



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. Mario Omar **GONZÁLEZ**  
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**  
Secretario de Turismo.....Sr. Santiago Daniel **AMSE**  
Asesor Letrado de Gobierno:.....Dra. Daniela Mónica **VASSIA**  
Fiscal de Estado: .....Dr. José Alejandro **VANINI**

AÑO LVIII - Nº 2952  
Telefax: 02954- 436323

Dirección: Sarmiento 335  
[www.lapampa.gov.ar](http://www.lapampa.gov.ar)

SANTA ROSA, 8 DE JULIO DE 2011.-  
[boletinoficial@lapampa.gov.ar](mailto:boletinoficial@lapampa.gov.ar)

#### SUMARIO

## SEPARATA

### BOLETÍN OFICIAL Nº 2952

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**SEMPRE**

**DISPOSICIÓN Nº 6**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
SERVICIO MÉDICO PREVISIONAL  
SEMPRE**

**DISPOSICIÓN N° 6****Expediente n° 7634-0/83 Cuerpo 12**

Santa Rosa, 29 de Junio de 2011

**VISTO:**

La Resolución General n° 538/11 del Directorio del ISS; por la que se aumentan a partir del 1° de Mayo de 2011 los valores de las prestaciones reconocidas y que se brindan en el ámbito de la provincia de La Pampa; y

**CONSIDERANDO:**

Que su Artículo 8° autoriza a la Gerencia General del Servicio Médico Previsional a adecuar los distintos Capítulos del Nomenclador que ella modifica;

Que corresponde efectuar la adecuación de los valores de las Prestaciones incluidas en el Título I –Prestaciones dentro de la Provincia-Sección I – Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares del Nomenclador SEMPRE, los Capítulos: VIII -Prácticas Moduladas y XI -Prestaciones que requieren Autorización Previa y sus Coseguros-, que fueron exceptuados en la Disposición N° 5/11;

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 partir del 1° de Julio de 2011, lo dispuesto por la Resolución General n° 538/11 del Directorio del ISS, en el Título I –Prestaciones dentro de la Provincia-Sección I – Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares del Nomenclador SEMPRE, los Capítulos: VIII -Prácticas Moduladas y XI -Prestaciones que requieren Autorización Previa y sus Coseguros-, los respectivos valores, de acuerdo a los Anexos I y II que forman parte de la presente.-

**ARTICULO 2°.-** Regístrese, publíquese, notifíquese y resérvese.-

**ANEXO I**

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

Código	Descripción	Valor Modulo	IMPORTE			Ind	Val	Cat
			En O. Social	Coseguro a Pagar				
				En Prestador	Pago al Prestador			
7001	POTENCIALES EVOCADOS.....							
NORMA	A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGÍA U OTORRINOLARINGOLOGÍA, ESTOS ÚLTIMOS CON ENTRENAMIENTO APROPIADO EN EL MÉTODO DEBIDAMENTE ACREDITADO. B)-NORMAS: 1-DEBERAN SER SOLICITADOS POR ESPECIALISTAS EN: OTORRINOLARINGOLOGÍA, OFTALMOLOGÍA Y NEUROLOGÍA. 2-A LA FACTURACIÓN SE ADJUNTARA EL REGISTRO GRAFICO E INFORME DE LA PRACTICA.							
700101	POTENCIALES EVOCADOS..... ESTUDIO SIN AGREGADOS #+C.....	114,00	33,00		114,00			A B C
700102	POTENCIALES EVOCADOS..... 2 ESTUDIOS O ESTUDIO CON AGREGADO. #+C.....	184,00	55,00		184,00			A B C

700103	POTENCIALES EVOCADOS..... 3 ESTUDIOS O 2 ESTUDIOS CON AGREGADOS. #C*.....	230,00	69,00		230,00			A B C
7101	CARDIOLOGÍA							
710101	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER BLANCO Y NEGRO. #C*.....	272,00		117,00	155,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2-ACREDITACION DE CAPACITACIÓN NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS. B) NORMAS: EN EL INFORME DE LA PRACTICA DEBERÁ CONSTAR: 1-TIPIFICACION DE CUADRO CLÍNICO Y MOTIVO DE LA SOLICITUD. 2-DESCRIPCION DE MEDICIONES SOBRE: -VELOCIDAD DE FLUJO- -CÁMARAS CARDIACAS- -VÁLVULAS- DETERMINACIÓN VALORACIÓN DE LAS PRESIONES. -DETERMINACIÓN VALORACIÓN DE SOPLOS Y CORTOCIRCUITOS. -DIAGNOSTICO Y/O COMENTARIO.							
710102	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR #C*.....	411,00		232,00	179,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2-ACREDITACION DE CAPACITACIÓN NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS. B) NORMAS: EN EL INFORME DE LA PRACTICA DEBERÁ CONSTAR: 1-TIPIFICACION DE CUADRO CLÍNICO Y MOTIVO DE LA SOLICITUD. 2-DESCRIPCION DE MEDICIONES SOBRE: -VELOCIDAD DE FLUJO- -CÁMARAS CARDIACAS- -VÁLVULAS- DETERMINACIÓN VALORACIÓN DE LAS PRESIONES. -DETERMINACIÓN VALORACIÓN DE SOPLOS Y CORTOCIRCUITOS. -DIAGNOSTICO Y/O COMENTARIO.							
710103	ERGOMETRIA COMPUTARIZADA. #C*.....	126,00		58,00	68,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO. INCLUYE MONITOREO Y TRAZA-DOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS NECESARIOS.							
710104	PRESUROMETRIA. #C*.....	232,00		85,00	147,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-							
710105	ECO STREES #C*.....	742,00		149,00	593,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS. B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGÍA UTILIZADA 2- PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA PARA VALORACIÓN DE LA VIABILIDAD MIOCÁRDICA AQUEL MIOCARDIO POSIBLE DE SER RECUPERADO POR PROCEDIMIENTOS ANGIOPLÁSTICOS O QUIRÚRGICOS POR BY PASS) 3- DE REQUERIR PERFUSIÓN MIOCÁRDICA LA PRACTICA ECO STRESS QUEDA INCLUIDA 4- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO (FARMACOLÓGICO Y/O DE ESFUERZO)							
710106	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFGAGICO #C*.....	774,00		154,00	620,00			A B C

NORMA	A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS 3- PODRÁN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS  B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGÍA UTILIZADA 2- EL MÓDULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO							
7201	DENSITOMETRÍA OSEA							
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-							
720101	DENSITOMETRÍA OSEA - UN ÁREA #C*.....	179,00		45,00		134,00		A B C
720102	DENSITOMETRÍA OSEA - MAS DE DOS ÁREAS Y CUERPO ENTERO. #C*.....	213,00		70,00		143,00		A B C
7301	GASTROENTEROLOGÍA							
730101	PAPILO-ESFINTEROTOMIA ENDOSCÓPICA. #C*I.....	3.036,00		865,00		2.171,00		A B C
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MÓDULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, COMO ASIMISMO EL CÓDIGO 20.01.23 CON TODOS SUS COMPONENTES. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACIÓN DE LAS COMPLICACIONES EL SIEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARÁN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA.- 2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, DEBERÁ FACTURARSE ÚNICAMENTE CIRUGÍA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.-							
730102	ESOFAGOGASTRODUODENOVideoscopia. #C*.....	430,00		134,00		296,00		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*.....	451,00		170,00		281,00		A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO 2-EL ARANCEL INCLUYE EVENTUAL TOMA DE BIOPSIA Y/O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO							
730104	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA GÁSTRICA POR VIDEO.- #C*.....	198,00		85,00		113,00		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*.....	682,00		120,00		562,00		A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADA POR MEDICO ESPECIALISTA.- B) NORMAS:							

	1-INFORME COMPLETO 2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA LA PRACTICA CONVENCIONAL.								
730106	VIDEOCOLECISTECTOMIA. #+C*1.....	5.494,00		1.153,00		4.341,00			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.....	295,00	90,00			295,00			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.....	380,00	114,00			380,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CÓDIGO 730107								
730109	MANOMETRIA ANO RECTAL COMPUTARIZADA #+C.....	380,00	114,00			380,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CÓDIGO 730107								
730110	BIOFEEDBACK (POR SESIÓN) #+C.....	73,00	22,00			73,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CÓDIGO 730107								
7401	GINECOLOGIA								
740101	ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA TRANS-VAGINAL. #+C*.....	184,00		63,00		121,00			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.....	2.172,00		325,00		1.847,00			A B C
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACIÓN DE LAS COMPLICACIONES EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES								

	EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIAS.- 2- DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO QUE PUEDA RESOLVERSE POR VIDEO, SE FACTURARA ÚNICAMENTE EL CÓDIGO DE VIDEOCIRUGÍA QUE CORRESPONDA. EN CASO DE RESOLVERSE POR CIRUGÍA CONVENCIONAL, SE FACTURARA ESTA INDEPENDIENTEMENTE.								
740103	CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO. #+C*.....	244,00		73,00		171,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1) REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1) INFORME COMPLETO.-								
740104	VIDEOCIRUGIA SOBRE ANEXOS UTERINOS Y/O LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS Y/O MIOMECTOMIA. INCLUYE 740102 #+C*.....	4.775,00		1.097,00		3.678,00			A B C
NORMA	A).REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA O EN CIRUGÍA. B) NORMAS: EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACIÓN DE LAS COMPLICACIONES, EL SEMPRES Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA. SERA DE APLICACIÓN ALTERNATIVA A LOS CÓDIGOS DEL NOMENCLADOR NACIONAL 11.01.01, 11.01.04 Y 11.02.04.-								
740105	VIDEOHISTERECTOMIA TOTAL CON O SIN ANEXECTOMIA. INCLUYE 740102 #+C*.....	5.494,00		1.156,00		4.338,00			A B C
NORMA	A)REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA O EN CIRUGÍA. B)NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACIÓN DE LAS COMPLICACIONES, EL SEMPRES Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA. SERA DE APLICACIÓN ALTERNATIVA A LOS CÓDIGOS DEL NOMENCLADOR NACIONAL 11.02.01 Y 11.02.03. 2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, DEBERÁ FACTURARSE ÚNICAMENTE CIRUGÍA CONVENCIONAL A VALORES VIGENTES.								
740106	MÓDULO CONTROL MAMARIO MUJERES A PARTIR DE LOS 35 AÑOS: UN CONTROL, UNA (1) VEZ POR AÑO. ESTE MÓDULO COMPRENDE LOS CÓDIGOS 34.06.01 x 2; 34.06.02 y CUANDO SE REQUIERA 18.01.06.-	260,00				260,00			A B C
740107	ECODOPPLER OBSTETRICO #+.....	404,00				404,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS. 3- PODRÁN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGÍA UTILIZADA 2- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO								
7501	NEUROLOGIA								
750101	MAPEO CEREBRAL. #+C*.....	321,00		105,00		216,00			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 HOLTHER #+C*.....	298,00		82,00		216,00		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*.....	1.082,00	225,00			1.082,00		A B C
NORMA	A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGIA Y NEUMOLOGIA 3-ACREDITACION DE CAPACITACION PARA SU INTERPRETACION EXTENDIDO POR ENTIDAD RECONOCIDA 4-PRESENCIA DE TÉCNICO ESPECIALIZADO CON ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN PARA EL CONTROL DURANTE EL ESTUDIO 5-HABILITACION DEL SERVICIO COMO LABORATORIO DEL SUEÑO B)-NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTROS GRÁFICOS 2-EL ARANCEL INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, SEÑALES QUE PERMITEN CARACTERIZAR EL SUEÑO: ELECTROENCEFALOGRAMA, ELECTROMIOGRAMA Y ELECTROOCULOGRAMA, SEÑALES QUE PERMITEN MONITOREAR VARIABLES CARDIORESPIRATORIAS: MEDICIÓN DE FLUJO RESPIRATORIO, MEDICIÓN DE ESFUERZO RESPIRATORIO, OXIMETRÍA DE PULSO Y ELECTRO-CARDIOGRAMA Y POSICIÓN POSTURAL. 3-PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA APNEA DEL SUEÑO (AP), SÍNDROME DE LA RESISTENCIA DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES AUMENTADA(SRAVAS)CON DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA A IMPLEMENTAR Y RECURSO TÉCNICO							
750201	MONITOREO DE PRESIÓN INTRACRANEANA. #+C*!.....	4.497,00		1.080,00		3.417,00		A B C
NORMA	NORMA: 1)-REQUISITOS: A REALIZAR POR PROFESIONALES ACREDITADOS EN LA ESPECIALIDAD: NEUROLOGO, NEUROCIJURJANO Y/O TERAPISTA. 2)-AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA OBRA SOCIAL, LA AUDITORIA MEDICA LLEVARA A CABO AUDITORIA EN TERRENO. 3)-INCLUYE: TODOS LOS CONCEPTOS: COLOCACIÓN Y RETIRO DE CATETER, MONITOREO DIARIO CUALQUIERA SEA LA CANTIDAD DE DÍAS, FIBRA ÓPTICA, MONITOR, ETC. EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACIÓN ES COMPLEMENTARIA DE LA FACTURACIÓN POR TERAPIA INTENSIVA O INTERMEDIA SEGÚN CORRESPONDA. 4)-COSEGURO: A/C AFILIADO, ABONA DIRECTAMENTE AL PRESTADOR CON APLICACIÓN DE ESCALA. (VER CÓDIGO 59.01.).							
7601	OFTALMOLOGIA							
760101	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CATARATA + LIO POR TODO CONCEPTO #+C*.....	2.953,00		591,00		2.362,00		A B C
NORMA	B) NORMAS: 1-EL MODULO INCLUYE: HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, PROVISION DELENTE INTRAOCULAR Y LA REALIZACION DE YAG LASER HASTA SEIS (6) MESES POSTERIORES AL IMPLANTE							
760102	FACOFRAGMENTACION ULTRASONICA DE CATARATA + LIO POR TODO CONCEPTO. #+C*.....	3.452,00		1.024,00		2.428,00		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*.....	1.148,00		92,00		1.056,00			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*.....	161,00		26,00		135,00			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*.....	180,00		37,00		143,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- PODRÁN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGÍA UTILIZADA 2- EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO 3- LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA PRACTICA CONVENCIONAL.								
7701	OTORRINOLARINGOLOGIA								
770101	RINOFIBROLARINGOSCOPIA. #C*.....	98,00		45,00		53,00			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 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO.								
7801	CARDIOLOGIA								
780101	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO COLOR. #C*.....	319,00		143,00		176,00			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*.....	258,00		92,00		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.-								
780103	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO-COLOR. #C*.....	411,00		232,00		179,00			A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTRO								

	GRAFICO-							
780104	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	279,00		126,00	153,00			A

	BLANCO Y NEGRO. #C*.....									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 - PROSTÁTICA TRANSRECTAL. #C*.....	185,00		54,00		131,00				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*.....	423,00		147,00		276,00				A B C
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-									
790103	FLUJOMETRIA. #C*.....	168,00		55,00		113,00				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*1.....	4.935,00		1.122,00		3.813,00				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*.....	734,00		198,00		536,00				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 PRACTICA CONVENCIONAL.- 3-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR SEMPRE PARA PRACTICA MODULADA.-									
790106	MODULO MULTIBIOPSIA PROSTÁTICA	221,00		39,00		182,00				A

NORMA	#+C* A)-NORMAS 1-INFORME COMPLETO.- 2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA PRÁCTICA CONVENCIONAL.- 3-HASTA 7 TOMAS REMITIDAS: SE RECONOCE CODIGO 790106 X 1.- 4-DESDE 8 A 14 TOMAS INCLUSIVE: SE RECONOCE CODIGO 790106 X 2.- 5-MÁS DE 15 TOMAS REMITIDAS EN FRASCOS SEPARADOS: SE RECONOCE CODIGO 790106 X 3.-							
790201	HEMODIALISIS CON RIÑÓN ARTIFICIAL EN INSUFICIENCIA CRONICA POR SESION.	534,00			534,00			A B C
NORMA	INCLUSIONES: HONORARIOS PROFESIONALES Y GASTOS EN SU TOTALIDAD. PRACTICAS MEDICAS, BIOQUIMICAS Y/O HEMATOLOGICAS EN SU TOTALIDAD. TRANSFUSION DE TODOS LOS ELEMENTOS DE LA SANGRE. SOLUCION DE USO INTRADIALITICOS, MEDICAMENTOS (TODOS) INCLUIDO ERITROPROYETINA. ACCESO VASCULAR - FISTULA ARTERIOVENOSA. MATERIAL DESCARTABLE EN SU TOTALIDAD. PRACTICAS PARA CONFORT, BIENESTAR PARA EL PACIENTE (MATERIAL DE LECTURA, REFRIGERIO, ETC). TRASLADOS: COMPRENDE EL TRASLADO DESDE EL DOMICILIO DEL AFILIADO HASTA EL CENTRO DONDE SE REALIZA LA PRACTICA Y VICEVERSA. PRACTICAS EXIGIDAS PARA HEMODIALISIS LEY N° 22853. EXCLUSIONES: TODA PRESTACION NO VINCULADA A LA DIALISIS.							
790202	COLOCACION DE CATETER Y ENTRENAMIENTO POR UNICA VEZ (DIAL. PERITONEAL)	6.423,00			6.423,00			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.	6.423,00			6.423,00			A B C
NORMA	INCLUSIONES Y EXCLUSIONES: IDEM COD.79.02.01.							
790301	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL DONANTE DE RIÑÓN - ADULTO / PEDIATRICO #+.....	5.775,00			5.775,00			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 RIÑÓN - ADULTO / PEDIATRICO #+.....	10.114,00			10.114,00			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

	-CUALQUIER OTRA PRESTACIÓN DE HISTOCOMPATIBILIDAD NO DETALLADA SE FACTURARÁ POR PRESTACIÓN.  ARANCELAMIENTO DE LAS EXCLUSIONES: TODA PRÁCTICA (HONORARIOS MÉDICOS Y GASTOS SANATORIALES) Y/O PRESTACIONES FUERA DE LAS MENCIONADAS COMO COMPRENDIDAS EN EL PRESENTE MÓDULO, SERÁN FACTURADAS EN FORMA SEPARADA A LOS VALORES DETERMINADOS POR SEMPRE, VIGENTES AL MOMENTO DE SU REALIZACIÓN. LOS MEDICAMENTOS, MATERIALES DESCARTABLES, PRÓTESIS, ORTESIS, SUSTANCIAS DE CONTRASTE, ETC., PROVISTOS Y NO HABITUALMENTE UTILIZADOS EN EL PRE-TRANSPLANTE O CONSIDERADOS COMO EXCLUIDOS, SERÁN FACTURADOS A SEMPRE AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.							
790303	MODULO AMBULATORIO POST TRANSPLANTE RENAL - ADULTO / PEDIATRICO - 1º SEMESTRE, POR MES #+.....	2.485,00			2.485,00			

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 GAMMA GLUTAMILTRANSPETIDASA EPSTEIN BARR IGG ANTI VHC ANTI HBE CALCUIRIA 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 CLEARENCE 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 CLEARENCE
-------	--	---

	ARANCELAMIENTO DE LAS EXCLUSIONES: TODA PRÁCTICA (HONORARIOS MÉDICOS Y GASTOS SANATORIALES) Y/O PRESTACIONES FUERA DE LAS MENCIONADAS COMO COMPRENDIDAS EN EL PRESENTE MÓDULO, SERÁ FACTURADA EN FORMA SEPARADA A LOS VALORES DETERMINADOS POR SEMPRE, VIGENTES AL MOMENTO DE SU REALIZACIÓN. LOS MEDICAMENTOS, MATERIALES DESCARTABLES, PRÓTESIS, ORTESIS, SUSTANCIAS DE CONTRASTE, ETC., PROVISTOS Y/O UTILIZADOS, SERÁN FACTURADOS A SEMPRE AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.							
790304	MODULO AMBULATORIO POST TRANSPLANTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO – 2º SEMESTRE, POR MES #+.....	1.751,00						A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 790303							
790305	MODULO AMBULATORIO POST TRANSPLANTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO – 2º AÑO Y SUBSIGUIENTES, POR MES #+.....	1.720,00						A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 790303							
790306	MODULO DE TRANSPLANTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO – DONANTE CADAVERICO / VIVO RELACIONADO #+I.....	55.880,00						A B C

## NORMA

- 1- EL VALOR MODULO COMPRENDE AL MONTO FIJO A ABONAR POR TODO CONCEPTO, EN RELACIÓN A LA INTERNACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA LA REALIZACIÓN DEL TRANSPLANTE RENAL.
- 2- EL MÓDULO ES DE APLICACIÓN AL TRANSPLANTE RENAL EN PACIENTES ADULTOS CON DONANTE CADAVERICO Y/O VIVO RELACIONADO.
- 3- LA DURACIÓN DEL MÓDULO COMPRENDE UN TOTAL DE 18 (DIECIOCHO) DÍAS DE INTERNACIÓN GENERAL EN HABITACIÓN COMPARTIDA (CODIGO 43.01.01) Y 2 (DOS) DÍAS EN TERAPIA INTENSIVA. A PARTIR DEL DIA 21 (VEINTIUNO), SE FACTURARÁ DE ACUERDO A LOS VALORES VIGENTES.
- 4- EXCLUYE EXTRAS DEL PACIENTE.

## REQUISITOS

- 1-REGISTROS EN LA OBRA SOCIAL DE HABILITACION PARA LA PRACTICA DE ABLACION E IMPLANTE DE RIÑON Y URETER DEL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION IMPLANTE (INCUCAI)
- 2-SERAN REALIZADAS POR EQUIPO PROFESIONAL HABILITADO POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS 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 CADAVERICO, SI SE EFECTÚA EN LA ENTIDAD PRESTADORA.
- 2- HONORARIOS PROFESIONALES DE CIRUJANOS, AYUDANTES, MONITORISTAS, ANESTESIOLOGOS, TÉCNICOS, CLÍNICOS, ESPECIALISTAS, INTERCONSULTORES, Y CONTROL CLÍNICO (CONSULTAS), POR 60 DÍAS A CONTAR DEL ALTA PACIENTE.
- 3- LABORATORIO: LA TOTALIDAD DE LAS PRÁCTICAS INCLUIDAS EN EL NOMENCLADOR NACIONAL DE ANÁLISIS CLÍNICOS, QUE FUERAN NECESARIAS EFECTUAR DURANTE EL PERÍODO CUBIERTO POR DICHO VALOR MODULAR, INCLUYÉNDOSE HEMATOLOGÍA, INFECTOLOGÍA Y RADIOINMUNOENSAYO.
- 4- HEMOTERAPIA: LOS GASTOS Y HONORARIOS MÉDICOS DE LAS PRÁCTICAS, LOS MATERIALES DESCARTABLES Y LOS ESTUDIOS DE SEROLOGÍA DE PRACTICAS NO NOMENCLADAS PARA TRANSFUSIONES.
- 5- DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES: TODAS LAS PRÁCTICAS NOMENCLADAS NECESARIAS DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA, MATERIALES DESCARTABLES Y MEDIOS DE CONTRASTE, 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 PSIQUIATRICOS
- 2- LABORATORIO: ESTUDIOS INMUNOLÓGICOS
- 3- HEMOTERAPIA: KITS ESPECIALES (AFÉRESIS), LA SANGRE Y SUS DERIVADOS, QUE DEBERÁN SER PROVISTOS POR EL PACIENTE Y/O LA ENTIDAD PRESTADORA.
- 4- MEDICAMENTOS ESPECIALES COMO: CICLOSPORINA LINFOGLOBULINA, ANTILINFOCITARIA, ANTICUERPOS MONOCLONALES, CITOSTATICOS, QUIMIOTERAPICOS, GAMMAGLOBULINA HUMANA ENDOVENOSA, EXPANSORES PLASMATICOS (ALBUMINA, ETC), INTERFERONES INYECTABLES, FACTORES ANTIHEMOFILICOS, COMPLEJOS PRO-TROMBINICOS HUMANOS, FACTORES DE COAGULACION HEMOSTATICOS (TIPO PROTOMPLEX O SIMILARES), ACICLOVIR, GANCICLOVIR, IMPENEM, PIPERACILINA, AMINOACIDOS, LIPIDOS, CEFALOSPORINAS DE 3º GENERACION, VANCOMICINA, MEDICAMENTOS NO PRODUCIDOS EN EL PAIS.
- 5- MATERIAL DESCARTABLE: PRÓTESIS, INJERTOS, PARCHES, MARCAPASOS DEFINITIVOS Y CUALQUIER OTRO ELEMENTO IMPLANTABLE.
- 6- ABLACIÓN: HEMODIÁLISIS, TODA INTERNACIÓN, PRÁCTICA O ESTUDIO DEL DONANTE O DEL ÓRGANO, EXCEPTO LA ABLACIÓN, TRASLADO DEL RECEPTOR, DEL DONANTE O DEL ÓRGANO, CUALQUIER TIPO DE PRÁCTICA NO ENUNCIADA PRECEDENTEMENTE COMO INCLUIDA Y/O NO NOMENCLADA, ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS, ANATOMÍA PATOLÓGICA (ESTUDIO CITOPATOLÓGICO DE LA BIOPSIA RENAL PERCUTANEA), RESONANCIA MAGNÉTICA, ESTUDIOS HEMODINÁMICOS, TODA CIRUGÍA FUERA DE LAS ENUNCIADAS EN EL MÓDULO.
- 7- SITUACIONES NO PREVISTAS:

- a) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE FALLEZCAN EN EL ACTO QUIRÚRGICO O EN LA PRIMERA SEMANA POSTERIOR AL MISMO, EL SEMPRE, DEBERÁ ABONAR DENTRO DE LAS 72 HORAS CORRIDAS DE PRESENTADA LA FACTURACIÓN EL 80% DEL MÓDULO.
- b) PARA AQUELLOS QUE FALLECIERAN O SEAN DADOS DE ALTA CON POSTERIORIDAD AL PLAZO INDICADO EN INC A), EL SEMPRE DEBERÁ ABONAR EL TOTAL DEL MÓDULO.
- c) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE HABIENDO SIDO TRANSPLANTADOS Y DURANTE LOS 7 (SIETE) DÍAS SUBSIGUIENTES AL ACTO QUIRÚRGICO DEBAN SER SOMETIDOS A CIRUGÍAS RELACIONADAS CON EL IMPLANTE, EL COSTO DE LOS MISMOS SE ENCUENTRA INCLUIDO EN LOS VALORES DEL MÓDULO.  
TODA OTRA PRESTACIÓN Y/O CIRUGÍA NO RELACIONADA CON EL IMPLANTE SE FACTURARA POR SEPARADO A VALORES PACTADOS, VIGENTES A LA FECHA DE CADA PRESTACIÓN PRESTACIONES NO NOMENCLADAS A VALORES CONVENIDOS. MEDICAMENTOS Y MATERIALES DESCARTABLES SE 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 ORGANO

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

790308 MODULO OPERATIVO TERRESTRE / AEREO

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

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 2.696,00 697,00 1.999,00  
#+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 3.101,00 778,00 2.323,00  
#+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 SEMPRES 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.

800101	CIRUGIA ARTROSCOPICA SIMPLE -MODULO POR TODO CONCEPTO- #+C*1.....	4.509,00	1.052,00	3.457,00				A B C
800102	CIRUGIA ARTROSCOPICA COMPLEJA -MODULO POR TODO CONCEPTO- #+C*1.....	6.658,00	1.057,00	5.601,00				A B C
8002	QUIMIOTERAPIA							
800201	QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA (por sesión) #+.....	289,00		289,00				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) #+.....	232,00		232,00				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) #+.....	100,00		100,00				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.	6.995,00	6.995,00	A B C
	#+.....			

NORMA A) REQUISITOS:  
1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.-  
B)-NORMAS:  
1-PRESCRIPCION EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N°2.-  
2-INCLUYE:  
- CONSULTAS MEDICAS NECESARIAS.-  
- APLICACIONES NECESARIAS.-  
- PLANIFICACION Y TRATAMIENTOS COMPUTADOS.-  
- SIMULACION, LOCALIZACIONES NECESARIAS.-  
- MATERIAL DESCARTABLE.-  
-CONFECCION DE BLOQUES PLOMADOS.-  
-DOSIMETRIA Y CONTROL DE DOSIS "IN-VIVO".-

8004 BRAQUITERAPIA

NORMA PRESCRIPCION E HISTORIA CLINICA.  
AUTORIZACION MEDICA DE LA OBRA SOCIAL.  
COBERTURA 100% EN PACIENTES ONCOLOGICOS.  
COBERTURA EN PACIENTES NO ONCOLOGICOS, POR REGIMEN COMUN.  
EL SEMPRES PODRA MODIFICAR EL VALOR DE LOS MODULOS EN CASO DE INCREMENTARSE LA CANTIDAD DE LAS PRACTICAS O POR OTRAS CONDICIONES QUE ASI LO ACONSEJEN.  
VIGENCIA 07-09-99.

800401	BRAQUITERAPIA INTRAVAGINAL.	4.201,00	4.201,00	A B C
	#+.....			

800402	BRAQUITERAPIA UTERINO VAGINAL	4.201,00	4.201,00	A B C
	#+.....			

800403	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL EN TUMORES GINECOLOGICOS.	4.201,00	4.201,00	A B C
	#+.....			

81 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA

NORMA 1-DEBERAN SER EFECTUADAS POR LOS PROFESIONALES HABILITADOS PARA TAL FIN POR EL CONSEJO SUPERIOR MEDICO DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA, SUJETO A LAS CONDICIONES DE EQUIPAMIENTO Y NORMAS DEL NOMENCLADOR NACIONAL Y LAS QUE SE ESTABLECEN POR LA PRESENTE.  
2-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.-  
3-EN EL INFORME DE LA PRACTICA DEBERA CONSTAR CON LETRA LEGIBLE:  
A) IDENTIFICACION Y EDAD DEL PACIENTE.-  
B) PESO DEL MISMO.-  
C) FECHA DE REALIZACION DE LA PRACTICA.-  
D) NUMERO DE CORTES REALIZADOS Y ESPESOR DE LOS MISMOS.-  
E) DESCRIPCION DE LAS SECCIONES Y ORIENTACION DE LAS LESIONES SEGUN CORTES.-  
F) ESPECIFICACIONES DE LA TECNICA UTILIZADA.-  
G) SI SE EFECTUA CON CONTRASTE INDICAR: VOLUMEN DEL CONTRASTE INYECTADO E INGERIDO.-  
H) CONCLUSIONES Y/O IMPRESION DIAGNOSTICA-COMENTARIO.-  
I) FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ACTUANTE.-

811001	TAC CEREBRAL - UNICO ESTUDIO #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
811002	TAC CEREBRAL REFORZADA - IN- CLUYE CONTRASTE. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
811003	TAC CEREBRAL DE CONTROL. #+C&.....	181,00	38,00	181,00			A B C
811004	TAC OFTALMOLOGICA. #+C&.....	181,00	38,00	181,00			A B C
811005	TAC TIROIDEA. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
811006	TAC MAMARIA #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
811007	TAC GINECOLOGICA. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
811008	TAC DE ABDOMEN. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
811009	TAC HEPATOBILIAR - ESPLENICA - PANCREATICA-RENAL-SUPRARENAL- #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
811010	TAC TORACICA. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
811011	TAC VEJIGA Y PROSTATA. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
811012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
811013	TAC DE COLUMNA. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
811014	O.C.T-TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA (UNI O BILATERAL) #+C&.....	371,00	76,00	371,00			A B C
8130	TAC - CON CONTRASTE -	488,00	98,00	488,00			A B C
813003	TAC CEREBRAL DE CONTROL CON CONTRASTE. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
813004	TAC OFTALMOLOGICA CON CONTRAS TE #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
813005	TAC TIROIDEA CON CONTRASTE. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
813006	TAC MAMARIA CON CONTRASTE #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
813007	TAC GINECOLOGICA CON CONTRASTE #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
813008	TAC DE ABDOMEN CON CONTRASTE #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
813009	TAC HEPATOBILIAR -ESPLENICA- PANCREATICA - RENAL - SUPRARENAL CON CONTRASTE. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
813010	TAC TORACICA CON CONTRASTE. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
813011	TAC VEJIGA Y PROSTATA CON CONTRASTE. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
813012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES CON CONTRASTE. #+C&.....	488,00	98,00	488,00			A B C
813013	TAC DE COLUMNA CON CONTRASTE #+C&.....	617,00	126,00	617,00			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 SEMPRES.  
PRESCRIPCION EN RECETARIO DE CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2 CUMPLIMENTANDO EL FORMULARIO DE  
SOLICITUD DE PRACTICAS ESPECIALES.



	2-SERAN REALIZADAS POR PROFESIONAL HEMODINAMISTA. B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO. 2-DE CORRESPONDER INTERNACIÓN DEBERÁ 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 PARAMÉDICO ACTUANTE EN LA PRESTACIÓN. GASTOS QUIRÚRGICOS, RADIOLÓGICOS Y OTROS INHERENTES A LA PRESTACIÓN. MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE.- COMPLICACIONES DE LA VÍA ABORDAJE. INTERNACION EN SALA O UTI.							
830101	ANGIOGRAFIA DE CEREBRO POR CATETERISMO. #*I.....	1.747,00		1.747,00				A B C
830102	ANGIOGRAFIA DE VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO. #*I.....	1.747,00		1.747,00				A B C
830103	ANGIOGRAFIA DE CEREBRO Y VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO. #*I.....	1.747,00		1.747,00				A B C
830104	CINEANGIOCORONARIOGRAFIA. #*I.....	1.747,00		1.747,00				A B C
830105	MODULO DE ANGIOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL Y OTRAS RAMAS. #*I.....	1.542,00		1.542,00				A B C
8302	TRATAMIENTOS ANGIOPLASTICOS							
<b>NORMA</b>	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 INTERNACIÓN DEBERÁ SER COMUNICADA A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACION VIGENTE. INCLUYE: HONORARIOS DE LA TOTALIDAD DEL EQUIPO MEDICO INCLUIDO ANESTESISTA Y PARAMEDICO ACTUANTE EN LA PRESTACIÓN. GASTOS QUIRURGICOS, DE ANESTESIA, MONITOREO INTRAOPERATORIO E INSTRUMENTADORA. LOS MATERIALES PROPIOS NECESARIOS DURANTE LA INTERNACIÓN. MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE. INTERNACION: DESDE QUE SE INTERNA PARA EFECTUAR LA PRESTACION HASTA SU ALTA. ACLARACIÓN EXCLUSIVA P/ ANGIOPLASTIAS (A.C.T.P) DE RESCATE: ES UNA ESTRATEGIA DE REPERCUSIÓN MIOCARDICA PARA CONSEGUIR LA PERMEABILIDAD DE LA ARTERIA RESPONSABLE DEL I.A.M. EN LOS CASOS EN QUE LA FIBRINOLISIS HA SIDO FALLIDA. ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN ANGIOPLASTIAS DE RESCATE, POSTERIOR A UN I.A.M., CON FIBRINOLISIS FALLIDA, EL MODULO INCLUYE 48 HS. DE INTERNACIÓN. EN AQUELLOS CASOS QUE REQUIERAN CONTINUAR INTERNADOS, LOS DÍAS QUE EXCEDAN DICHO PLAZO SE FACTURARAN POR PRESTACION, ADJUNTANDO LA JUSTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE EN LA HISTORIA CLINICA.							
830203	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERIFERICA SIMPLE. #*C*I.....	7.712,00	1.441,00	6.271,00				A B C
830204	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERIFERICA COMPLEJA. #*C*I.....	7.712,00	1.441,00	6.271,00				A B C
830211	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE. INCLUYE STENTS NECESARIOS CUALQUIERA SEA SU CANTIDAD. #*C*I.....	18.204,00	2.973,00	15.231,00				A B C
830212	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA COMPLEJA INCLUYE STENTS NECESARIOS CUALQUIERA SEA SU CANTIDAD. #*C*I.....	18.204,00	2.973,00	15.231,00				A B C

8303	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO ABLACION POR RADIOFRECUENCIA TRANSCATETER							
NORMA	A).REQUISITOS: 1-HABILITACION DEL SERVICIO DE HEMODINÁMICA POR AUTORIDAD COMPETENTE. 2-LAS PRÁCTICAS SERÁN REALIZADAS POR ESPECIALISTAS EN CARDIOLOGÍA CON ENTRENAMIENTO APROPIADO EN EL MÉTODO, DEBIDAMENTE ACREDITADO. B).NORMAS: 1-EVALUACION Y AUTORIZACIÓN PREVIA POR AUDITORIA MEDICA DE LA OBRA SOCIAL MEDIANTE FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRACTICAS ESPECIALES Y PRESCRIPCIÓN CORRESPONDIENTE COBERTURA: 70% A/C.DE LA OBRA SOCIAL. 2-30% A/C DEL AFILIADO-COSEGURO A ABONAR AL PRESTADOR- IMPORTE ACLARADO EN SELLO AUTORIZANTE.							
830301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO SIM	2.313,00	525,00	1.788,00				A B C
NORMA	NORMAS. INCLUYE: EL CATETERISMO, EL REGISTRO DEL ELECTROGRAMA DE HAZ DE HIS, LA SOBRESTIMULACION CARDIACA DURANTE EL REGISTRO DE LOS ELECTROGRAMAS INTRACAVITARIOS, EL ECG CON DERIVACIÓN ESOFAGICA Y LA PRUEBA DE AJMALINA, GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES DE LA PRACTICA. MEDICAMENTOS, MATERIALES DE CONTRASTE Y DESCARTABLES (INTRODUCTORES VENOSOS, CATETERES DE REGISTROS Y ESTIMULACION) NECESARIOS PARA LA PRACTICA. HONORARIOS DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES. INTERNACION EN PISO, SIEMPRE Y CUANDO LA MISMA RESULTE DE UNA COMPLICACION DEL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE: COLOCACION DE MARCAPASOS O PROVISION DE LOS MISMOS. CUALQUIER TIPO DE ESTUDIO HEMODINAMICO. CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. INTERNACION QUE EXCEDA EL DIA QUE ESTA INCLUIDO EN EL MODULO. TODA PRESTACION QUE NO ESTE EXPRESAMENTE INCLUIDA.							
830302	ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA. #*C*1.....	9.253,00	2.105,00	7.148,00				A B C
NORMA	INCLUYE: ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CON INDUCCION DE ARRITMIAS, EVALUACION DE SU MECANISMO Y LOCALIZACION POR MAPEO ENDOCARDIACO, INDEPENDIENTEMENTE 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). EXCLUYE: COLOCACION DE MARCAPASOS O PROVISION DE LOS MISMOS. CUALQUIER TIPO DE ESTUDIO HEMODINAMICO. INTERNACION QUE EXCEDA LOS DIAS QUE ESTAN INCLUIDOS EN EL MODULO.							

	TODA PRESTACION QUE NO ESTE EXPRESAMENTE INCLUIDA.							
830303	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO MAS ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RA DIOFRECUENCIA. #*C*I.....	9.253,00		2.105,00	7.148,00			A B C
NORMA	NORMA. VER NORMAS 83.03.01. Y 83.03.02.							
84	CIRUGIA CARDIOVASCULAR							
840101	CIRUGIA CARDIOVASCULAR ADULTOS CON CIRCULACION EXTRACORPOREA #*I.....	33.415,00			33.415,00			A B C
NORMA	CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL ADULTA Y PEDIATRICA CODIGO 84.01.01.-84.01.02.-84.02.01 AL 84.02.03.- A) REQUISITOS: 1-REGISTROS EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-SERAN REALIZADAS POR PROFESIONAL ESPECIALISTA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR.- B) NORMAS: 1-INCLUYE: GASTO QUIRURGICO CON O SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA, GASTO DE MONITOREO E INSTRUMENTACION. ASISTENCIA CIRCULATORIA CON BOMBA CENTRIFUGA.- PENSION EN HABITACION COMPARTIDA DE A DOS (2), CON BAÑO PRIVADO, DE HASTA DOS (2) DIAS PRE-QUIRURGICO Y HASTA CATORCE (14) DIAS EN TOTAL, INCLUYENDO LOS DIAS DE INTERNACION NECESARIOS EN AREAS DE ALTA COMPLEJIDAD (UNIDAD CORONARIA, CUIDADOS INTENSIVOS O DE RECUPERACION DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR), A PARTIR DEL DECIMOQUINTO (15) DIA LAS PRESTACIONES QUE SE BRINDEN, DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS, SERAN FACTURADAS SEGUN NORMAS DE INTERNACION Y CONVENIOS VIGENTES EN EL AMBITO PROVINCIAL. TODA REOPERACION CONSECUENCIA DE LA INTERNACION ORIGINAL A REALIZARSE DURANTE LOS CATORCE (14) DIAS DE COBERTURA QUEDA INCLUIDA EN EL MODULO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR. -HONORARIOS PROFESIONALES DEL EQUIPO QUIRURGICO TRATANTE: CIRUJANO, AYUDANTES, ANESTESISTA, ESPECIALISTAS, PERFUSIONISTAS, MONITORISTAS, ETC.- -TRANSFUSIONES: INCLUYE GASTOS SANATORIALES Y HONORARIOS, ASI COMO EL MATERIAL DESCARTABLE. (SE PODRAN FACTURAR POR FUERA DE MODULO HASTA UN MAXIMO DE CUATRO (4)). -MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE UTILIZADOS DURANTE EL TIEMPO DE COBERTURA (14) CATORCE DÍAS, EXCEPTUANDO LOS QUE SE DETALLAN COMO EXCLUIDOS.- -BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN Y HONORARIOS Y GASTOS POR SU COLOCACIÓN.- -TODA OTRA PRESTACIÓN RELACIONADA A LA PATOLOGÍA.- 2)-EXCLUYE: -MATERIAL PROTESICO.- -TRANSPLANTE.- -PACIENTES CON HEMOFILIA U OTRAS DISCRANCIAS SANGUINEAS.- -SI LA REOPERACION SE EFECTUARA UNA VEZ QUE EL PACIENTE FUERA DADO DE ALTA, DICHA REOPERACIÓN CONSTITUYE UN NUEVO MODULO.- -DIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA.- -ESTUDIOS Y PRACTICAS DE HEMODIALISIS.- -CITOSTATICOS. 3)-LA INTERNACIÓN Y ALTA DEBERÁN SER COMUNICADAS A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE. 4)-SI EL PACIENTE FALLECIERA DENTRO DE LAS CUARENTA Y OCHO (48) HORAS DE EFECTUADA LA CIRUGÍA SE FACTURARA EL 85% DEL MODULO, PASADO DICHO PLAZO SE FACTURARA EL 100% DEL MÓDULO.							
840102	CIRUGIA CARDIOVASCULAR ADULTOS SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA #*I.....	33.415,00			33.415,00			A B C
NORMA	VER NORMAS CODIGO 84.01.01.							
840201	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA BAJA COMPLEJIDAD (I).	10.282,00			10.282,00			A B

	#+I.....								C
NORMA	VER NORMAS CÓDIGO 84.01.01.-								
840202	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA MEDIANA COMPLEJIDAD (II) #+I.....	16.707,00			16.707,00				A B C
NORMA	VER NORMAS COD.84.01.01.								
840203	CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA-ALTA COMPLEJIDAD (III). #+I.....	21.847,00			21.847,00				A B C
NORMA	VER NORMAS COD.84.01.01.								
840301	BALÓN DE CONTRAPULSACION. #+I.....								A B C
NORMA	LA UTILIZACIÓN DE BALÓN DE CONTRAPULSACION SE TRATARAN POR EXCEPCIÓN, EVALUÁNDOSE SI CORRESPONDE O NO.								
840302	PROVISION DE STENT. #+I.....								A B C
NORMA	LA UTILIZACIÓN DE STENT EN OTRAS PRESTACIONES SE TRATARAN POR EXCEPCION, VALUÁNDOSE SI CORRESPONDE O NO.								
840303	PROVISION DE VALVULA AORTICA #+I.....								A B C
NORMA	LAS VÁLVULAS BIOLÓGICAS O MECÁNICAS A UTILIZAR EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CENTRAL PEDIÁTRICA SERÁN AUTORIZADOS POR LA OBRA SOCIAL Y PODRÁN SER PROVISTAS POR LA INSTITUCIÓN SANATORIAL O POR SISTEMA DE ANTICIPO AL AFILIADO. EN AMBOS CASOS EL IMPORTE QUE EL SEMPRE RECONOCERA DEL 100% Y SE DETERMINARA EN FUNCIÓN DE LA MENOR COTIZACIÓN DEL ELEMENTO TIPO STANDAR QUE SE OBTENGA.								
85	PLANES MODULADOS								
850101	INTERNACION DOMICILIARIA (POR DIA) # .....	193,00			193,00				
	<b>GENERALIDADES</b> 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. <b>COBERTURA:</b> 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) HABILITACIÓN ADECUADA DEL DOMICILIO PARA LA RECEPCIÓN DEL								

<p>PACIENTE.</p> <p>h) COORDINACIÓN DE PRESTACIONES GARANTIZADAS Y ADECUADAS A LA NECESIDAD DE CADA PACIENTE</p> <p>i) ESCALONAMIENTO DE LA COMPLEJIDAD DE ASISTENCIA QUE ARTICULE LA PRESTACIÓN DOMICILIARIA CON UNA EVENTUAL Y/O PERTINENTE INTERNACIÓN Y VICEVERSA.</p> <p>j) TIEMPO DE ATENCIÓN O ASISTENCIA MENOR A 2 HS. / DÍA DURANTE LOS SIETE (7) DÍAS DE LA SEMANA</p> <p>k) VÍA DE COMUNICACIÓN TELEFÓNICA QUE GARANTICE LA ACCESIBILIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE EL HOGAR Y LA INSTITUCIÓN PRESTADORA</p> <p>l) ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA/CUIDADOR</p> <p>m) CONTINENCIA EMOCIONAL Y SOCIAL DEL HOGAR QUE GARANTICE EL COMPROMISO DE LA ASISTENCIA REQUERIDA</p> <p>n) EVALUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA QUE PREVEA LA FINANCIACIÓN DE LOS GASTOS NO CUBIERTOS RELACIONADOS CON LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA, REALIZADO POR ASISTENTE SOCIAL DE LA OBRA SOCIAL.</p> <p>o) COMUNICACIÓN AL AFILIADO Y AL PRESTADOR DEL PLAN AUTORIZADO EL INCUMPLIMIENTOS DE LOS PUNTOS A) A M), PRODUCTO DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO, DETERMINARÁ LA CONTINUIDAD DE LA ADMISIÓN OTORGADA A LA INSTITUCIÓN HABILITADA.</p> <p><u>INCLUYE</u></p> <p>A) MODULO:</p> <p>1) HASTA 1 (UNA) CONSULTA MEDICA POR DIA.</p> <p>2) HASTA 4 (CUATRO) VISITAS DE ENFERMERIA, SEGÚN TRATAMIENTO, PARA APLICACIÓN DE INYECTABLES, CURACIONES, COLOCACIÓN Y CUIDADO DE SONDAS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, APOYO INTEGRAL EN MOVILIZACIÓN, HIGIENE Y ALIMENTACIÓN.</p> <p>B) OTRAS PRESTACIONES</p> <p>3) HASTA 2 (DOS) ASISTENCIAS KINÉSICAS POR DÍA</p> <p>4) PROVISIÓN DE IMPLEMENTOS SANITARIOS.</p> <p>5) FONOAUDIOLOGIA (UNA SESION DIARIA HASTA 3 VECES POR SEMANA)</p> <p>C) PRORROGAS</p> <p>6) SEGUIMIENTO ACTUALIZADO DEL PACIENTE CON HISTORIA CLÍNICA SEMANAL AVALATORIA DEL ESTADO ACTUAL Y AUTORIZANTE DE CONTINUACIÓN DE INTERNACIÓN.</p> <p><u>EXCLUYE:</u></p> <p>1) TODA PRESTACIÓN NO RELACIONADA CON LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA. INTERNACIÓN INSTITUCIONAL</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--

850102	TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO (POR DIA) #.....	15,00			15,00			A B C
	<u>GENERALIDADES</u> COLOCACION DE MEDICACION VIA ENDOVENOSA EN INSTITUCION SANATORIAL. LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO SE ESTABLECE PARA LA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTOS INICIADOS EN INTERNACION							
NORMAS	A) COBERTURA: SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS. B) REQUISITOS: 1- AUTORIZACION PREVIA DE LOS MEDICAMENTOS A APLICAR. 2- SUPERVISION POR PARTE DE UNA INSTITUCION SANATORIAL. 3- EN TRATAMIENTOS PROLONGADOS DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME QUINCENAL DE LA EVOLUCION DEL TRATAMIENTO. INCLUYE: -COLOCACION DE LA MEDICACION. -MATERIAL DESCARTABLE.							
850201	CUIDADOS PALIATIVOS (POR DIA) #.....	208,00			208,00			A B C
	<u>GENERALIDADES</u> LA MODALIDAD DE LA PRESTACION CUIDADOS PALIATIVOS SE CENTRA EN LOS CRITERIOS CLINICOS DEL ESTADO TERMINAL DEL PACIENTE QUIEN, VOLUNTARIAMENTE O SU FAMILIA EN CASO DE NO PODER EXPRESARLO, REQUIERA ASISTENCIA INSTITUCIONAL NO CURATIVAS SOLICITANDO RECIBIRLA EN DOMICILIO <u>COBERTURA:</u> 1) SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS Y LAS RECONOCIDAS EN MÓDULO A LA INSTITUCION 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 PROCEDERÁ AL REINTEGRO O ANTICIPO DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS PREVIAMENTE Y DEBIDAMENTE ACREDITADAS.							
NORMAS	LOS CUIDADOS PALIATIVOS 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 MANTENDRÁ 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 DOMICILIO CONFORMADA POR HISTORIA CLINICA, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL PUNTO F) Y EN EL PUNTO I). e) COMUNICACION DE FIN DE TRATAMIENTO.  f) CONTAR CON CONOCIMIENTO DE FINITUD g) CONTINENCIA PSICO-SOCIAL DE LA FAMILIA QUE GARANTICE EL CUIDADO DEL ENFERMO h) ARTICULACION INSTITUCIONAL EN CASO QUE POR ALGUNA RAZON MEDICA REQUIERA INTERNACION i) HABITABILIDAD ADECUADA DEL DOMICILIO PARA LA RECEPCION DEL PACIENTE. j) ORIENTACION Y EDUCACION DEL PACIENTE Y FAMILIA/CUIDADOR k) COMUNICACION 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 ADMISION OTORGADA A LA INSTITUCION HABILITADA							
	INCLUYE A) MODULO:							

	<p>1) HASTA 1 (UNA) CONSULTA MÉDICA POR DÍA 2) HASTA 4 (CUATRO) VISITAS DE ENFERMERÍA POR DÍA CON APOYO INTEGRAL EN MOVILIZACIÓN, HIGIENE Y ALIMENTACIÓN. 3) OXIGENOTERAPIA, DE REQUERIRSE, INCLUIDA EN MÓDULO. B) OTRAS PRESTACIONES 4) HASTA 3 (TRES) CONSULTA PSICOLÓGICA, FAMILIAR O INDIVIDUAL POR SEMANA, SEGÚN PLAN Y/O REQUERIMIENTO DEL PACIENTE 5) PROVISIÓN DE IMPLEMENTOS SANITARIOS. C) REQUISITO 6) HISTORIA CLÍNICA SEMANAL QUE DOCUMENTE LAS PRESTACIONES EFECTUADAS</p> <p><u>EXCLUYE</u> 1) TODA PRESTACIÓN NO RELACIONADA CON EL CUIDADO PALIATIVO. 2) INTERNACIÓN INSTITUCIONAL</p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

850202	CUIDADOS PALIATIVOS EN INSTITUCION (POR DIA)	319,00			319,00			
	<p><b>GENERALIDADES:</b> 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 PATOLOGÍA SU INTERNACIÓN.</p> <p><b>COBERTURA:</b> 1-SE ABONARA EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS Y LAS RECONOCIDAS EN MODULO A LA INSTITUCION HABILITADA. 2-REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA LAS PRACTICAS, MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE NECESARIOS, ESTOS ULTIMOS PROVISTOS POR LA INSTITUCION PRESTADORA. 3-CUANDO NO SE ENCUENTRE EN EL MEDIO INSTITUCION HABILITADA Y ADMITIDA POR LA OBRA SOCIAL, EL SEMPRE PROCEDERA AL REINTEGRO O ANTICIPO DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS PREVIAMENTE Y DEBIDAMENTE ACREDITADAS</p>							
NORMA	<p>LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN INSTITUCION REQUIEREN DE:</p> <p>A-HABILITACION DE LA INSTITUCION PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO CON SU EQUIPO PROFESIONAL MULTIDISCIPLINARIO. B-ADMISION POR PARTE DE SEMPRE DE LA INSTITUCION PRESTADORA DEL SERVICIO. C-LA INSTITUCION HABILITADA MANTENDRA ACTUALIZADA LAS ALTAS Y/O BAJAS DE PROFESIONALES QUE SE PRODUZCAN, PONIENDO EN CONOCIMIENTO AL SEMPRE Y ADJUNTANDO LAS ACREDITACIONES CORRESPONDIENTES. D-SOLICITUD MEDICA DE ASISTENCIA EN INSTITUCION CONFORMADA POR HISTORIA CLINICA, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LA NORMA ESTABLECIDAS EN EL PUNTO F). E-COMUNICACION DE FIN DE TRATAMIENTO. F-CONTAR CON CONOCIMIENTO DE FINITUD. G-CONTINENCIA PSICO-SOCIAL DE LA FAMILIA. H-ARTICULACION INSTITUCIONAL EN CASO QUE POR ALGUNA RAZON MEDICA REQUIERA INTERNACION DE MAYOR COMPLEJIDAD. I-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.</p>							
	<p><b>INCLUYE:</b> A-MODULO 1-HASTA 2 (DOS) CONSULTAS MEDICAS POR DIA. 2-HASTA 4 (CUATRO) SECCIONES DE KINESIOLOGIA POR DIA. 3-NUTRICIONISTA. 4- HASTA 3 (TRES) CONSULTAS PSICOLOGICAS, FAMILIAR O INDIVIDUAL POR SEMANA, SEGUN PLAN Y/O REQUERIMIENTO DEL PACIENTE.</p> <p><b>B-REQUISITOS:</b> 5- HISTORIA CLINICA SEMANAL QUE DOCUMENTE LAS PRESTACIONES EFECTUADAS.</p> <p><b>EXCLUYE:</b> 1-MEDICAMENTOS. 2-MATERIALES DESCARTABLES. 3- PRACTICAS Y/O ESTUDIOS NO INCLUIDOS EN INTERNACION CLINICA. 4- INTERCONSULTAS CON MEDICOS EXTRAÑOS AL STAFF. 5-OXIGENOTERAPIA. 6-INTERNACION EN INSTITUCION SANATORIAL.</p>							
85.03	OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA							
	<p><b>GENERALIDADES</b> EL TRATAMIENTO CON OXIGENOTERAPIA DEBE SER UTILIZADO EXCLUSIVAMENTE BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y RESPETANDO EL</p>							

	<p>FLUJO O CAUDAL PRESCRIPTO. LA REALIZACIÓN DEL TRÁMITE DE ACCESO SERA DEFINITIVO PERO SUJETO A LOS CONTROLES DE SEGUIMIENTO ESTABLECIDOS EN - NORMAS-.</p> <p><u>COBERTURA</u></p> <p>1) SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS, A LOS VALORES ESTABLECIDOS PARA CADA MÓDULO, MEDIANTE SISTEMA DE REINTEGRO O ANTICIPO.</p> <p>2) EL SEMPRES ACTUALIZARÁ EL VALOR DE LOS MÓDULOS PREVISTOS PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA DE ACUERDO A LOS VALORES DE PLAZA.</p> <p>3) LOS AFILIADOS PODRÁN REQUERIR EL REINTEGRO DE LOS GASTOS DE TRASLADO O FLETE, CONTRA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE Y HASTA UN MÁXIMO EQUIVALENTE AL 20% DEL VALOR ESTABLECIDO PARA EL CÓDIGO 850301 POR CADA UNA.-</p> <p>NORMA LA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA REQUIERE DE:</p> <p>A) PRESCRIPCIÓN POR PARTE DE MÉDICO NEUMÓLOGO, CARDÍOLOGO O ESPECIALISTA EN CLÍNICA MÉDICA, CUMPLIMENTANDO A TAL EFECTO EL FORMULARIO DE SOLICITUD PROVISTO POR ESTE SEMPRES Y, ADJUNTANDO LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DETALLADOS EN EL MISMO.</p> <p>B) EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR POR PARTE DEL SEMPRES, QUE GARANTICE LA HABITABILIDAD ADECUADA DEL DOMICILIO, COMO ASIMISMO LA INFORMACIÓN NECESARIA DEL PACIENTE Y FAMILIAR RESPONSABLE PARA LA CORRECTA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO.</p> <p>C) AUTORIZACIÓN PREVIA POR PARTE DE LA AUDITORIA MÉDICA DE LA OBRA SOCIAL SIGUIENDO LOS CRITERIOS DEL CONSENSO ARGENTINO DE OXIGENOTERAPIA.</p> <p>D) SOLICITUD DEL MÉDICO TRATANTE DE RENOVACIÓN MENSUAL, TRIMESTRAL Y SEMESTRAL EN LOS FORMULARIOS PROVISTOS POR SEMPRES, ADJUNTANDO EN CADA CASO LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y LA PLANILLA DE CONTROL EPIDEMIOLÓGICO.</p> <p>E) ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA/CUIDADOR.</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

850301	ALQUILER CILINDRO OXIGENO GASEOSO - POR MES- # .....	68,00		68,00				
	INCLUYE 1) ALQUILER DEL EQUIPO DE OXIGENO GASEOSO (CILINDRO Y ACCESORIOS) POR MES.							
850302	PROVISIÓN CARGA OXIGENO GASEOSO PARA CILINDRO -POR METRO CÚBICO- # .....	12,00		12,00				
850303	ALQUILER CONCENTRADOR OXIGENO -POR MES- # .....							
	INCLUYE 1) ALQUILER DEL EQUIPO (CONCENTRADOR Y ACCESORIOS) POR MES	460,00		460,00				
850304	ALQUILER MOCHILA OXIGENO GASEOSO CON AHORRADOR -POR MES- # .....	588,00		588,00				
	INCLUYE 1) ALQUILER DEL EQUIPO ( MOCHILA Y ACCESORIOS)-POR MES- 2) 4 -CUATRO- CARGAS ( 4 m <sup>3</sup> ).							
850305	PROVISIÓN CARGA ADICIONAL -POR METRO CÚBICO- REQUIERE JUSTIFICACION POR MAYOR ACTIVIDAD DIARIA # .....	9,50		9,50				
850306	ALQUILER EQUIPO OXIGENO MEDICINAL LÍQUIDO PORTÁTIL (FREELOX) - POR MES - # .....	1.408,00		1.408,00				
	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				
86.01	HEMOTERAPIA							
860101	P24	38,00		38,00				A B C
860102	HBc	38,00		38,00				A B C
860103	HTLV	73,00		73,00				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 #+.....	1.122,00		1.122,00				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
* 90.01	DOSAJE DE DROGAS TERAPEUTICAS (MONITOREO)		25
* 90.02	AC.ANTICORE DE HEPATITIS B (ANTI HBc)		23
* 90.03	AC. ANTI e DE HEPATITIS B (ANTI HBe)		23
* 90.04	ANTICUERPO HAV Ig. G		23
* 90.05	ANTICUERPO HAV Ig. M		31
* 90.06	ANTIC.ANTIG.SUPERF.HEPATITS B (ANTI HBs)		23

* 90.09	ANTIC.CITOMEGALOVIRUS IFI	14	
* 90.10	ANTIC. PSITACOSIS (CLAMIDEAS)	21	
* 90.11	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	27	
* 90.15	CA 15-3 ; CA 125 ; CA 199 ; CA 129	37	
* 90.17	CHAGAS Ig. M IFI	18	
* 90.20	DELTA 4 ANDROSTENEDIONA	19	
* 90.27	GONADOTROFINAS SUBUNIDAD BETA EN SUERO	17	
* 90.33	LINFOCITOS B, RECUENTO (ROSETAS EAC)	14	
* 90.34	LINFOCITOS T, RECUENTO (ROSETAS E)	14	
* 90.35	LINFOCITOS T8 (CD8), Y/OT3 (CD3),Y/O T4 (CD4)	27	
* 90.46	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	16	
* 90.47	TIROGLOBULINA	31	
* 90.51	AC. ANTI HEPATITIS "C"- HCV	41	
* 90.55	INMUNOGLOBULINA E ESPECIFICA	20	
* 90.59	OSTEOCALCINA	41	
* 90.60	ANTIC.ANTI-RC DE TSH ( TB II )	25	
* 90.61	PEPTIDO C	20	
* 90.62	SHBG-GLAE	27	
* 90.63	ANTICUERPOS ANTIPEROXIDASA	10	
* 90.64	DETECCION DE MICROALBUMINURIA		15
* 90.65	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgA	23	
* 90.66	ANTICUERPO ANTIGLIADINA IgG	23	
* 90.67	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgA	23	
* 90.68	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO IgG	23	
* 90.69	TROPONINA T		26
* 90.71	DOSAJE DE SUBPOBLACION LINFOCITARIA (P/PACIENTES CON HIV/SIDA)	No abona Coseguro	
* 90.72	CARGA VIRAL (P/PACIENTES HIV/SIDA)	No abona Coseguro	
* 90.73	HIV RESISTENCIA A ANTIRRETROVIRALES	No abona Coseguro	
* 90.75	AC. ANTI. TRANSGLUTAMINASA TISULAR	23	
* 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.	30	
130107	DESTRUCCION LESION DE PIEL-MAS DE 5 ELEM	49	
* 130113	LIPOMA GIGANTE	No abona Coseguro	
140101	TESTIFICACION TOTAL	13	
140103	TESTIFICACION POR DROGAS-POR VISITA	2	
150105	ESTUDIO BIOPSICO SERIADO Y SEMISER.15 CORTES	No abona Coseguro	
150108	NECROPSIA DE NEONATO O LACTANTE.	No abona Coseguro	
150109	NECROPSIA DEL JOVEN O ADULTO	No abona Coseguro	
150112	RECEPTORES ESTROGENICOS/ PROGESTERONA	Solo para Oncológicos	
150113	HERB 2 NEU	Solo para Oncológicos	
160101	ANESTESIA MINIMA	116	
160106	ANESTESIA AMBULATORIA	81	
170103	ELECTROCARDIOGRAMA DE HAZ DE HIZ	38	
* 170104	ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTEN	58	
170105	SOBRESTIMULACION CARDIACA-INCL.CATETERISMO	33	
170106	ELECTROC.C/DERIVACION INTRAESOFAGICA	9	
170107	VECTOCARDIOGRAMA	9	
* 170108	FONOMEKANOCARDIOGRAMA	13	
* 170115	FLUXOMETRIA POR EFECTO DOPPLER-INCL.ECG	7	
* 170118	ELECTROC. DE HOLTEN- 2 CANALES	71	
* 180101	E.C.G. COMPLETO	34	
* 180102	E.C.G. COMPLETO CON REG.CONTINUO	36	
* 180103	E.C.G.COMPLETO CON ECOSCOPIA	44	
* 180104	ECOGR. TOCIGINECOLOGICA	36	
* 180106	ECOGR. MAMARIA	34	
* 180107	ECOGR. CEREBRAL	34	
* 180109	ECOGR. OFTALMOLOGICA	30	
* 180110	ECOGR. TIROIDEA	23	
* 180111	ECOGR. DE TESTICULOS	20	
* 180112	ECOGR. DE ABDOMEN	47	
* 180113	ECOGR. HEPAT-BILIAR-ESPL.-TORACICA	40	
* 180114	ECOGR. DE VEJIGA O PROSTATA	28	
* 180116	ECOGR. RENAL BILATERAL	37	
* 180117	ECOGR. DE AORTA ABDOMINAL-MODO M	34	
* 180118	ECOGR. PANCREATICA O SUPRARRENAL	38	
* 180121	ECOGR. PARA AMNIOCENTESIS	28	
* 180122	ECOGR. DE PARTES BLANDAS	20	
* 200120	ESOFAGOFIBROSCOPIA	53	
* 200126	RECTOSIGMOIDOSCOPIA A FIBRA	33	

*	200132	GASTROFIBROSCOPIA	60
*	200134	POLIPECTOMIA ENDOSC.GASTRICA	25
*	200135	POLIPECTOMIA ENDOSC.COLONICA	35
	220107	INST.SUST.RADIOPACA P/HISTEROSALP.GINEC.	3
	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	4
	250104	REHABILITACION DEL LENGUAJE - POR SESION	5
	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.	9
	260102	ESTUDIO FUNCION TIROIDEA-INCL.MAT.RADIAC.	12
	260108	TRATAMIENTO CARCINOMA DE TIROIDES	No abona Coseguro
	260202	POR CADA POSIC.SUBSIGUIENTE	5
	260203	CENTELLOGRAFIA DE MEDULA OSEA	15
*	260204	MIELOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	23
*	260205	CISTERNOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	43
*	260206	FISTULOGRAFIA ISOTOPICA. LCR-EXCL.HON.CIRUJ.	33
*	260207	VENTICULOGRAFIA ISOTOPICA.-EXCL.HON.CIRUJ.	43
*	260208	CENTELLOGRAMA OSEO - UN AREA	23
*	260209	AREAS SUBSIGUIENTES	9
	260210	CENTELLOGRAFIA ARTICULAC.-INCL.ARTROCENESIS	15
*	260211	CENTELLOGRAMA DE TIROIDES	11
*	260212	CENTELL. DE TIROIDES Y MEDIASTINO	18
*	260213	BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA TIROIDES	70
*	260214	CENTELL. DE PARATIROIDES	11
*	260215	CENTELL. DE GLANDULAS SALIVALES	15
*	260216	CENTELL. DE PULMON-2 POSIC.C/MIN.	28
*	260217	CENTELL. HEPATICO-2 POSIC.C/MIN.	28
*	260218	CENTELL. DEL POOL VASCULAR HEPATICO	29
*	260219	CENTELL. DE PANCREAS	28
*	260220	CENTELL. DE BAZO	28
*	260221	CENTELL. RENAL BILATERAL	26
*	260222	CENTELL. DEL POOL VASC.RENAL	28
*	260223	CENTELL. DE PLACENTA	26
*	260224	CENTELL. DE VIAS LINFATICAS	28
*	260225	POR POSICIONES ADICIONALES	5
	260301	A C T H	8
	260302	ALDOSTERONA	10
	260303	ALFAFETOPROTEINAS	8
	260304	ANTICUERPOS ANTINUCL.PLASMATICOS	14
	260305	ANGITENSINA I O II	8
	260306	ANTIGENOS DE LA HEPATITIS B	14
	260307	AMP - CICLICO	8
	260308	CALCITONINA	8
	260309	CEA - CARCINOMA EMBRIOGENICO	8
	260310	CORTISOL	8
	260311	DIGITOXINA	8
	260312	DIGOXINA	8
	260313	ESTRADIOL	8
	260314	ESTROGENOS TOTALES	8
	260315	ESTRIOL PLASMATICO	8
	260316	ESTRONA	8
	260317	FERRITINA PLASMATICA	9
	260318	F S H	8
	260319	GLUCAGON PLASMATICO	9
	260320	LACTOGENO PLACENTARIO	8
	260321	L H	8
	260322	INMUNOGLOBULINA	8
	260323	INSULINA	8
	260324	PARATHORMONA	10
	260325	POLIPEPTIDO INHIB.GASTRICO-GIP PLASMATICO	8
	260326	POLIPEPTIDO INTEST.VASOACTIVO -V.I.P.-PLASMA	8
	260327	POLIPEPTIDO PANCREATICO	8
	260328	PROINSULINA	8
	260329	PROGESTERONA	8
	260330	PROLACTINA	8
	260331	PROSTAGLANDINA E,OF,OPGA,OPGB,OPGFI	10
	260332	RENINA	8
	260333	SOMATOTROFINA S T H	8
	260334	TESTOSTERONA	12
	260335	TIROXINA PLASMATICA TOTAL T4	7

260336	TIROXINA EFECTIVA - ERT	7	
260337	TRI - IODOTIRONINA - T3	7	
260338	TIROTROFINA TSH	8	
260401	PRUEBA ESTIM.SECR.SOMAT.-DETERMINACION STH -1-2-	35	
260402	PRUEBA FRENO SECR.SOMAT.-DETERM.SOMATOTR.-1-2-	35	
260403	PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO-DETERM.FSH-1-4	29	
260404	PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO-DETERM.LH-1-4	29	
260405	PRUEBA ESTIM.GONADAL-HGG-DET.ESTR.TOT.1-	18	
260406	PRUEBA ESTIM.GONADAL-HGG-DET.TSTOST.1-3	24	
260407	PRUEBA ESTIM.CON TRH CON DET.TSH- T4	43	
260408	PRUEBA ESTIM.CON TRH CON DET.TSH-1-4	29	
260409	ESTIM.HIPOTALAMICO CON DETERM.DE ACTH-1-	29	
260410	INHIBICION HIPOTAL.CON DETER.ACTH-1-4-	29	
260411	INHIBICION DE MUQUET CON DET.CORTISOL-1-	18	
260412	ESTUDIO RITMO CIRCADIANO CORTISOL-1-3	18	
260413	PRUEBA EST.HIPOT.CON DET.PROLACT.-1-4-	29	
260414	PRUEBA INHIB.HIPOT.CON DET.PROLACT.-1-4-	29	
260501	CENTELL. CEREBRO - 2 POSIC.	57	
260502	POR CADA POSIC.SUBSIG.	10	
260503	CENTELL. MEDULA OSEA	37	
260504	MIELOGRAFIA ISOTOPICA-EXCL.HON.CIRUJ.	47	
260505	CISTERNOGRAFIA ISOT.-EXCL.HON.CIRUJ.	83	
260506	FISTULOGRAFIA ISOT.DE LCR-EXCL.HON.CIRUJ	57	
260507	VENTICULOGRAFIA ISOT.-EXCL.HON.CIRUJ.	83	
260508	CENTELL. OSEO - UN AREA	47	
260509	AREAS SUBSIGUIENTES	15	
260510	CENTELLOGRAFIA. DE ARTICULACIONES	37	
260511	CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES	31	
260512	CENTELLOGRAFIA DE TIROIDES Y MEDIASTINO	42	
260513	BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA TIROIDES	129	
260514	CENTELL. DE PARATIROIDES	31	
260515	CENTELL. DE GLANDULAS SALIVALES	34	
260516	CENTELL.DE PULMON-2 POSIC.	52	
260517	CENTELL. HEPATICO-2 POSIC.	49	
260518	CENTELL. DEL POOL VASC.HEPATICO	52	
260519	CENTELL. DE PANCREAS	52	
260520	CENTELL. DE BAZO	52	
260521	CENTELL. RENAL-BILAT.	52	
260522	CENTELL. DEL POOL VASC.RENAL	52	
260523	CENTELL. DE PLACENTA	52	
260524	CENTELL. DE VIAS LINFATICAS	52	
260525	ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA POR AREA-C/U	50	
260526	ESTUDIO DINAMICO RENAL	68	
260527	RADIOCARDIOGRAMA	84	
260528A	PERFUSION SANG.MIOC.RADIOISOT-A-REPOSO	50	
260528B	PERFUSION SANG.MIOC.RADIOISOT-B-REP.Y PR.FZA	84	
260529	FLEBOGRAFIA RADIOISOT.POR AREAS-C/U	50	
260530	POR AREA ADICIONAL	16	
260531	DINAMICA DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTR.	50	
260532	DINAMICA TRANSITO INTESTINAL	50	
* 300111	RETINOGR.C/3 PLACAS-UNILAT.	11	
* 300112	RETINOGR.C/3 PLACAS-BILAT.	14	
330111	PRUEBAS PSICOMETRICAS -4 TEST		25
330112	PRUEBAS PROYECTIVAS-4 TEST		50
340414	COLECISTOGRAFIA ENDOVENOSA-MIN.5 PLACAS	55	
340415	COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA-MIN. 5 PLACAS	52	
340503	UROGR.ESCRET.C/EST.VESICAL,PRE Y POSTMIC	46	
340504	UROGR. MINUTADO O P/GOTEO PIELOGRAFIA P/	55	
* 340601	MAMOGRAFIA	22	
* 340602	MAMOGRAFIA -PROY.AXILAR	16	
340603	GALACTOGRAFIA	16	
340605	PELVINEMOGRAFIA	24	
340606	GINECOGRAFIA	48	
340607	PELVIMETRIA RADIOLOGICA	19	
340608	RX DEL EMBARAZO	11	
* 340701	SINUSOGRAFIA POR CATETERISMO	44	
* 340702	VENTRICULOGR.POR INYECC. DE MED.CONTR.	44	
* 340703	ARTERIOGRAFIA CEREBRAL POR CATETERISMO	46	
* 340704	ARTERIOGRAFIA CAROTIDEA O VERT.	39	
* 340705	NEUMOENCEFALOVENTRICULOGR.FRACC.	46	
* 340706	MIELOGRAFIA ASC.O DESC.,CISTERNOMIEL.,RA	35	
* 340707	DISCOGRAFIA,NEUROGR,EPIDUROGR.	21	
* 340810	ARTERIOGRAFIA ART.MED.Y/O INTERC.-POR ES	103	
* 340901	TOMOGRAMA LINEAL-5 PLACAS-POR EST.	57	
340902	TOMOGRAMA HIPOCICLOIDAL - POR EST.	57	
* 360105	CISTOTONOMANOMETRIA	14	

*	700101	POTENCIALES EVOCADOS-ESTUDIO SIN AGREGADOS	33	
*	700102	POTENCIALES EVOCADOS- 2 EST.O EST. C/AGREGADOS	55	
*	700103	POTENCIALES EVOCADOS-3 EST.O 2 EST.C/AGREGADOS	69	
*	710101	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER BLANCO Y NEGRO		117
*	710102	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR		232
*	710103	ERGOMETRIA COMPUTARIZADA		58
*	710104	PRESUROMETRIA		85
*	710105	ECO STREES		149
*	710106	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO		154
*	720101	DENSITOMETRIA OSEA UN AREA		45
*	720102	DENSITOMETRIA OSEA MAS DE UN AREA CUERPO ENT.		70
*	730101	PAPILO-ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA		865
*	730102	ESOFAGOGASTRODUODENO-VIDEOSCOPIA		134
*	730103	COLONOVIDEOSCOPIA		170
*	730104	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA POR VIDEO		85
*	730105	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA COLONICA POR VIDEO		120
*	730106	VIDEOCOLECISTECTOMIA		1.153
*	730107	PH METRIA 24 HS COMPUTARIZADA	90	
*	730108	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTARIZADA	114	
*	730109	MANOMETRIA ANO RECTAL COMPUTARIZADA	114	
*	730110	BIOFEEDBACK (POR SESION)	22	
*	740101	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		63
*	740102	VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA		325
*	740103	CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO		73
*	740104	VIDEOCIRUGIA S/ANEXOS UTERINOS, Y/O .....		1.097
*	740105	VIDEOHISTERECTOMIA TOTAL CON O SIN ANEXECTOMIA		1.156
*	740107	ECO-DOPPLER OBSTETRICO	No abona Coseguro	
*	750101	MAPEO CEREBRAL		105
*	750102	ELECTROENCEFALOGRAMA HOLTER		82
*	750103	POLISOMNOGRAFIA CON OXIMETRIA NOCTURNA	225	
*	750201	MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA		1.080
*	760101	EXTRAC.EXTRACPS.DE CATARATAS + LIO POR TODO CONCEPTO		591
*	760102	FACOFRAG.ULTRASONICA DE CATARATA + LIO x TODO CONCEP.		1.024
*	760103	YAG LASER-FOTOCOAGULACION POR CADA OJO		92
*	760104	RETINOFLUORESCENOGRAMA POR ANGIOGRAFIA DIGITAL		26
*	760105	CAMPO VISUAL, CAMPIMETRIA Y/O PERIMETRIA COMPUTARIZADO BILATERAL		37
*	770101	RINOFIBROLARINGOSCOPIA		45
*	780101	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO COLOR		143
*	780102	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO BLA Y NE		92
*	780103	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO-COLOR		232
*	780104	ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO BLA Y NE		126
*	790101	ECOGRAFIA VESICO-PROSTATICA TRANSRECTAL		54
*	790102	ESTUDIO URODINAMICO		147
*	790103	FLUJOMETRIA		55
*	790104	LITOTRIZIA EXTRACORP. PARA CALCULOS REN. Y URETRALES		1.122
*	790105	MODULO MULTIPUNCION PROSTATICA		198
*	790106	MODULO MULTIBIOPSIA PROSTATICA		39
*	790301	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL DONANTE .....	No abona Coseguro	
*	790302	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL RECEPTOR .....	No abona Coseguro	
*	790303	MODULO AMBULATORIO POST TRANSP.....1° SEMESTRE	No abona Coseguro	
*	790304	MODULO AMBULATORIO POST TRANSP.....2° SEMESTRE	No abona Coseguro	
*	790305	MODULO AMBULATORIO POST TRANSP.....2° AÑO Y SUBSIG	No abona Coseguro	
*	790306	MODULO TRANSPLANTE RENAL DTE. CADAVERICO	No abona Coseguro	
*	790401	BIOPSIA RENAL PERCUTANEA I		697
*	790402	BIOPSIA RENAL PERCUTANEA II		778
*	800101	CIRUGIA ARTROSCOPICA SIMPLE		1.052
*	800102	CIRUGIA ARTROSCOPICA COMPLEJA		1.057
*	800201	QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA	No abona Coseguro	
*	800202	QUIMIOTERAPIA ENDOVESICAL	No abona Coseguro	
*	800203	INFUSION DE DROGAS	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		98
*	811002	TAC-CEREBRAL REFORZADA-INCLUYE CONTRASTE		98
*	811003	TAC CEREBRAL DE CONTROL		38
*	811004	TAC OFTALMOLOGICA		38
*	811005	TAC TIROIDEA		98
*	811006	TAC MAMARIA		98
*	811007	TAC GINECOLOGICA		98
*	811008	TAC ABDOMEN		98
*	811009	TAC HEPATOB.-ESPLENICA-PANCR.RENAL-SUPR		98
*	811010	TAC TORACICA		98
*	811011	TAC VEJIGA Y PROSTATA		98
*	811012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES		98

* 811013	TAC COLUMNA	98
* 811014	OCT - TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA	76
* 813003	TAC CEREBRAL DE CONTROL CON CONTRASTE	98
* 813004	TAC OFTALMOLOGICA CON CONTRASTE	98
* 813005	TAC TIROIDEA CON CONTRASTE	98
* 813006	TAC MAMARIA CON CONTRASTE	98
* 813007	TAC GINECOLOGICA CON CONTRASTE	98
* 813008	TAC ABDOMEN CON CONTRASTE	98
* 813009	TAC HEPAT.ESPL.PANCR.RENAL-SUPR.CON CONT	98
* 813010	TAC TORACICA CON CONTRASTE	98
* 813011	TAC VEJIGA Y PROSTATA CON CONTRASTE	98
* 813012	TAC OTROS ORGANOS O REG. CON CONTRASTE	98
* 813013	TAC COLUMNA CON CONTRASTE	126
* 821001	RMN DE CEREBRO	192
* 821004	RMN OFTALMOLOGICA (POR OJO)	192
* 821005	RMN DE TIROIDES	192
* 821008	RMN DE ABDOMEN	192
* 821009	RMN DE HEPATOBILIAR -ESPLENICA-PANCREATICA	192
* 821010	RMN TORACICA	192
* 821012	RMN DE OTROS ORGANOS O REGIONES	192
* 821013	RMN DE DE COLUMNA	192
* 821014	RMN DE RODILLA	192
* 821015	RMN DE ESPINAL	192
* 821016	RMN DE HUESOS LARGOS	192
* 821017	RMN DE PELVIS	192
* 821018	RMN DE HOMBRO	192
821019	RMN DE DE COLUMNA -DOS REGIONES-	368
821020	RMN DE DE COLUMNA -TRES REGIONES-	478
821021	COLANGIORESONANCIA	286
821022	ANGIORESONANCIA DE CUELLO O CEREBRO	230
821023	ANGIORESONANCIA DE CUELLO Y CEREBRO	342
821024	RMN DE CEREBRO Y ANGIORESONANCIA DE CEREBRO	313
821025	ANGIORESONANCIA ABDOMINAL U OTRAS	286
821026	URORESONANCIA	286
821027	RM ATM DINAMICA (c/diferentes grados de apertura y estudio dinámico)	342
821028	RMN DE CEREBRO CON DIFUSION Y PERCUSION	373
* 823001	CONTRASTE PARA CUALQUIER RMN	28
* 830101	ANGIOGRAFIA DE CEREBRO POR CATETERISMO	No abona Coseguro
* 830102	ANGIOGRAFIA DE VASOS DE CUELLO x CATETERISMO	No abona Coseguro
* 830103	ANGIOG DE CEREBRO Y V. DE CUELLO x CATETERISMO	No abona Coseguro
* 830104	CINEANGIOCORONARIOGRAFIA	No abona Coseguro
* 830105	ANGIOGRAFIA AORTA ABDOMINAL Y OTRAS RAMAS	No abona Coseguro
* 830203	ANGIOPLASTIA TRANSL. PERIFERICA SPLE.	1.441
* 830204	ANGIOPLASTIA TRANSL. PERIFERICA COMPLEJA	1.441
* 830211	ANGIOPLASTIA TRANSL. CORONARIA SPLE.	2.973
* 830212	ANGIOPLASTIA TRANSL. CORONARIA COMPLEJA	2.973
* 830301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO SPLE O COMPLEJO	525
* 830302	ABLACION DE HAZ DE HIZ x RADIOFRECUENCIA	2.105
830303	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO MAS ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA	2.105
* 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 CONTRAPULSACION	No abona Coseguro
* 840302	PROVISION DE STEN	según escala
* 840303	PROVISION DE VALVULA AORTICA	No abona Coseguro
* 850101	INTERNACION DOMICILIARIA	No abona Coseguro
850102	TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO	No abona Coseguro
* 850201	CUIDADOS PALIATIVOS	No abona Coseguro
* 850202	CUIDADOS PALIATIVOS EN INSTITUCION (POR DIA)	No abona Coseguro
870101	LOCAL. CENTELL. GANG. CENTINELA C/CONT. INTRAOP.	No abona Coseguro

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