASTA 3 (TRES) CONSULTAS PSICOLOGICAS, FAMILIAR O INDIVIDUAL POR SEMANA, SEGÚN PLAN Y/O REQUERIMIENTO DEL PACIENTE.

B. REQUISITOS

5. HISTORIA CLÍNICA SEMANAL QUE DOCUMENTE LOS PRESTACIONES EFECTUADAS.

EXCLUYE

1- MEDICAMENTOS

2- MATERIALES DESCARTABLES

3- PRACTICAS Y/O ESTUDISO NO INCLUIDOS EN INTERNACIÓN CLÍNICA.

4- INTERCONSULTAS CON MÉDICOS EXTRAÑOS AL STAFF

5- OXIGENOTERAPIA.

6- INTERNACIÓN EN INSTITUCIÓN SANATORIAL.

85.03 OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

GENERALIDADES

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

COBERTURA

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

2) EL 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.-

NORMA LA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA REQUIERE DE:

A) PRESCRIPCIÓN POR PARTE DE MÉDICO NEUMONÓLOGO, CARDIÓLOGO O ESPECIALISTA EN CLÍNICA MÉDICA, CUMPLIMENTANDO A TAL EFECTO EL FORMULARIO DE SOLICITUD PROVISTO POR ESTE 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/CUIDADOR.

Código	Descripción	Valor Modulo	En O. Social	IMPORTE			Val	Cat
				Coseguro a Pagar				
				En Prestador	Pago al Prestador	Ind		
850301	ALQUILER CILINDRO OXIGENO GASEOSO - POR MES- #	68,00			68,00			A B C
	INCLUYE 1) ALQUILER DEL EQUIPO DE OXÍGENO GASEOSO (CILINDRO Y ACCESORIOS) POR MES.							
850302	PROVISIÓN CARGA OXÍGENO GASEOSO PARA CILINDRO -POR METRO CÚBICO- #	8,70			8,70			A B C
850303	ALQUILER CONCENTRADOR OXIGENO -POR MES - #	460,00			460,00			A B C
	INCLUYE 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
	INCLUYE 1) ALQUILER DEL EQUIPO (MOCHILA Y ACCESORIOS)-POR MES- 2) 4 -CUATRO- CARGAS (4 m ³).							
850305	PROVISION CARGA ADICIONAL -POR METRO CÚBICO- REQUIERE JUSTIFICACION POR MAYOR ACTIVIDAD DIARIA #	9,50			9,50			A B C
850306	ALQUILER EQUIPO OXIGENO MEDICINAL LÍQUIDO PORTÁTIL (FREELOX) - POR MES - #	1.408,00			1.408,00			A B C
	INCLUYE 1) ALQUILER DEL EQUIPO (MOCHILA Y ACCESORIOS) -POR MES- 2) 5 (CINCO) CARGAS.							
850307	PROVISIÓN 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	35,00			35,00			A B C
860102	HBc	35,00			35,00			A B C
860103	HTLV	68,00			68,00			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 #+.....	1.039,00			1.039,00		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)	22	
* 9002	AC.ANTICORE DE HEPATITIS B (ANTI HBc)	20	
* 9003	AC. ANTI e DE HEPATITIS B (ANTI HBe)	20	
* 9004	ANTICUERPO HAV Ig. G	20	
* 9005	ANTICUERPO HAV Ig. M	27	

* 9006	ANTIC.ANTIG.SUPERF.HEPATITS B (ANTI HBs)	20	
* 9009	ANTIC.CITOMEGALOVIRUS IFI	12	
* 9010	ANTIC. PSITACOSIS (CLAMIDEAS)	19	
* 9011	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	24	
* 9015	CA 15-3 ; CA 125 ; CA 199 ; CA 129	33	
* 9017	CHAGAS Ig. M IFI	16	
* 9020	DELTA 4 ANDROSTENEDIONA	17	
* 9027	GONADOTROFINAS SUBUNIDAD BETA EN SUERO	15	
* 9033	LINFOCITOS B, RECUENTO (ROSETAS EAC)	12	
* 9034	LINFOCITOS T, RECUENTO (ROSETAS E)	12	
* 9035	LINFOCITOS T8 (CD8), Y/OT3 (CD3),Y/O T4 (CD4)	24	
* 9046	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	14	
* 9047	TIROGLOBULINA	27	
* 9051	AC. ANTI HEPATITIS "C"- HCV	36	
* 9055	INMUNOGLOBULINA E ESPECIFICA	18	
* 9059	OSTEOCALCINA	37	
* 9060	ANTIC.ANTI-RC DE TSH (TB II)	23	
* 9061	PEPTIDO C	18	
* 9062	SHBG-GLAE	24	
* 9063	ANTICUERPOS ANTIPEROXIDASA	9	
* 9064	DETECCION DE MICROALBUMINURIA		13
* 9065	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgA	20	
* 9066	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgG	20	
* 9067	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgA	20	
* 9068	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgG	20	
* 9069	TROPONINA T		23
* 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	20	
* 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.	26	
130107	DESTRUCCION LESION DE PIEL-MAS DE 5 ELEM	43	
* 130113	LIPOMA GIGANTE	No Abona Coseguro	
140101	TESTIFICACION TOTAL	11	
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	
150109	NECROPSIA DEL JOVEN O ADULTO	No Abona Coseguro	
150112	RECEPTORES ESTROGENICOS/PROGESTERONA	Solo para Oncológicos Solo para Oncológicos	
150113	HERB 2 NEU	103	
160101	ANESTESIA MINIMA	72	
160106	ANESTESIA AMBULATORIA	34	
170103	ELECTROCARDIOGRAMA DE HAZ DE HIZ	52	
* 170104	ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTER	29	
170105	SOBRESTIMULACION CARDIACA-INCL.CATETERISMO	8	
170106	ELECTROC.C/DERIVACION INTRAESOFAGICA	8	
170107	VECTOCARDIOGRAMA	12	
* 170108	FONOMEKANOCARDIOGRAMA	6	
* 170115	FLUXOMETRIA POR EFECTO DOPPLER-INCL.ECG	63	
* 170118	ELECTROC. DE HOLTER- 2 CANALES	30	
* 180101	E.C.G. COMPLETO	32	
* 180102	E.C.G. COMPLETO CON REG.CONTINUO	39	
* 180103	E.C.G.COMPLETO CON ECOSCOPIA	32	
* 180104	ECOGR. TOCOGINECOLOGICA	30	
* 180106	ECOGR. MAMARIA	30	
* 180107	ECOGR. CEREBRAL	26	
* 180109	ECOGR. OFTALMOLOGICA	20	
* 180110	ECOGR. TIROIDEA	17	
* 180111	ECOGR. DE TESTICULOS	42	
* 180112	ECOGR. DE ABDOMEN	36	
* 180113	ECOGR. HEPAT-BILIAR-ESPL.-TORACICA	25	
* 180114	ECOGR. DE VEJIGA O PROSTATA	33	
* 180116	ECOGR. RENAL BILATERAL	30	
* 180117	ECOGR. DE AORTA ABDOMINAL-MODO M	34	
* 180118	ECOGR. PANCREATICA O SUPRARRENAL	25	
* 180121	ECOGR. PARA AMNIOCENTESIS	17	
* 180122	ECOGR. DE PARTES BLANDAS	47	
* 200120	ESOFAGOFIBROSCOPIA	30	
* 200126	RECTOSIGMOIDOSCOPIA A FIBRA	53	
* 200132	GASTROFIBROSCOPIA		

* 200134	POLIPECTOMIA ENDOSC.GASTRICA	22
* 200135	POLIPECTOMIA ENDOSC.COLONICA	31
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	2
250102	KINESIOTERAPIA - POR SESION	3
250104	REHABILITACION DEL LENGUAJE - POR SESION	4
250106	KINES.O FISIAT.A DOMIC.-AL COD.SE SUMA	3
* 250107	PRESUROTERAPIA	Solo para Oncológicos
* 250108	DRENAJE LINFATICO MANUAL	Solo para Oncológicos
* 260101	CURVA CAPTACION TIROIDES-3 DETERM.	8
260102	ESTUDIO FUNCION TIROIDEA-INCL.MAT.RADIACT.	11
260108	TRATAMIENTO CARCINOMA DE TIROIDES	No Abona Coseguro
260202	POR CADA POSIC.SUBSIGUIENTE	4
260203	CENTELLOGRAFIA DE MEDULA OSEA	13
* 260204	MIELOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	20
* 260205	CISTERNOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	38
* 260206	FISTULOGRAFIA ISOTOPICA. LCR-EXCL.HON.CIRUJ.	29
* 260207	VENTICULOGRAFIA ISOTOPICA.-EXCL.HON.CIRUJ.	38
* 260208	CENTELLOGRAMA OSEO - UN AREA	20
* 260209	AREAS SUBSIGUIENTES	8
260210	CENTELLOGRAFIA ARTICULAC.-INCL.ARTROCENTESIS	13
* 260211	CENTELLOGRAMA DE TIROIDES	10
* 260212	CENTELL. DE TIROIDES Y MEDIASTINO	16
* 260213	BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA TIROIDES	62
* 260214	CENTELL. DE PARATIROIDES	10
* 260215	CENTELL. DE GLANDULAS SALIVALES	13
* 260216	CENTELL. DE PULMON-2 POSIC.C/MIN.	25
* 260217	CENTELL. HEPATICO-2 POSIC.C/MIN.	25
* 260218	CENTELL. DEL POOL VASCULAR HEPATICO	26
* 260219	CENTELL. DE PANCREAS	25
* 260220	CENTELL. DE BAZO	25
* 260221	CENTELL. RENAL BILATERAL	23
* 260222	CENTELL. DEL POOL VASC.RENAL	25
* 260223	CENTELL. DE PLACENTA	23
* 260224	CENTELL. DE VIAS LINFATICAS	25
* 260225	POR POSICIONES ADICIONALES	4
260301	A C T H	7
260302	ALDOSTERONA	9
260303	ALFAFETOPROTEINAS	7
260304	ANTICUERPOS ANTINUCL.PLASMATICOS	12
260305	ANGIENSINA I O II	7
260306	ANTIGENOS DE LA HEPATITIS B	12
260307	AMP - CICLICO	7
260308	CALCITONINA	7
260309	CEA - CARCINOMA EMBRIOGENICO	7
260310	CORTISOL	7
260311	DIGITOXINA	7
260312	DIGOXINA	7
260313	ESTRADIOL	7
260314	ESTROGENOS TOTALES	7
260315	ESTRIOL PLASMATICO	7
260316	ESTRONA	7
260317	FERRITINA PLASMATICA	8
260318	F S H	7
260319	GLUCAGON PLASMATICO	8
260320	LACTOGENO PLACENTARIO	7
260321	L H	7
260322	INMUNOGLOBULINA	7
260323	INSULINA	7
260324	PARATHORMONA	9
260325	POLIPEPTIDO INHIB.GASTRICO-GIP PLASMATICO	7
260326	POLIPEPTIDO INTEST.VASOACTIVO -V.I.P.-PLASMA	7
260327	POLIPEPTIDO PANCREATICO	7
260328	PROINSULINA	7
260329	PROGESTERONA	7
260330	PROLACTINA	7
260331	PROSTAGLANDINA E,OF,OPGA,OPGB,OPGFI	9
260332	RENINA	7
260333	SOMATOTROFINA S T H	7
260334	TESTOSTERONA	10
260335	TIROXINA PLASMATICA TOTAL T4	6
260336	TIROXINA EFECTIVA - ERT	6
260337	TRI - IODOTIRONINA - T3	6
260338	TIROTROFINA TSH	7
260401	PRUEBA ESTIM.SECR.SOMAT.-DETERMINACION STH -1-2-	31
260402	PRUEBA FRENO SECR.SOMAT.-DETERM.SOMATOTR.-1-2-	31

260403	PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO-DETERM.FSH-1-4	26	
260404	PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO-DETERM.LH-1-4	26	
260405	PRUEBA ESTIM.GONADAL-HGG-DET.ESTR.TOT.1-	16	
260406	PRUEBA ESTIM.GONADAL-HGG-DET.TSTOST.1-3	21	
260407	PRUEBA ESTIM.CON TRH CON DET.TSH- T4	38	
260408	PRUEBA ESTIM.CON TRH CON DET.TSH-1-4	26	
260409	ESTIM.HIPOTALAMICO CON DETERM.DE ACTH-1-	26	
260410	INHIBICION HIPOTAL.CON DETER.ACTH-1-4-	26	
260411	INHIBICION DE MUQUET CON DET.CORTISOL-1-	16	
260412	ESTUDIO RITMO CIRCADIANO CORTISOL-1-3	16	
260413	PRUEBA EST.HIPOT.CON DET.PROLACT.-1-4-	26	
260414	PRUEBA INHIB.HIPOT.CON DET.PROLACT.-1-4-	26	
260501	CENTELL. CEREBRO - 2 POSIC.	51	
260502	POR CADA POSIC.SUBSIG.	9	
260503	CENTELL. MEDULA OSEA	33	
260504	MIELOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	42	
260505	CISTERNOGRAFIA ISOT.-EXCL.HON.CIRUJ.	73	
260506	FISTULOGRAFIA ISOT.DE LCR-EXCL.HON.CIRUJ	51	
260507	VENTICULOGRAFIA ISOT.-EXCL.HON.CIRUJ.	73	
260508	CENTELL. OSEO - UN AREA	42	
260509	AREAS SUBSIGUIENTES	13	
260510	CENTELLOGRAFIA. DE ARTICULACIONES	33	
260511	CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES	27	
260512	CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES Y MEDIASTINO	37	
260513	BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA TIROIDES	115	
260514	CENTELL. DE PARATIROIDES	27	
260515	CENTELL. DE GLANDULAS SALIVALES	30	
260516	CENTELL.DE PULMON-2 POSIC.	46	
260517	CENTELL. HEPATICO-2 POSIC.	43	
260518	CENTELL. DEL POOL VASC.HEPATICO	46	
260519	CENTELL. DE PANCREAS	46	
260520	CENTELL. DE BAZO	46	
260521	CENTELL. RENAL-BILAT.	46	
260522	CENTELL. DEL POOL VASC.RENAL	46	
260523	CENTELL. DE PLACENTA	46	
260524	CENTELL. DE VIAS LINFATICAS	46	
260525	ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA POR AREA-C/U	44	
260526	ESTUDIO DINAMICO RENAL	60	
260527	RADIOCARDIOGRAMA	75	
260528A	PERFUSION SANG.MIOC.RADIOISOT-A-REPOSO	44	
260528B	PERFUSION SANG.MIOC.RADIOISOT-B-REP.Y PR.FZA	75	
260529	FLEBOGRAFIA RADIOISOT.POR AREAS-C/U	44	
260530	POR AREA ADICIONAL	14	
260531	DINAMICA DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTR.	44	
260532	DINAMICA TRANSITO INTESTINAL	44	
* 300111	RETINOGR.C/3 PLACAS-UNILAT.	10	
* 300112	RETINOGR.C/3 PLACAS-BILAT.	13	
330111	PRUEBAS PSICOMETRICAS -4 TEST		22
330112	PRUEBAS PROYECTIVAS-4 TEST		44
340414	COLECISTOGRAFIA ENDOVENOSA-MIN.5 PLACAS	49	
340415	COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA-MIN. 5 PLACAS	46	
340503	UROGR.ESCRET.C/EST.VESICAL.PRE Y POSTMIC	41	
340504	UROGR. MINUTADO O P/GOTEO PIELOGRAFIA P/	49	
* 340601	MAMOGRAFIA	20	
* 340602	MAMOGRAFIA -PROY.AXILAR	14	
340603	GALACTOGRAFIA	14	
340605	PELVINEMOGRAFIA	21	
340606	GINECOGRAFIA	42	
340607	PELVIMETRIA RADIOLOGICA	17	
340608	RX DEL EMBARAZO	10	
* 340701	SINUSOGRAFIA POR CATETERISMO	39	
* 340702	VENTRICULOGR.POR INYECC. DE MED.CONTR.	39	
* 340703	ARTERIOGRAFIA CEREBRAL POR CATETERISMO	41	
* 340704	ARTERIOGRAFIA CAROTIDEA O VERT.	35	
* 340705	NEUMOENCEFALOVENTRICULOGR.FRACC.	41	
* 340706	MIELOGRAFIA ASC.O DESC.,CISTERNOMIEL.,RA	31	
* 340707	DISCOGRAFIA,NEUROGR,EPIDUROGR.	18	
* 340810	ARTERIOGRAFIA ART.MED.Y/O INTERC.-POR ES	92	
* 340901	TOMOGRAMA LINEAL-5 PLACAS-POR EST.	51	
340902	TOMOGRAMA HIPOCICLOIDAL - POR EST.	51	
* 360105	CISTOTONOMANOMETRIA	12	
* 700101	POTENCIALES EVOCADOS-ESTUDIO SIN AGREGADOS	31	
* 700102	POTENCIALES EVOCADOS- 2 EST.O EST. C/AGREGADOS	51	
* 700103	POTENCIALES EVOCADOS-3 EST.O 2 EST.C/AGREGADOS	64	
* 710101	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER BLANCO Y NEGRO		108
* 710102	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR		215
* 710103	ERGOMETRIA COMPUTARIZADA		54
* 710104	PRESUROMETRIA		79
* 710105	ECO STRESS		138
* 710106	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO		143

* 720101	DENSITOMETRIA OSEA UN AREA		42
* 720102	DENSITOMETRIA OSEA MAS DE UN AREA CUERPO ENT.		65
* 730101	PAPILO-ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA		801
* 730102	ESOFAGOGASTRODUODENO-VIDEOSCOPIA		124
* 730103	COLONOVIDEOSCOPIA		157
* 730104	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA POR VIDEO		79
* 730105	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA COLONICA POR VIDEO		111
* 730106	VIDEOCOLECISTECTOMIA		1.068
* 730107	PH METRIA 24 HS COMPUTARIZADA	83	
* 730108	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTARIZADA	106	
* 730109	MANOMETRIA ANO RECTAL COMPUTARIZADA	106	
* 730110	BIOFEEDBACK (POR SESION)	20	
* 740101	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		58
* 740102	VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA		301
* 740103	CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO		68
* 740104	VIDEOCIRUGIA S/ANEXOS UTERINOS, Y/O		1.016
* 740105	VIDEOHISTERECTOMIA TOTAL CON O SIN ANEXECTOMIA		1.070
* 740107	ECO-DOPPLER OBSTETRICO	No Abona Coseguro	
* 750101	MAPEO CEREBRAL		97
* 750102	ELECTROENCEFALOGRAMA HOLTER		76
* 750103	POLISOMNOGRAFIA CON OXIMETRIA NOCTURNA	208	
* 750201	MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA		1.000
* 760101	EXTRAC.EXTRACPS.DE CATARATAS + LIO POR TODO CONCEPTO		547
* 760102	FACOFRAG.ULTRASONICA DE CATARATA + LIO x TODO CONCEP.		948
* 760103	YAG LASER-FOTOCOAGULACION POR CADA OJO		85
* 760104	RETINOFLUORESCENOGRAMA POR AGIOGRAFIA DIGITAL (X C/OJO)		24
* 760105	CAMPO VISUAL CAMPIMETRIA PERIMETRIA COMPUTARIZADA-BILATERAL		34
* 770101	RINOFIBROLARINGOSCOPIA		42
* 780101	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO COLOR		132
* 780102	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO BLA Y NE		85
* 780103	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO-COLOR		215
* 780104	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO BLA Y NE		117
* 790101	ECOGRAFIA VESICO-PROSTATICA TRANSRECTAL		50
* 790102	ESTUDIO URODINAMICO		136
* 790103	FLUJOMETRIA		51
* 790104	LITOTRICIA EXTRACORP. PARA CALCULOS REN. Y URETRALES		1.039
* 790105	MODULO MULTIPUNCIÓN PROSTATICA (INCLUYE PUNCIÓN,AGUJAS,ETC.		183
* 790106	MODULO MULTIBIOPSIA PROSTATICA		36
* 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		645
* 790402	BIOPSIA RENAL PERCUTANEA II		720
* 800101	CIRUGIA ARTROSCOPICA SIMPLE MODULO POR TODO CONCEPTO		974
* 800102	CIRUGIA ARTROSCOPICA COMPLEJA MODULO POR TODO CONCEPTO		979
* 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	91	
* 811002	TAC-CEREBRAL REFORZADA-INCLUYE CONTRASTE	91	
* 811003	TAC CEREBRAL DE CONTROL	35	
* 811004	TAC OFTALMOLOGICA	35	
* 811005	TAC TIROIDEA	91	
* 811006	TAC MAMARIA	91	
* 811007	TAC GINECOLOGICA	91	
* 811008	TAC ABDOMEN	91	
* 811009	TAC HEPATOB.-ESPLENICA-PANCR.RENAL-SUPR	91	
* 811010	TAC TORACICA	91	
* 811011	TAC VEJIGA Y PROSTATA	91	
* 811012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES	91	
* 811013	TAC COLUMNA	91	
* 811014	OCT - TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA	70	
* 813003	TAC CEREBRAL DE CONTROL CON CONTRASTE	91	
* 813004	TAC OFTALMOLOGICA CON CONTRASTE	91	
* 813005	TAC TIROIDEA CON CONTRASTE	91	
* 813006	TAC MAMARIA CON CONTRASTE	91	
* 813007	TAC GINECOLOGICA CON CONTRASTE	91	
* 813008	TAC ABDOMEN CON CONTRASTE	91	
* 813009	TAC HEPAT.ESPL.PANCR.RENAL-SUPR.CON CONT	91	
* 813010	TAC TORACICA CON CONTRASTE	91	
* 813011	TAC VEJIGA Y PROSTATA CON CONTRASTE	91	
* 813012	TAC OTROS ORGANOS O REG. CON CONTRASTE	91	
* 813013	TAC COLUMNA CON CONTRASTE	117	

* 821001	RMN DE CEREBRO SIN CONTRASTE	178
* 821004	RMN OFTALMOLOGICA (POR OJO) S/CONTRASTE	178
* 821005	RMN DE TIROIDES S/CONTRASTE	178
* 821008	RMN DE ABDOMEN S/CONTRASTE	178
* 821009	RMN DE HEPATOBILIAR -ESPLENICA-PANCREATICA RENAL -SUPRARRENAL-	178
* 821010	RMN TORACICA	178
* 821012	RMN DE OTROS ORGANOS O REGIONES	178
* 821013	RMN DE DE COLUMNA	178
* 821014	RMN DE RODILLA	178
* 821015	RMN DE ESPINAL	178
* 821016	RMN DE HUESOS LARGOS	178
* 821017	RMN DE PELVIS	178
* 821018	RMN DE HOMBRO	178
821019	RMN DE COLUMNA -DOS REGIONES	341
821020	RMN DE COLUMNA -TRES REGIONES	443
821021	COLANGIORRESONANCIA	265
821022	ANGIORRESONANCIA DE CUELLO O CEREBRO	213
821023	ANGIORRESONANCIA DE CUELLO Y CEREBRO	317
821024	RM DE CEREBRO Y ANGIORRESONANCIA DE CEREBRO	290
821025	ANGIORRESONANCIA ABDOMINAL U OTRAS	265
821026	URORRESONANCIA	265
821027	RM ATM DINAMICA (C/DIFERENTESGRADOS DE APERTURA Y ESTUDIO DINAMICO)	317
821028	RMN DE CEREBRO CON DIFUSION Y PERCUSION	345
* 823001	CONTRASTE PARA CUALQUIER RMN	26
* 830101	ANG.CEREBRO POR CATETERISMO	No Abona Coseguro
* 830102	ANG. DE VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO	No Abona Coseguro
* 830103	ANG.CEREB. Y VASOS CUELLO POR CATETERISMO	No Abona Coseguro
* 830104	CINEANGIOCORONARIOGRAFIA	No Abona Coseguro
* 830105	MODULO ANGIOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL Y OTRAS RAMAS	No Abona Coseguro
* 830203	ANGIOPLASTIA TRANS. PERIFERICA SIMPLE	1.334
* 830204	ANGIOPLASTIA TRANS.PERIFERICA COMPLEJA	1.334
* 830211	ANGIOPLASTIA TRANS. CORONARIA SIMPLE - INCLUYE STENS -	2.753
* 830212	ANGIOPLASTIA TRANS. CORONARIA COMPLEJA - INC.STENS -	2.753
* 830301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO SIMPLE O COMPLEJO	486
* 830302	ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA	1.949
* 830303	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO MAS ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA	1.949
* 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
* 870101	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

CAPÍTULO 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 INTRODUCCION DE SUSTANCIAS TERAPEUTICAS,	48	49	50
02.03.03	SUBCONJUNTIVALES	**	**	**
02.03.05	SUTURA DE CONJUNTIVA-INCL.EXTR.CUERPO EXTR.	81	83	85
03.01.05	INCISION Y DRENAJE DE AURICULA-SUTURA	28	29	30
03.01.09	ESCIC. DE LESION LOCAL COND.AUDITIVO EXT.BIOP	28	29	30
03.04.06	RESECC.LESION LOCAL ENDONASAL-EXTIRP.POLIPOS	42	43	45
03.05.15	PUNCION-BIOPSIA SENO PARANASAL	19	21	23
03.05.15	DIAGNOSTICA	19	21	23
03.08.07	BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL-EXTRACC.CALCULOS	45	49	53
03.08.07	DIAGNOSTICA	45	49	53
03.13.03	INCISION Y DRENAJE AMIGD.O TEJIDOS PERIAMIGD.	28	29	30
06.01.11	PUNCION QUISTE MAMARIO-BIOPSIA MAMAS	25	26	27
08.06.16	INCIS.O DRENAJE DE ABCESO PERIANAL	53	56	59
09.01.07	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO POR PUNCION	20	20	20
10.07.05	BIOPSIA DE PENE	34	36	38
10.07.11	INCISION DORSAL-LAT.PREPUCIO-FRENULOTOMIA	48	50	52

11.02.15	ESCISION LOCAL LESION CUELLO- POLIPO	34	36	38
11.02.15	DIAGNÓSTICA	34	36	38
11.03.15	HIMENOTOMIA -INCISION Y DRENAJE - ABCESO	76	77	78
11.04.05	AMNIOCENTESIS TRANSABDOMINAL O VIA VAGINAL	37	41	45
12.02.02	ESTERNON-ESCAPULA-HUMERO-	37	42	47
12.02.04	CLAVICULA COSTILLA-ROTULA-METACARP-METATARS-	17	19	22
12.04.06	PUNCION BIOPSIA DE CUALQUIER OTRO HUESO	29	31	33
12.08.01	ARTROCENTESIS - DIAGN.TERAP. ,P/ARTOGRAFIA	11	12	13
12.13.03	CLAVICULA, HOMBRO, CODO, MUÑECA, METACARPO, TOBILLO.....	**	**	**
12.13.04	METACARPO O METATARSO - FALANGICAS ...	53	55	57
12.18.01	INFILTRACIONES Y MOVILIZ.-MUSC.PERIARTICULARES	11	12	13
12.19.06	CORSET	109	112	116
12.19.12	VENDAJE EN 8 - ENYESADO	23	25	26
12.19.14	VELPEAU DE YESO	31	32	33
12.19.15	VENDAJE DE VELPEAU	21	22	23
12.19.17	YESO BRAQUIPALMAR	55	57	60
12.19.18	YESO COLGANTE	46	47	48
12.19.19	YESO ANTEBRAQUIPALMAR	46	47	48
12.19.20	MANO DE YESO	21	22	23
12.19.21	VALVA LARGA DE MIEMBRO SUPERIOR	23	25	26
12.19.22	VALVA CORTA DE MIEMBRO SUPERIOR	21	22	23
12.19.24	DUCROQUET	63	67	71
12.19.25	CALZA DE YESO-YESO CRURO-PEDICO	55	57	60
12.19.26	BOTA LARGA DE YESO	63	67	71
12.19.27	BOTA CORTA DE YESO	55	57	60
12.19.30	VALVA CORTA DE MIEMBRO INFERIOR	21	22	23
12.19.32	TRACCION CONTINUA CUTANEA - TRAC. PARTES BLANDAS CON FRONDAS	55	57	60
13.01.04	ESCISION LOCAL LESION DE PIEL O GL.DE PIEL	48	50	52
13.01.05	INCISION Y DRENAJE ABCESO SUPERF-EXTR.CPO.EXT	28	29	30
13.01.08	BIOPSIA DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBC.O MUSC.	28	29	30
13.01.09	ESCISION DE UÑA LECHO O REPLIEGUE UNGUEAL	34	36	38
13.01.10	SUTURA DE HERIDAS	53	56	59
13.01.12	ESCISION DE TUMOR DE TEJ.CELULAR SUBCUTANEO INCISION Y DRENAJE DE ABCESO PROFUNDO SUBA-PONEUROTICO	49	52	54
13.01.14	EXT	53	56	59
14.01.02	TESTIFICACION PARCIAL H/4 SES.	5	5	6
15.01.01	BIOPSIA POR INCIS.O PUNCION	16	18	20
15.01.06	CITOLOG. EXFOLIATIVA ONCOLOGICA	14	16	17
15.01.07	CITOLOG. EXFOLIATIVA HORMONAL-C/4 EXT.	14	16	17
15.01.10	CITOLOG.EXFOLIAT.ONCOL.BRONQUIAL	24	27	30
15.01.11	CITOL EXFOL ONCOL DE LIQUIDOS	16	18	20
17.01.01	ELECTROCARDIOGRAMA EN CONSULTORIO	6	6	7
17.01.02	ELECTROCARDIOGRAMA A DOMICILIO	7	7	8
17.01.11	ERGOMETRIA	13	14	16
17.01.13	OSCILOMETRIA	I/C	I/C	I/C
17.01.14	PLETISMOGRAFIA	I/C	I/C	I/C
17.01.16	TERMODILUCION	4	5	5
17.01.17	REHABILITACION-POR MES-8 A 12 SESIONES	32	36	39
19.01.01	METABOLISMO BASAL	2	2	3
20.01.01	TEST DE BERNSTEIN	5	5	6
20.01.02	SONDEO GASTRICO FRACC.	9	11	12
20.01.03	SONDEO GASTRICO EN AYUNAS	4	4	5
20.01.04	SONDEO CON ELECTR. INTRAGASTR.	4	4	5
20.01.05	SONDEO GASTR. CON INSULINA	10	11	13
20.01.06	SONDEO DUODENAL CON CONTROLRAD. DE SONDA	11	12	13
20.01.07	SONDEO DUODENAL CON SONDA DE DOBLE LUZ	13	15	17
20.01.08	CLEARANCE DE BROMOSULFTALEINA	9	10	11
20.01.09	TEST DE RETENCION DE BSF A LOS 45 MIN.	5	6	6
20.01.10	TEST DE RETENCION DE BROMOSULFTALEINA	3	4	4
20.01.11	MOTILIDAD ESOFAGICA-MANOMETRIA	17	20	22
20.01.12	DETERMINAC.DEL REFLUJO GASTROSO.F X MICROELECT.	9	10	11
20.01.13	LAVADO GASTRICO O ESOFAGICO	2	2	3
20.01.14	EXTRACC. DE MATERIAL DE ESOFAGO O ESTOMAGO	3	3	4
20.01.16	BIOPSIA PERORAL ESOF.O GASTR.POR ASPIRAC.	3	4	4
20.01.17	BIOPSIA PERORAL DEL INTEST.DELGADO POR ASPIAC.	9	10	11
20.01.18	BIOPSIA PERORAL DEL INT.DELG.POR ASP.EXTR.MULT	13	15	17
20.01.19	ESOFAGOSCOPIA CON INSTR.RIGIDO	12	13	14
20.01.21	GASTROSCOPIA CON INSTR.RIGIDO	16	17	19
20.01.22	ESOFAGOGASTRODUODENOFIBROSCOPIA	54	58	61
20.01.23	CANULACION ENDOSC.DE PAPILA DE VATER	32	36	39
20.01.24	COLONOSCOPIA	69	73	77
20.01.25	RECTOSIGMOIDOSCOPIA C/INST.RIGIDO	11	12	13
20.01.27	ANOSCOPIA	I/C	I/C	I/C
20.01.28	DILATAC.ESOFAGICA C/CONTROL ENDOSC.X SES.	17	20	22
20.01.29	DILAT.ESOFAGICA CON SONDA DE MERCURIO	9	10	11

20.01.30	REDUCCION NO QUIR.DE INVAG.INTEST.	12	13	14
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	4	4	5
22.01.02	COLPOCITOLOGIA	I/C	I/C	I/C
22.01.03	TEST DE SIMS-HUNER	2	2	3
22.01.04	EST DEL MOCO CERVICAL	2	2	3
22.01.05	PERSUFLACION CON REGISTRO QUIMIOGRAFICO	5	5	6
22.01.06	PERSUFLACION,HIDROTUBACION,POR CADA SESION	2	2	3
22.02.01	AMNIOSCOPIA	3	3	4
22.02.02	MONITOREO FETAL - CADA UNO	SMI	SMI	SMI
22.02.03	METODO PSICOPROFILACTICO DEL PARTO	15	17	19
23.01.01	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA IN VIVO O IN VITRO	10	10	11
23.01.02	AGREGACION PLAQUETARIA-MIN. 3 SUST.INDUCTORAS	15	16	17
23.01.03	ADENOGRAMA	7	8	9
23.01.04	INV.DE AGLUTININAS	4	4	4
23.01.05	AGLUTININAS DEL SIST ABO	4	5	5
23.01.06	ANTICOAGULANT CIRCULANT, DETERMINACION DE	3	3	4
23.01.07	ANTICUERPO, ELUCION DE	3	4	4
23.01.08	ANTICUERPOS INMUNES - LANDSTEINER	3	3	3
23.01.09	ANTICUERPOS INMUNES - WITEBESKY	4	4	4
23.01.10	ANTIGLOBULINA	3	3	3
23.01.11	ANTITROMBINA	3	4	4
23.01.12	AUTOHEMOLISIS, PRUEBA DE	4	5	5
23.01.13	BENCE JONES, PROTEINA DE	1	2	2
23.01.14	BILIRRUBINEMIA TOTAL -DIRECTA, INDIRECTA	2	2	2
23.01.15	CELULAS FALCIFORMES O DREPRANOCITICAS	2	2	3
23.01.16	CELULAS L E -MEDULA-	6	6	7
23.01.17	CELULAS L E-SANGRE-	3	4	4
23.01.18	COAGULACION Y SANGRIA, TIEMPO DE	1	2	2
23.01.19	COAGULO, RETRACCION DE	1	2	2
23.01.20	COOMBS DIRECTA, PRUEBA DE	3	3	3
23.01.21	COOMBS INDIRECTA,PRUEBA DE -CUALITAT-	3	3	3
23.01.22	COOMBS INDIRECTA,PRUEBA DE -CUANTITAT-	4	4	5
23.01.23	CRIOAGLUTININAS	1	2	2
23.01.24	CRIOGLOBULINAS	2	2	3
23.01.25	CROMATINA SEXUAL	2	2	3
23.01.26	DACIE PRUEBA DE	3	3	3
23.01.27	DAVIDSHON DIFERENCIADA PRUEBA DE	4	4	5
23.01.28	DONATH-LANDSTEINER CUANTIT.	3	4	4
23.01.29	ELECTROFORESIS S/PAPEL-HEMOGL. O SUERO	4	5	5
23.01.30	ELECTROF. POLIACRIDAMIDA CUALIT	5	5	6
23.01.31	ELECTROFORESIS POLIACR.CUANTIT.	7	8	9
23.01.32	EOSINOFILOS RECUENTO DE	1	2	2
23.01.33	ERITROSEDIMENTACION	1	2	2
23.01.34	ESPECTROFOTOMETRIA. DEL LIQ. AMNIOT.	5	5	6
23.01.35	ESPLENOGRAMA	10	10	11
23.01.36	ESTADO SECRETOR	3	3	3
23.01.37	ETANOL PRUEBA DE GELIF.	1	2	2
23.01.38	EXTON ROSEE PRUEBA DE	4	4	5
23.01.39	FACTOR DE COAGULACION II-PROTOMB.	3	4	4
23.01.40	FACTOR DE COAGULACION V	4	4	4
23.01.41	FACTOR DE COAGULACION VII	4	4	4
23.01.42	FACTORES DE COAGUL. COMPLEJO VII-X	4	4	4
23.01.43	FACTOR DE COAGULACION VIII	4	5	5
23.01.44	FACTOR DE COAGULACION IX	4	5	5
23.01.45	FACTOR DE COAGULACION X	5	5	6
23.01.46	FACTOR DE COAGULACION XI	4	5	5
23.01.47	FACTOR DE COAGULACION XII	4	5	5
23.01.48	FACTOR DE COAGUL. XIII CUALITATIVO	1	2	2
23.01.49	FACTOR DE COAGUL. XIII SEMICUALITATIVO	4	4	5
23.01.50	FERREMIA. SIDEREMIA	3	3	4
23.01.51	FIBRINOGENO-SANGRE-	4	5	5
23.01.52	FIBRONILISINA-LISIS DE EUGLOBULINAS-	4	5	5
23.01.53	FOLICO ACIDO-MICROBIOLOGICO-	5	6	6
23.01.54	FORMULA LEUCOCITARIA-	1	2	2
23.01.55	FOSFATASA ALCALINA LEUCOCIT.-CITOQUIMICA-	3	3	3
23.01.56	GLOBULINA GAMMA-SUERO-	3	3	3
23.01.57	GLOBULINA GAMMA-LATEX-	3	4	4
23.01.58	GLOBULOS BLANCOS.RECUENTO	1	2	2
23.01.59	GLOBULOS ROJOS.RECUENTO	1	2	2
23.01.60	GLUCOGENO-CITOQUIMICO-	3	3	3
23.01.61	GLUCOGENO PREVIA DIGES.-CITOQUIMICO-	4	4	4
23.01.62	GOTA GRUESA	1	2	2
23.01.63	GRUPO SANGUINEO ABO.	2	2	2
23.01.64	HAM, PRUEBA DE	3	3	3

23.01.65	HEINZ, CUERPOS DE	2	2	3
23.01.66	HEMATIES, RESIST.GLOBULAR OSMOTICA DE LOS	3	3	3
23.01.67	HEMATIES, TRIPSINAC.DE LOS U OTROS MET.ENZIMAT.	1	2	2
23.01.68	HEMATOCRITO.	1	2	2
23.01.69	HEMOAGLUTINAC.PASIVA,PRUEBA DE-HEMATIES TANADOS-	5	6	6
23.01.70	HEMOAGLUTININAS-WIUGHAN-	3	3	3
23.01.71	HEMOAGLUTINOGENOS-SUBTIPOS DEL SIST.ABO C/DET	3	3	3
23.01.72	HEMOAGLUTINOGENOS DU	4	4	4
23.01.73	HEMOGLOBULINA.DOSAJE	1	2	2
23.01.74	HEMOGLOBULINA.ELECTROFORESIS DE	4	5	5
23.01.75	HEMOGLOBULINA EN PLASMA	3	3	3
23.01.76	HEMOGLOBULINA.SOLUBILIDAD DE LA	3	3	3
23.01.77	HEMOGLOBULINA ALCALIRESISTENTE	3	3	3
23.01.78	HEMOGRAMA.INCL.RTO.HEMAT.LEUCO.F.LEU.MORF.HEM	2	3	3
23.01.79	HEMOSILINAS EN CALIENTE-TITULAC-EXCL.ANTICUER	3	3	3
23.01.80	HEMOSIDERINA.INVESTIG.-CITOQUIMICA-	3	3	3
23.01.81	HEPARINA.RESIST.A LA, IN VITRO-SOULO SIMILAR	3	4	4
23.01.82	HEPARINA, RESIST. A LA, IN VIVO-DE TAKATS-	3	4	4
23.01.83	HIPERHEPARINEMIA	5	6	6
23.01.84	IBC-IRON BINDING CAPACITY-	4	4	4
23.01.85	IDENTIF.ANTICUERP.C/PANEL EN MEDIO SALI.O ALB	10	11	11
23.01.86	INDICE OPSONOCITOFACIGO	5	5	6
23.01.87	INMUNOELECTROFORESIS	9	9	10
23.01.88	LATEX GLOBULINA GAMMA	3	4	4
23.01.89	LATEX L E	4	5	5
23.01.90	LAZO, PRUEBA DEL	I/C	I/C	I/C
23.01.91	LEUCINOAMINOPEPTIDASA, TEST DE	6	7	7
23.01.92	LEUCOAGLUTINACION, INHIBICION DE	5	5	5
23.01.93	LEUCOAGLUTININAS, METODO DIRECTO	3	3	3
23.01.94	LEUCOCITOS, RESISTENCIA DE LOS	3	3	3
23.01.95	LEUCOPRECIPITINAS	3	3	3
23.01.96	MAGNESIO-SANGRE-	3	3	3
23.01.97	MEDULOGRAMA. MIELOGRAMA	9	10	11
23.01.98	MONONUCLEOSIS INFEC.,REACCION P/-MONOTEST-	4	4	4
23.01.99	PARASITOS HEMATICOS	3	3	4
23.02.01	PAUL BUNELL, REACCION DE	3	3	3
23.02.02	PEROXIDASAS	1	2	2
23.02.03	PLAQUETAS, RECUENTO DE	1	2	2
23.02.04	PLASMA RECALCIFICADO, TIEMPO DE	1	2	2
23.02.05	PORFIRINAS-ORINA-	3	3	3
23.02.06	PDF-PROD. DE DEGRAD. FIBRINOG.-FIBRINA-	6	7	7
23.02.07	PROACTIVADOR PLASMINOGENO	5	5	6
23.02.08	PROTROMBINA, -WARE, SEEGERS	5	5	6
23.02.09	PROTROMBINA, CONSUMO DE	3	3	3
23.02.10	PROTROMBINA, TIEMPO DE - QUICK-	2	2	2
23.02.11	RECUENTO Y FORMULA	2	2	3
23.02.12	REFFHUS, CURVA DE	3	3	4
23.02.13	RH.	2	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	2	2	2
23.02.17	RH. FACTOR E-MAYUSCULA-	2	2	2
23.02.18	RH. FACTOR E-MINUSCULA-	2	2	2
23.02.19	RETICULOCITOS	1	2	2
23.02.20	SIA, TEST DE	1	2	2
23.02.21	SICKLE CELLS, INDUCCION QUIMICA	2	2	3
23.02.22	SIDEROFILINA, CAPACIDAD DE SATURAC. DE LA	4	4	4
23.02.23	SULFATO DE PROTAMINA,PRUEBA DE GELIFICACION	5	6	6
23.02.24	TROMBINA, PRUEBA DE LA GENERACION DE LA	4	5	5
23.02.25	TROMBINA, TIEMPO DE	2	2	2
23.02.26	TROMBOPLASTINA, PRUEBA DE LA GENER. DE -BIGGS	8	9	10
23.02.27	TROMBOPLASTINA,PRUEBA DE LA GENER.SUST.C/REAC	20	22	25
23.02.28	TROMBOPLASTINA,PRUEBA DE LA GENER.SIMPLIFICA.	6	6	7
23.02.29	TROMBOPLASTINA, TIEMPO DE -PARCIAL-	3	3	3
23.02.30	TROMBO TEST DE OWEWN	3	3	3
23.02.31	TROMBOELASTOGRAMA	6	6	7
23.02.32	XENODIAGNOSTICO-ESTUDIO COMPLETO-	14	16	17
26.02.01	CENTELLOGRAMA DE CEREBRO-2 POSIC.	26	29	32
28.01.01	ESPIROMETRIA	6	6	7
28.01.02	ESPIROMETRIA CON BRONCODILATADORES	8	9	10
28.01.03	BRONCOESPIROMETRIA	12	13	14
28.01.04	TRAQUEOSCOPIA	7	7	8
28.01.05	BRONCOSCOPIA CON INSTR.RIGIDO	26	29	32
28.01.06	BRONCOFIBROSCOPIA	54	58	61
28.01.07	CURVA DE FLUJO VOLUMEN	5	5	6
28.01.08	DETERM. DE VOLUMENES PULMONARES	8	9	10

28.01.09	ESTUDIO DE MECANICA PULMONAR	11	13	14
28.01.10	ANALISIS GASES AIRE ESPIR.Y S.ART-VEN-	11	13	14
29.01.01	ELECTROENCEFALOGRAFIA CON ACTIV.SIMPLE	12	13	15
29.01.02	ELECTROENCEFALOGRAFIA CON ACTIV.COMPLEJA	19	21	24
29.01.03	NISTAGMOGR.-ELECTORRETINOGR.	11	13	14
29.01.04	ELECTROMIOGRAFIA MMBRS.SUP-INF-FACIAL	12	13	14
29.01.05	ELECTROMIOGRAFIA DE LOS 4 MMBRS.	21	23	26
29.01.06	ELECTROMIOGRAFIA CON VELOC.CONDUCC.	23	24	26
29.01.07	REFLEXOGRAMA PATELAR Y/O AQUILIANO	3	4	4
29.01.08	CRONAXIMETRIA	4	4	4
29.01.09	ELECTRODIAGNOSTICO	4	4	4
29.01.10	REOGRAFIA CEREBRAL,CARD. O VASC.	11	13	14
30.01.01	OFTALMODINAMOMETRIA	4	5	6
30.01.02	CAMPO VISUAL-CAMPIMETRIA Y/O PERIMETRIA	10	11	13
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	5	6
30.01.09	CURVA TENSIONAL	8	9	9
30.01.10	TONOGRAFIA-C/ TONOGRFO ELECTRONICO	5	6	6
30.01.13	RETINOFLUORESCINOGRAFIA UNILATERAL	16	18	20
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	3	3	3
30.01.17	DEPIL.ELECT. DEL PARPADO-TODOS LOS ELEM.AFECT	3	4	4
30.01.18	DILAT.CONDUCTO LACRIMONOSAL C/INTUBACION	14	16	19
30.01.19	OFTALMOSCOPIA.INDIREC.BINOC.C/ESQ.FONDO DE OJO	4	5	6
30.01.20	ESTUD.FIJACION EN ESTRABISMO-C/VISUSCOPIO-	7	8	9
30.01.21	CATETERIZACION DE CONDUCTO LACRIMONASAL	I/C	I/C	I/C
30.01.22	EXOFTALMOL.-INCL.PRESC.CRIST.CONTROL POST.TONOM.FONDO OJO	10	11	13
31.01.01	EXAMEN FUNCIONAL LABERINTICO	3	4	4
31.01.02	AUDIOMETRIA	3	3	4
31.01.03	LOGOAUDIOMETRIA	4	4	5
31.01.04	PRUEBAS SUPRALIMINARES-C/U	3	3	4
31.01.05	SELECCION DE OTOAMPLIFONOS	3	4	4
31.01.07	TECNICA DE PROESTZ, HASTA 10 SESIONES	6	6	7
31.01.08	INSUFLACION TROMPAS EUSTAQUIO-MAX.5 SES.X C/U	I/C	I/C	I/C
31.01.09	IMPEDANCIOMETRIA	6	7	8
31.01.10	RINOMANOMETRIA	13	14	16
31.01.11	EXTRAC.CUERPO EXTRANO OIDO-T.CERUME UNI-BILAT	3	3	4
31.01.12	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	2	2	3
31.01.13	TAPONAMIENTO NASAL ANTEROPOSTERIOR	3	3	4
31.01.14	EXTRACCION CUERPO EXTRANO EN NARIZ	I/C	I/C	I/C
31.01.15	CAUTERIZACION DE NARIZ	3	3	4
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	11	12	13
31.01.19	EXPRESION DE ADENOIDES O LAVAJE RINOADENOIDEO	I/C	I/C	I/C
31.01.20	EXTRACCION DE CALCULO SALIVAL S/INCIS.CATETER	3	3	4
31.01.21	INYECCION SUST.RADIOPACA P/BRONCOGRAFIA	2	2	2
31.01.22	OTOMICROSCOPIA	3	4	4
33.01.01	PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES-POR SESION	15	15	15
33.01.02	PSICOT. GRUPALES O COLECT-POR SESION	6	6	6
33.01.03	PSICOT.DE PAREJA O FLIA-POR SESION	15	15	15
33.01.04	PSICOTERAPIA VINCULAR	15	15	15
33.01.05	ATENCION INDIVIDUAL DE URGENCIA	19	19	19
33.01.06	ATENCION EN DOMICILIO	17	17	17
33.01.13	ORIENTACION A PADRES Y/O FAMILIARES	15	15	15
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	8	9	9
34.01.02	RADIOSCOPIA CON INTENSIF-AGREGAR -	19	20	20
34.01.03	RADIOSC.C/CIRCUITO TV - AGREGAR	19	20	20
34.02.01	RX CRANEO-CARA-CAVUN-1 EXP	10	11	12
34.02.02	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	7	7	7
34.02.03	HUESO TEMPORAL-POR DIA	13	14	15
34.02.04	ARTIC.TEMPOROMAND.3 POSIC.	13	14	15
34.02.05	ORTOPANTOMOGRAMA-1 EXPOS.	22	23	23
34.02.06	POR EXPOSIC.SUBSIG.	19	20	20
34.02.07	TELERADIOGRAFIA DE CRANEO-1 EXPOSIC.	19	20	20
34.02.08	POR EXPOSIC.SUBSIG.	15	15	16
34.02.09	RX RAQUIS - COLUMNA-1 EXPOSIC.	12	12	13
34.02.10	POR EXPOSIC. SUBSIG.	8	8	9

34.02.11	RX HOMBR-HUMERO-PELVIS-CAD.FEM-1 EXP.	12	12	13
34.02.12	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	8	8	9
34.02.13	RX CODO,ANTEBR,MUÑ,MANO,DEDO,ROD ETC.	12	12	13
34.02.14	ORTORADRIOGR.POR ESTUDIOS-MED.MMBRS	15	16	16
34.02.15	RX AMPLIADA	11	12	12
34.02.16	ARTOGRAFIA-1 EXPOSIC.	10	10	11
34.02.17	POR EXPOSIC.SUBSIG.	7	7	7
34.02.18	UNA PLACA APICAL	3	3	3
34.02.19	UNA PLACA OCLUSAL	7	7	8
34.02.20	SEMISERIADA HASTA 7 PLACAS	11	11	12
34.02.21	SERIADA DE 7 A 17 PLACAS	19	20	21
34.03.01	RX O TELERADIOG. DE TORAX- 1 EXPOSIC.	10	11	12
34.03.02	POR EXPOSIC.SUBSIG.	7	7	7
34.03.03	BRONCOGRAFIA-SIN ENDOSC.NI ANES.GRAL.-4	24	25	26
34.03.04	NEUMOMEDIASTINO-FRENTE Y PERFIL-SIN HONO	16	17	18
34.04.01	SIALOGRAFIA POR GLANDULA Y POR LADO	18	18	19
34.04.02	ESOFAGO-EST.RADIOLOGICO SERIADO	18	18	19
34.04.03	ESTOMAGO Y DUODENO, ESTUDIO SERIADO	36	37	38
34.04.04	ESTOMAGO Y DUODENO, ESTUDIO SERIADO	46	48	50
34.04.05	EST. SERIADO ESOFAGOGASTRODUODENAL	49	51	53
34.04.06	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA-INC.SOND. DUODE	30	31	33
34.04.07	TRANSITO DE INTESTINO DELGADO O DE COLON	23	24	25
34.04.08	EST RADIOLOGICO SERIADO ILEOCECOAPENDICU	11	11	12
34.04.09	COLON POR ENEMA Y EVACUADO-MIN. 3 PLACAS	19	20	20
34.04.10	COLON POR ENEMA Y EVACUADO-MIN. 5 PLACAS	30	31	33
34.04.11	COLON POR ENEMA,EVAC.E INSUFLADO-MIN.6 P	41	43	45
34.04.12	COLON DE ENEMA,EVAC.DOBLE CONTRAS-MIN.8	61	64	67
34.04.13	COLECISTOGRAFIA ORAL MIN. 3 PLACAS	22	23	23
34.04.21	RADIOGR. SIMPLE DE ABDOMEN- 1 EXPOS.	10	10	11
34.04.22	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	7	7	7
34.05.01	RX SIMPLE DE ARBOL URINARIO	10	10	11
34.05.02	UROGRAMA ECRETOR	33	34	35
34.05.05	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	10	10	11
34.05.06	POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE	7	7	7
34.05.07	CISTOURETOGRAFIA MICCIONAL.	17	17	18
34.05.08	CISTOURETOGR. P/EST.DE INCONT.-MIN 4 PLA	23	24	25
34.06.04	HISTEROSALPINOGRAFIA	I/C	I/C	I/C
34.08.01	CONTROL RAD.P/COLOCAC.MARCAPASOS TRANSIT	I/C	I/C	I/C
34.08.02	CONTROL RAD.P/COLOCAC.MARCAPASOS DEFINIT	I/C	I/C	I/C
34.08.03	CONTROL RAD.P/CATERISMO S/ANGIOCARDIOG	18	18	19
34.08.04	CARDIOGR.O ANGIOCARDIOGR.	63	65	67
34.08.07	PANARTERIOGR.DEL CAYADO AORT-.POR EST.	45	46	47
34.08.08	AORTOGR.POR PUNCION LUMBAR-1 EXPOS.	16	17	18
34.08.09	POR EXPOS.SUBSIG. Y HASTA 4 EXPOSIC.	11	12	12
34.08.11	ARTERIOGR.SELECTIVA -6 PLACAS	52	54	56
34.08.12	ARTERIOGR.PERIFERICA -1 EXPOSIC.	15	16	16
34.08.13	POR CADA EXPOSIC.SUBSIG. Y HASTA 4 EXPOSIC.	10	10	11
34.08.14	CAVOGRAFIA - 1 EXPOSICION	14	14	15
34.08.15	POR CADA EXPOSIC.SUBSIG. Y HASTA 4 EXPOSIC.	10	10	11
34.08.16	ESPLENOPORTOGRAFIA POR PUNCION ESPL.	14	14	15
34.08.17	POR CADA EXPOSICION SUBSIG.Y HASTA 4 EXPOSIC	11	12	12
34.08.18	FLEBOGRAFIA SELECTIVA - 1 EXPOSIC.	14	14	15
34.08.19	POR EXPOSICION SUBSIG. Y H/4 EXPOSIC.	10	10	11
34.08.20	FLEBOGRAFIA DE MIEMBR. SUP O INF.-1 EXP.	14	14	15
34.08.21	POR CADA EXPOSICION SUBSIG.Y HASTA4 EXPOSIC	10	10	11
34.08.22	LINFOGRAFIA- POR EXPOSICION	10	10	11
34.09.03	FISTULOGRAFIA- MIN 2 PLACAS	17	17	18
34.09.04	DACRIOSISTOGRAFIA-3 PL.-POR EST.-S/HON.E	21	21	22
34.09.08	RX A DOMICILIO- RADIO URBANO-1 EXPOS.	26	27	27
34.09.09	RX A DOMICILIO-RADIO URBANO-POR C/EXP.SU	11	12	12
35.01.02	COBALTOTERAPIA	**	**	**
36.01.01	URETROCISTOSCOPIA C/INSTR. RIGIDO	11	13	21
36.01.02	URETROCISTOFIBROSCOPIA	43	45	46
36.01.03	SONDAJE VESICAL-EVAC.P/INSTIL.TERAP.	I/C	I/C	I/C
36.01.04	SONDAJE VESICAL -P/CISTOGR.DE REPL.-URETROC.	I/C	I/C	I/C
36.01.06	DILATACION URETRAL	I/C	I/C	I/C
36.01.07	URETROSCOPIA	7	7	8
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	1	1
43.04.02	NEBULIZACION CON NEBULIZ.ULTRAS.-INCLU.OXIGE.	1	1	1
CONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS			AC/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 II – PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS
CAPÍTULO XVI – PRACTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Siempre	Al Prestador
05.02	CONSUL. PREVENT. PERIODICA. INCLUYE CEPILLADO PREVIO Y APLICACION DE FLUOR. POR TRAT. A PARTIR DE 13 AÑOS		

19

ANEXO V

TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA
SECCIÓN III – PRESTACIONES BIOQUÍMICAS
CAPÍTULO III – PRACTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

CODIGO	DESCRIPCION	COSEGURO	
		En Siempre	Al Prestador
* 90.01	DOSAJE DE DROGAS TERAPEUTICAS (MONITOREO)	22	
* 90.02	AC.ANTICORE DE HEPATITIS B (ANTI HBc)	20	
* 90.03	AC. ANTI e DE HEPATITIS B (ANTI HBe)	20	
* 90.04	ANTICUERPO HAV Ig. G	20	
* 90.05	ANTICUERPO HAV Ig. M	27	
* 90.06	ANTIC.ANTIG.SUPERF.HEPATITS B (ANTI HBs)	20	
* 90.09	ANTIC.CITOMEGALOVIRUS IFI	12	
* 90.10	ANTIC. PSITACOSIS (CLAMIDEAS)	19	
* 90.11	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	24	
* 90.15	CA 15-3 ; CA 125 ; CA 199 ; CA 129	33	
* 90.17	CHAGAS Ig. M IFI	16	
* 90.20	DELTA 4 ANDROSTENEDIONA	17	
* 90.27	GONADOTROFINAS SUBUNIDAD BETA EN SUERO	15	
* 90.33	LINFOCITOS B, RECUENTO (ROSETAS EAC)	12	
* 90.34	LINFOCITOS T, RECUENTO (ROSETAS E)	12	
* 90.35	LINFOCITOS T8 (CD8), Y/OT3 (CD3),Y/O T4 (CD4)	24	
* 90.46	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	14	
* 90.47	TIROGLOBULINA	27	
* 90.51	AC. ANTI HEPATITIS "C"- HCV	36	
* 90.55	INMUNOGLOBULINA E ESPECIFICA	18	
* 90.59	OSTEOCALCINA	37	
* 90.60	ANTIC.ANTI-RC DE TSH (TB II)	23	
* 90.61	PEPTIDO C	18	
* 90.62	SHBG-GLAE	24	
* 90.63	ANTICUERPOS ANTIPEROXIDASA	9	
* 90.64	DETECCION DE MICROALBUMINURIA		13
* 90.65	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgA	20	
* 90.66	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgG	20	
* 90.67	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgA	20	
* 90.68	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgG	20	
* 90.69	TROPONINA T		23
* 90.71	DOSAJE DE SUBPOBLACION LINFOCITARIA (P/PACIENTES CON HIV/SIDA)	No Abona Coseguro	
* 90.72	CARGA VIRAL (P/PCIENTES HIV/SIDA)	No Abona Coseguro	
* 90.73	HIV RESISTENCIA A ANTIRRETROVIRALES	No Abona Coseguro	
* 90.75	AC. ANTI. TRANSGLUTAMINASA TISULAR	20	

REQUIEREN PRESENTACION DE FORMULARIO "SOLICITUD DE PRACTICAS ESPECIALES"

ANEXO VI

TÍTULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA
SECCIÓN IV – PRESTACIONES ÓPTICAS

CAPITULO I – CÓDIGOS

CODIGO	DESCRIPCION	
ESFÉRICOS		
ESFERICOS BLANCOS		
50.02.01	AL 2 -BLANCOS-	\$ 53,00
50.04.01	AL 4 -BLANCOS-	\$ 57,00
50.06.01	AL 6 -BLANCOS-	\$ 73,00
50.08.01	AL 8 -BLANCOS-	\$ 207,00
50.10.01	AL 10 -BLANCOS-	\$ 207,00
50.12.01	AL 12 -BLANCOS-	\$ 207,00
ESFÉRICOS COLOR		
50.02.02	AL 2 -COLOR-	\$ 72,00
50.04.02	AL 4 -COLOR-	\$ 81,00
50.06.02	AL 6 -COLOR-	\$ 94,00
50.08.02	AL 8 -COLOR-	\$ 229,00
50.10.02	AL 10 -COLOR-	\$ 229,00
50.12.02	AL 12 -COLOR	\$ 229,00
CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2		
CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2 -BLANCOS-		
50.02.21	AL 2 CON 2 -BLANCOS-	\$ 56,00
50.04.21	AL 4 CON 2 -BLANCOS-	\$ 72,00
50.06.21	AL 6 CON 2 -BLANCOS-	\$ 87,00
50.08.21	AL 8 CON 2 -BLANCOS-	\$ 251,00
50.10.21	AL 10 CON 2 -BLANCOS-	\$ 251,00
CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2 -COLOR-		
50.02.22	AL 2 CON 2 -COLOR-	\$ 73,00
50.04.22	AL 4 CON 2 -COLOR-	\$ 87,00
50.06.22	AL 6 CON 2 -COLOR-	\$ 121,00
50.08.22	AL 8 CON 2 -COLOR-	\$ 273,00
50.10.22	AL 10 CON 2 -COLOR-	\$ 273,00
CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3		
CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3 -BLANCOS-		
50.02.31	AL 2 CON 3 -BLANCOS-	\$ 251,00
50.04.31	AL 4 CON 3 -BLANCOS-	\$ 251,00
50.06.31	AL 6 CON 3 -BLANCOS-	\$ 251,00
50.08.31	AL 8 CON 3 -BLANCOS-	\$ 251,00
50.10.31	AL 10 CON 3 -BLANCOS-	\$ 251,00
CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3 -COLOR-		
50.02.32	AL 2 CON 3 -COLOR-	\$ 273,00
50.04.32	AL 4 CON 3 -COLOR-	\$ 273,00
50.06.32	AL 6 CON 3 -COLOR-	\$ 273,00
50.08.32	AL 8 CON 3 -COLOR-	\$ 273,00
50.10.32	AL 10 CON 3 -COLOR-	\$ 273,00