



Propiedad Intelectual N° 187332

BOLETÍN OFICIAL

Provincia de La Pampa
REPÚBLICA ARGENTINA

Gobernador:.....C.P.N. Oscar Mario **JORGE**
Vice-Gobernador:.....Prof. Norma Haydee **DURANGO**
Ministro de Coordinación de Gabinete.....C.P.N. Ariel **RAUSCHENBERGER**
Ministro de Gobierno, Justicia y Seguridad:Abog. Leonardo Jesús **VILLALVA**
Ministro de Bienestar Social:Sr. Raúl Eduardo **ORTÍZ**
Ministro de Salud:.....Dr. Mario Omar **GONZÁLEZ**
Ministro de Cultura y Educación:Lic. Jacqueline Mohair **EVANGELISTA**
Ministro de la Producción:.....Dr. Abelardo Mario **FERRÁN**
Ministro de Hacienda y Finanzas:.....C.P.N. Sergio **VIOLO**
Ministro de Obras y Servicios Públicos:.....Ing. Jorge Víctor **VARELA**
Secretario General de la Gobernación:.....C.P.N. José María **GONZÁLEZ**
Secretario de Desarrollo Territorial:.....
Secretario de Derechos Humanos:.....Sr. Héctor Rubén **FUNES**
Secretario de Asuntos Municipales:.....Lic. Fabián **BRUNA**
Secretario Recursos Hídricos:.....Ing. Néstor Pedro **LASTIRI**
Secretario de Turismo.....Sr. Santiago Daniel **AMSE**
Asesor Letrado de Gobierno:.....Dra. Daniela Mónica **VASSIA**
Fiscal de Estado:Dr. José Alejandro **VANINI**

AÑO LXI - Nº 3117
Telefax: 02954- 436323

Dirección: Sarmiento 335
www.lapampa.gov.ar

SANTA ROSA, 5 DE SEPTIEMBRE DE 2014
boletinoficial@lapampa.gov.ar

SEPARATA BOLETÍN OFICIAL N° 3117

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOLUCIÓN GENERAL N° 673

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL**RESOLUCIÓN GENERAL N° 673**

Expediente n° 42435-4/12 Alcance 2 Cuerpo 4.-

SANTA ROSA, 26 de Agosto de 2014

VISTO:

El Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias; y

CONSIDERANDO:

Que es oportuna la actualización de los valores de las prestaciones reconocidas y que se brindan en el ámbito de la Provincia de La Pampa,

Que interviniendo las distintas áreas de Prestaciones y Gerencia General del SEMPRES han determinado los importes respectivos, teniendo en cuenta un incremento del 4% para los valores de: unidad gasto quirúrgico y gasto pensión; 9% unidades galenos; 9% unidad gasto odontológico y bioquímico; 9% promedio de prácticas moduladas y 9% prestaciones a valor fijo;

Que se incorporan en el Título I Capítulo VIII como prácticas moduladas los Códigos: 813015 Adicional TAC con Reconstrucción 3D, 813016 Adicional TAC Multicorte y 850103 Internación Domiciliaria (Por Día) (de 46 días en adelante), modificando también la descripción del Código 850101 a Internación Domiciliaria (Por Día) (primeros 45 días),

Que asimismo se adecuan los porcentajes de Coseguros del Capítulo VIII Prácticas Moduladas asignando un 30% a las prácticas diagnósticas, un 20% a las terapéuticas y aquellas prácticas terapéuticas en las cuales no exista otra posibilidad de resolución no llevarán coseguro alguno a cargo del afiliado, transfiriendo además el cobro de los coseguros, que hasta la fecha se cobraban en SEMPRES, a los Prestadores;

Que se unificó el criterio de cobro de coseguro en las prácticas diagnósticas RMN y TAC en internación;

Que se actualizan los valores reconocidos en concepto de compensación de gastos de alquiler por día de muletas y sillones ortopédicos sobre ruedas a \$ 7 y \$ 10, respectivamente;

Que es adecuado modificar el Nomenclador SEMPRES en lo referente al Título I Sección I Capítulo VII el Punto 4 del Código 9901, a los efectos de aplicar el aumento al valor de las consultas excedentes;

Que es necesario actualizar los valores del servicio de enfermería, no incluido en el Nomenclador SEMPRES;

Que los aumentos implementados por la presente Resolución se determinan sobre los valores del 1 de Octubre de 2013, los que se adicionaran a los vigentes a la fecha y regirán a partir del 1 de Septiembre de 2014;

Que resulta conveniente delegar en la Gerencia General del SEMPRES la adecuación de los distintos Capítulos del Nomenclador a lo aprobado por la presente;

Que han intervenido Asesoría Letrada y Auditoría Interna, no teniendo objeciones que realizar;

POR ELLO y en uso de las facultades conferidas por los artículos 10° inciso i) y 119° de la N.J.F. n° 1170 (t.o. 2000);

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

ARTICULO 1°.- Modifícanse a partir del 1 de Septiembre de 2014, en el Título – Prestaciones dentro de la Provincia - Sección I – Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares- del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias, el subtítulo: Valores Aplicados en Nomenclador de Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares según Normas; y Prestaciones a Valor Fijo, de acuerdo al Anexo I que forma parte de la presente.-

ARTICULO 2°.- Modifícanse a partir del 1 de Septiembre de 2014, en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia- Sección I –Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares – Capítulo XV Nomenclador de Prácticas Anestesiológicas del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias, los Valores Honorarios Anestesiólogos, de acuerdo al Anexo II que forma parte de la presente.-

ARTICULO 3°.- Modifícanse a partir del 1 de Septiembre de 2014, en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia- Sección I – Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares, del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias, los valores de las prestaciones y de los coseguros de los Códigos del Capítulo: VIII -Prácticas Moduladas, de acuerdo al Anexo III que forma parte de la presente.-

ARTICULO 4°.- Incorporanse a partir del 1 de Septiembre de 2014, en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia- Sección I – Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares, Capítulo: VIII -Prácticas Moduladas del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias, los Códigos: 813015 Adicional TAC con Reconstrucción 3D, 813016 Adicional TAC Multicorte y 850103 Internación Domiciliaria (Por Día) (de 46 días en

adelante) y modificase: la descripción del Código 850101 a Internación Domiciliaria (Por Día) (primeros 45 días) de acuerdo al Anexo III que forma parte de la presente.-

ARTICULO 5º.- Modificanse a partir del 1 de Septiembre de 2014, en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia- Sección I – Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares, Capítulo: VIII -Prácticas Moduladas del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias, transfiriendo el cobro de los coseguros, que hasta la fecha se abonaban en SEMPRES, a los Prestadores y la unificación del criterio de cobro de coseguro en las prácticas diagnósticas RMN y TAC en internación, de acuerdo al Anexo III que forma parte de la presente.-

ARTICULO 6º.- Modificanse a partir del 1 de Septiembre de 2014, en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia- Sección II –Prestaciones Odontológicas- del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias, el subtítulo: Valores de Prestaciones Odontológicas y Prestaciones a Valor Fijo, de acuerdo al Anexo IV que forma parte de la presente.-

ARTICULO 7º.- Modificanse a partir del 1 de Septiembre de 2014, en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia- Sección III –Prestaciones Bioquímicas- del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias, el subtítulo: Tipo de Unidades Arancelarias y Valores; y Prestaciones Bioquímicas a Valor Fijo, de acuerdo al Anexo V que forma parte de la presente.-

ARTICULO 8º.- Modificase a partir del 1 de Septiembre de 2014, en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia- Sección IV –Prestaciones Ópticas, del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias, el valor del Capítulo I - Códigos, incorporados con Valor Fijo, de acuerdo al Anexo VI que forma parte de la presente.-

ARTICULO 9º.- Modificase a partir del 1 de Septiembre de 2014, en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia- Sección I –Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares-, Capítulo VII -Normas Generales y Particulares- del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias, el Punto 4 del Código 9901 de acuerdo al Anexo VII que forma parte de la presente.-

ARTICULO 10º.- Modificanse a partir del 1 de Septiembre de 2014, en el Título I – Prestaciones dentro de la Provincia Sección I – Prestaciones Médicas, Sanatoriales y Servicios Auxiliares-, Capítulo X –Ortesis y Prótesis-, del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias, el valor de los Códigos 03.12 Marcapasos, 03.13.01 Provisión de Cateter Doble J, 04.01.01 Audífonos y 05.07.01 CPAP – Dispositivo de Presión Continua en la Vía Aérea, de acuerdo al Anexo VIII que forma parte de la presente.-

ARTICULO 11º.- Modificanse a partir del 1 de Septiembre de 2014, en el Título III – Otras Prestaciones, Sección I - Otras Prestaciones, Capítulos I al III, del Nomenclador SEMPRES, aprobado por Resolución General N° 33/00 y sus modificatorias, en los Códigos 03.01.01 y 03.01.02 el valor de los Apartados e) Compensación Gasto por Alquiler: de los Sillones Ortopédicos Sobre Ruedas y, Muletas Para Andar, respectivamente, de acuerdo al Anexo IX que forma parte de la presente.-

ARTICULO 12º.- Fijanse a partir del 1 de Septiembre de 2014, los siguientes aranceles de enfermería:

	CONSULTORIO	DOMICILIO
INYECCIONES (INTRAMUSC. Y SUBC.)	\$ 19,70	\$ 21,00
INYECCIONES ENDOVENOSAS	\$ 19,70	\$ 21,00
NEBULIZACIONES POR COMPRESIÓN DE AIRE Y POR COMPRESIÓN DE AIRE DE ALTO FLUJO	\$ 14,10	\$ 15,10
NEBULIZACIONES DE ALTO FLUJO POR VIBRACIÓN DE ALTA FRECUENCIA (ULTRASÓNICAS)	\$ 19,70	\$ 19,70
CURACIONES S/ MEDICAMENTOS	\$ 19,70	\$ 22,90
SOLUCIONES PARENTERALES C/500 CM3	\$ ---	\$ 22,90

ARTICULO 13º.- La Gerencia General del SEMPRES adecuará los valores establecidos en los distintos Capítulos del Nomenclador SEMPRES de conformidad con los aprobados por la presente.-

ARTICULO 14º.- Regístrese publíquese y pase al Servicio Médico Previsional a sus efectos.-

El Directorio

ANEXO I

TITULO I: PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA SECCIÓN I: PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES CAPITULO I AL VI

VALORES APLICADOS EN NOMENCLADOR DE PRESTACIONES MÉDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES SEGÚN NORMAS.-

UNIDAD GALENO CONSULTA:	\$ 8,430
UNIDAD GALENO QUIRURGICO:	\$ 7,224

UNIDAD GALENO PRACTICA:	\$ 5,842
UNIDAD GALENO PRACTICA PSICOLO/PSIQUIATRICA KINESIOLOGICA:	\$ 6,629
UNIDAD GASTO QUIRURGICO:	\$ 11,431
UNIDAD GASTOS RX:	\$ 3,560
UNIDAD GASTO PENSION:	\$ 13,752
UNIDAD OTROS GASTOS:	\$ 1,145
UNIDAD GASTO BIOQUIMICO:	\$ 7,501

GALENO CONSULTA	GALENO QUIRÚRGICO	GALENO PRACTICA	GALENO PRACTICA PSIQUIÁTRICA PSICOLÓGICA	GASTO QUIRÚRGICO	GASTO RADIOLÓGICO	GASTO PENSIÓN	OTROS GASTOS	GASTO BIOQUÍMICO PREST. MEDICAS
8,430	7,224	5,842	6,629	11,431	3,560	13,752	1,145	7,501

PRESTACIONES A VALOR FIJO

11.02.17	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO, INCLUYE EL DISPOSITIVO (CON RECONOCIMIENTO PREVIO DE LA OBRA SOCIAL) - PRACTICA ABONADA POR REINTEGRO.	\$ 815
22.03.01	INDUCCIÓN DE OVULACIÓN (con un tiempo estimado de 6 (seis) ciclos de tratamiento con clomifeno)	\$ 1.247
22.03.02	INSEMINACIÓN ARTIFICIAL (en caso de esterilidad masculina)	\$ 1.247
25.01.07	PRESUROTERAPIA.	\$ 118
25.01.08	DRENAJE LINFÁTICO MANUAL.	\$ 118
25.01.09	NATACIÓN TERAPÉUTICA POR SESIÓN	\$ 102
31.01.23	OTOEMISIONES ACÚSTICAS.	\$ 302

ANEXO II

TITULO I: PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA
SECCIÓN I: PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES
CAPÍTULOS XV – NOMENCLADOR DE PRÁCTICAS ANESTESIOLÓGICAS

VALORES HONORARIOS ANESTESIÓLOGOS

16.10.01	MAYOR B - MB	\$ 490
16.10.02	MAYOR D - MD	\$ 562
16.10.03	MAYOR E - ME	\$ 675
16.10.04	MAYOR F - MF	\$ 744
16.10.05	MAYOR I - MI	\$ 892
16.10.06	ESPECIAL A - EA	\$ 989
16.10.07	ESPECIAL B - EB	\$ 1.137
16.10.08	ESPECIAL C - EC	\$ 1.304
16.10.09	ESPECIAL D - ED	\$ 1.503
16.10.10	ESPECIAL E - EE	\$ 1.727
16.10.11	ESPECIAL F - EF	\$ 1.865
16.10.12	ESPECIAL G - EG	\$ 2.277
16.10.13	ESPECIAL H - EH	\$ 2.624
16.10.14	ESPECIAL I - EI	\$ 3.014
16.10.15	ESPECIAL J - EJ	\$ 3.469
16.10.16	ESPECIAL K - EK	\$ 3.959
16.10.17	ESPECIAL L - EL	\$ 4.582
16.10.19	ESPECIAL M -EM	\$ 5.272
16.10.20	ESPECIAL N -EN	\$ 6.118
16.30.01	EVALUACION/CONSULTA ANESTESICA - EV	S/NORMAS
16.30.02	URGENCIAS DIURNAS - UD	\$ 265
16.30.03	URGENCIAS NOCTURNAS - UN	\$ 389
16.30.04	URGENCIAS SABADO, DOMINGO Y FERIADOS- UF	\$ 639

ANEXO III

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

Código	Descripción	I M P O R T E S		
		Valor Modulo	Coseguros Pagar Prestador	Pago al Prestador
7001 NORMA	POTENCIALES EVOCADOS. A)-REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN NEUROLOGIA U OTORRINOLANRINGOLOGIA, ESTOS ULTIMOS CON ENTRENAMIENTO APROPIADO EN EL METODO DEBIDAMENTE ACREDITADO. B)-NORMAS: 1-DEBERAN SER SOLICITADOS 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*.....	221,00	66,00	155,00
700102	POTENCIALES EVOCADOS. 2 ESTUDIOS O ESTUDIO CON AGREGADO. #+C*.....	356,00	107,00	249,00
700103	POTENCIALES EVOCADOS. 3 ESTUDIOS O 2 ESTUDIOS CON AGREGADOS. #+C*.....	445,00	134,00	311,00
7101 710101 NORMA	CARDIOLOGIA ECOCARDIOGRAMA DOPPLER BLANCO. #+C*..... 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 CORTO CIRCUITOS. DIAGNOSTICO Y/O COMENTARIO.	494,00	148,00	346,00
710102 NORMA	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR. #+C*..... 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 CORTO CIRCUITOS. DIAGNOSTICO Y/O COMENTARIO.	801,00	240,00	561,00
710103 NORMA	ERGOMETRIA COMPUTARIZADA. #+C*..... A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2- DEBERA REMITIR JUNTO A LA PRESCRIPCION DE LA PRUEBA UN ECG RECIENTE PARA LA AUTORIZACION DE DICHA PRACTICA.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO. INCLUYE MONITOREO Y TRAZADOS ELECTROCARDIOGRAFICOS NECESARIOS.	237,00	71,00	166,00
710104 NORMA	PRESUROMETRIA. #+C*..... A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-	415,00	125,00	290,00
710105 NORMA	ECO STREES. #+C*..... A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- ACREDITACION DE CAPACITACION NO INFERIOR A UN (1) AÑO EN SERVICIOS RECONOCIDOS.	1.415,00	425,00	990,00

	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*.....	1.475,00	443,00	1.032,00
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.			
710107	IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO (UNI O BICAMERAL). INCLUSIONES: GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES (1 DIA EN UTI + 1 DIA EN PISO). HONORARIOS MEDICOS. ECG POST IMPLANTE. MEDICAMENTOS Y MATERIALES DESCARTABLES DURANTE LA INTERNACION. EXCLUSIONES: PROVISION DE MARCAPASOS. PROVISION DE INTRODUTOR. INTERNACION QUE EXCEDA LOS DIAS INCLUIDOS EN MODULO. CUALQUIER OTRO TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO ADICIONAL. TODA OTRA PRESTACION DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA QUE NO ESTE EXPRESAMENTE INCLUIDA. HONORARIO ANESTESIOLOGO.	9.851,00		9.851,00
710108	TILT TEST. #*C*.....	581,00	174,00	407,00
NORMA	A) 1-INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGÍA UTILIZADA. 2-DEBE SER REALIZADO POR MÉDICO ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA. 3-EL MÓDULO INCLUYE GASTOS POR TODO CONCEPTO. B) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. C) INDICACIONES: * SÍNCOPE RECURRENTE O EPISODIO SINCOPAL SIMPLE ACOMPAÑADO DE INJURIA FÍSICA O ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO O QUE OCURRE EN UNA SITUACIÓN DE ALTO RIESGO (PILOTOS, CIRUJANOS, CONDUCTOR DE VEHÍCULO COMERCIAL); O PRESENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTRUCTURAL PERO SE SOSPECHAN. * SÍNCOPE INDUCIDO POR O ASOCIADO CON EL EJERCICIO. * SÍNCOPE VASOVAGAL TÍPICO ACOMPAÑADO DE CONVULSIONES O RELAJACIÓN DE ESFÍNTERES. * VALORACIÓN DE LOS SOBREVIVIENTES DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA EN LA INFANCIA. * EVALUACIÓN ADICIONAL DE PACIENTES EN QUIENES UNA CAUSA ESPECÍFICA APARENTE DE SÍNCOPE SE HA ESTABLECIDO (ASISTOLIA, BLOQUEO AURÍCULO-VENTRICULAR ALTO) PERO SUSCEPTIBLE PARA SÍNCOPE NEUROCARDIOGÉNICO QUE PUEDE AFECTAR EL PLAN TERAPÉUTICO.			
7201	DENSITOMETRIA OSEA. A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO.-			
720101	DENSITOMETRIA OSEA - UN AREA. #*C*.....	334,00	100,00	234,00
720102	DENSITOMETRIA OSEA - MAS DE DOS AREAS Y CUERPO ENTERO. #*C*.....	399,00	120,00	279,00
7301	GASTROENTEROLOGIA.			
730101	PÁPILO-ESFINTEROTOMIA ENDOSCOPICA. #*C*!.....	5.906,00	1.772,00	4.134,00
NORMA	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			

730102	UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.- ESOFAGOGASTRODUODENOVideoscopia. #C*.....	827,00	248,00	579,00
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*.....	910,00	273,00	637,00
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 GASTRICA POR VIDEO. #C*.....	398,00	80,00	318,00
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*.....	1.407,00	281,00	1.126,00
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*.....	9.571,00	1.914,00	7.657,00
NORMA	1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO EXCEPTO HONORARIO ANESTESIOLOGO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES EL SEMPRES Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIA.- 2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.			
730107	PH METRIA 24 HS COMPUTARIZADA. #C.....	534,00	160,00	374,00
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 730107 A 730110. 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.			
730108	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTARIZADA #C.....	741,00	222,00	519,00
NORMA	VER NORMAS CODIGO 730107			
730109	MANOMETRIA ANO RECTAL COMPUTARIZADA #C.....	741,00	222,00	519,00
NORMA	VER NORMAS CODIGO 730107			
730110	BIOFEEDBACK (POR SESION) #C.....	131,00	39,00	92,00
NORMA	VER NORMAS CODIGO 730107			
7401	GINECOLOGIA			
740101	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL.	358,00	107,00	251,00

NORMA	#+C*..... 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.....	3.695,00	1.109,00	2.586,00
NORMA	1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, EXCEPTO HONORARIO ANESTESIOLOGO. CUANDO SE VERIFIQUE REITERACION DE LAS COMPLICACIONES EL SEMPRE Y LA ENTIDAD REPRESENTATIVA DE LOS PRESTADORES EVALUARAN LAS CAUSAS DE LAS MISMAS PARA ACTUAR EN CONSECUENCIAS.- 2-DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO QUE PUEDA RESOLVERSE POR VIDEO, SE FACTURARA UNICAMENTE EL CODIGO DE VIDEOCIRUGIA QUE CORRESPONDA. EN CASO DE RESOLVERSE POR CIRUGIA CONVENCIONAL, SE FACTURARA ESTA INDEPENDIENTEMENTE.			
740103	CRIOCIRUGIA CUELLO UTERINO. #+C*.....	443,00	89,00	354,00
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 ADHERENCIAS Y/O MIOMECTOMIA. INCLUYE 740102 #+C*I.....	8.317,00	1.663,00	6.654,00
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 EXCEPTO HONORARIO ANESTESIOLOGO. 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*I.....	9.758,00	2.927,00	6.831,00
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, EXCEPTO HONORARIO ANESTESIOLOGO. 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.-	528,00		528,00
740107	ECODOPPLER OBSTETRICO #+.....	768,00		768,00
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*.....	593,00	178,00	415,00
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO.- 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA.-			

750102	B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTROS GRAFICOS.- ELECTROENCEFALOGRAMA DE HOLTER #+C*.....	550,00	165,00	385,00
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.- POLISOMNOGRAFIA CON OXIMETRIA NOCTURNA #+C*.....			
750103	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 INTERPRETACIÓN EXTENDIDO POR ENTIDAD RECONOCIDA. 4-PRESENCIA DE TECNICO ESPECIALIZADO CON ACREDITACION DE CAPACITACION PARA EL CONTROL DURANTE EL ESTUDIO. 5-HABILITACION DEL SERVICIO COMO LABORATORIO DEL SUEÑO B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON REGISTROS GRAFICOS 2-EL ARANCEL INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO, SEÑALES QUE PERMITEN CARACTERIZAR EL SUEÑO: ELECTROENCEFALOGRAMA, ELECTROMIOGRAMA Y ELECTROOCULOGRAMA, SEÑALES QUE PERMITEN MONITOREAR VARIABLES CARDIORESPIRATORIAS: 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.	2.071,00	621,00	1.450,00
NORMA	TEST DE LA CAMINATA O TEST DE LA MARCHA 6 MINUTOS. #+C*.....			
750104	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN NEUMONOLOGÍA. 3-ACREDITACION DE CAPACITACION PARA SU INTERPRETACIÓN EXTENDIDO POR CONSEJO SUPERIOR MEDICO DE LA PAMPA. 4-HABILITACION DEL SERVICIO Y/O INSTITUCION EN DONDE SE REALICE. B) NORMAS: 1-PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE VIAS AEREAS DE LAS SIGUIENTES PATOLOGIAS: EPOC, PATOLOGIA INTERSTICIAL, CARDIOPATIAS, AFILIADOS EN PLAN DE TRASPLANTES. 2-INFORME MEDICO COMPLETO. 3-EL ARANCEL INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO. FIBROBRONCOSCOPIA FLEXIBLE (INCLUYE LAVADO BRANQUIALVEOLAR Y/O BIOPSIA TRANSBRONQUIAL) #+C*.....	249,00	75,00	174,00
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. 2-PODRAN SER EFECTUADOS POR ESPECIALISTAS EN NEUMONOLOGÍA. 3-ACREDITACION DE CAPACITACION PARA SU INTERPRETACIÓN EXTENDIDO POR CONSEJO SUPERIOR MEDICO DE LA PAMPA. 4-HABILITACION DEL SERVICIO Y/O INSTITUCION EN DONDE SE REALICE. B) NORMAS: 1-PRESCRIPCIÓN EXCLUSIVA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE VIAS AEREAS DE LAS SIGUIENTES PATOLOGIAS BRONCOPULMONARES: TUBERCULOSIS, BRONQUIECTASIAS, CANCER (BRONCOGENICO O METASTASICO), INFECCIONES PULMONARES (INCLUIDO TOMA DE MUESTRA A TRAVES DEL LAVADO BRONQUIAL PARA REALIZACION DE CITOLOGICO, CULTIVO MICROBIOLOGICO, OTROS.) 2-INFORME MEDICO COMPLETO. 3-EL ARANCEL INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO.			
750105	MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA. #+C*!.....	8.202,00		8.202,00
NORMA:	1)-REQUISITOS: A REALIZAR POR PROFESIONALES ACREDITADOS EN LA ESPECIALIDAD: NEUROLOGO, NEUROCIRUJANO Y/O TERAPISTA. 2)-AUTORIZACION PREVIA DE LA OBRA SOCIAL, LA AUDITORIA MEDICA LLEVARA A CABO AUDITORIA EN TERRENO. 3)-INCLUYE: TODOS LOS CONCEPTOS: COLOCACION Y RETIRO DE CATETER, MONITOREO DIARIO CUALQUIERA SEA LA CANTIDAD DE DIAS, FIBRA OPTICA, MONITOR, ETC. EL RECONOCIMIENTO DE ESTA PRESTACION ES COMPLEMENTARIA DE LA FACTURACION POR TERAPIA INTENSIVA O INTERMEDIA SEGUN CORRESPONDA.			
7601	OFTALMOLOGIA			
760101	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CATARATA + LIO POR TODO CONCEPTO.	5.297,00	1.589,00	3.708,00

NORMA	#+C*..... 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. FACOFRAGMENTACION ULTRASONICA DE CATARATA + LIO POR TODO CONCEPTO. #+C*.....	760102	6.193,00	1.858,00	4.335,00
NORMA	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. YAG LASER - FOTOCOAGULACION - POR CADA OJO. #+C*.....	760103	2.059,00	618,00	1.441,00
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.- RETINOFLUORESCENOGRAMA POR ANGIOGRAFIA DIGITAL (POR CADA OJO). #+C*.....	760104	302,00	91,00	211,00
NORMA	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. EXCLUYE 1-MATERIAL DE CONTRASTE 2-MEDICAMENTO CAMPO VISUAL, CAMPIMETRIA Y/O PERIMETRIA COMPUTARIZADA BILATERAL. #+C*.....	760105	323,00	97,00	226,00
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 PRÁCTICA CONVENCIONAL. OTORRINOLARINGOLOGIA RINOFIBROLARINGOSCOPIA. #+C*.....	7701 770101	201,00	60,00	141,00
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. CARDIOLOGIA ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO COLOR. #+C*.....	7801 780101	590,00	177,00	413,00
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. ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFERICO #+C*.....	780102	466,00	140,00	326,00
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. ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO-COLOR. #+C*.....	780103	763,00	229,00	534,00
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. ECO-DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO BLANCO Y NEGRO. #+C*.....	780104	506,00	152,00	354,00
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 790101	UROLOGIA/NEFROLOGIA ECOGRAFIA VESICO-PROSTATICA TRANSRECTAL. #+C*.....	355,00	107,00	248,00
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*.....	789,00	237,00	552,00
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*.....	299,00	90,00	209,00
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	LITOTRICA EXTRACORPOREA PARA CALCULOS RENALES Y URETERALES #+C*1.....	8.781,00	1.756,00	7.025,00
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, RECUPERACION, INTERNACION EN CASO DE REQUERIRSE, LABORATORIO, MEDICAMENTOS, MATERIAL DESCARTABLE INCLUIDO EL CATETER DOBLE J, ETC.), Y LA CANTIDAD DE SESIONES NECESARIAS. 2-SI POR CAUSAS MEDICAS SE REQUIRO LA COLOCACION DE CATETER DOBLE J, PREVIO A LA LITOTRICA, EL PRESTADOR FACTURARA AL SEMPRES EL VALOR DEL MODULO 790104 MENOS EL MONTO EQUIVALENTE A DICHO ELEMENTO. CUANDO EL PRESTADOR FACTURE EL MODULO SIN EFECTUAR EL DESCUENTO DEL ELEMENTO UTILIZADO, SE PROCEDERÁ A DEBITAR EL IMPORTE DEL MISMO SEGÚN FACTURA PRESENTADA POR EL AFILIADO EN SOLICITUD DE REINTEGRO. 3-DE REQUERIR INTERNACION LA MISMA DEBE SER DENUNCIADA POR LA INSTITUCION QUE LA BRINDE. 4-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*.....	1.373,00	275,00	1.098,00
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 SEMPRES PARA PRACTICA MODULADA.			
790106	MODULO MULTIBIOPSIA PROSTÁTICA #+C*.....	411,00	82,00	329,00
NORMA	1-INFORME COMPLETO. 2-LAS DETERMINADAS POR NOMENCLADOR NACIONAL PARA PRACTICA 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.			
790107	LITOTRICA URETERAL ENDOSCOPICA #+C*.....	8.687,00	1.737,00	6.950,00

NORMA	<p>A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA.</p> <p>B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA.- EL MODULO INCLUYE GASTOS POR TODO CONCEPTO, EXCLUYE ANESTESIA.- 2- DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.- 3- LA DOCUMENTACION PRESENTADA SERA EVALUADA POR AUDITORIA PREVIA A SU AUTORIZACION, PUDIENDO REQUERIR NUEVOS ESTUDIOS SI ESTA LO CONSIDERA PERTINENTE.</p> <p>C) INDICACIONES: 1- SOLICITUD DE LUE PARA CALCULOS URETERALES MAYORES A 4 MM QUE COMPROMETAN EL URETER MEDIO Y/O INFERIOR. AUDITORIA MEDICA PUEDE AUTORIZAR LUE EN LITOS MENORES O IGUALES A 4 MM SI LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE LO JUSTIFICA.- 2- PARA SOLICITAR LUE DE VIA URINARIA SUPERIOR DEBERA PRESENTAR TRATAMIENTO PREVIO CON LEOC DONDE SE CONSTATE PERMANENCIA DEL LITO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO.-</p>			
790108	LITOTRIZIA VESICAL ENDOSCOPICA #+C*.....	8.211,00	1.642,00	6.569,00
NORMA	<p>A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA.</p> <p>B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA.- EL MODULO INCLUYE GASTOS POR TODO CONCEPTO, EXCLUYE ANESTESIA.- 2- DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.- 3- LA DOCUMENTACION PRESENTADA SERA EVALUADA POR AUDITORIA PREVIA A SU AUTORIZACION, PUDIENDO REQUERIR NUEVOS ESTUDIOS SI ESTA LO CONSIDERA PERTINENTE.</p> <p>C) INDICACIONES: 1- LITIASIS VESICAL MENOR DE 5 CM DE DIAMETRO. EN CASO DE SUPERAR ESA MEDIDA SERA EVALUADA POR AUDITORIA MEDICA LA APROBACION O NO DE LA PRÁCTICA. D) CONTRAINDICACIONES RELATIVAS (A CONSIDERAR POR AUDITORIA MEDICA) 1- URETRA PATOLOGICA.- 2- LITIASIS VESICAL MAYOR A 5 CM.- 3- VEJIGA DE BAJA CAPACIDAD.</p>			
790109	COLOCACION DE CATETER DOBLE J #+C*.....	4.879,00	976,00	3.903,00
NORMA	<p>A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA. 3- INCLUYE 1/2 DIA DE INTERNACION.</p> <p>B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA.- EL MODULO INCLUYE GASTOS POR TODO CONCEPTO, EXCLUYE ANESTESIA.- 2- LA DOCUMENTACION SERA EVALUADA POR AUDITORIA MEDICA PREVIA A SU AUTORIZACION.-</p> <p>C) INDICACIONES TERAPEUTICAS: 1- INFECCION URINARIA SOBREAÑADIDA A LA OBSTRUCCION. 2- ANURIA OBSTRUCTIVA. 3- OBSTRUCCION CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA. 4- COLICO NEFRITICO REFRACTARIO. 5- TRATAMIENTO QUIMIOLITICO. 6- LITIASIS OBSTRUCTIVAS EN LAS EMBARAZADAS. 7- IATROGENIA EN CIRUGIA ENDOSCOPICA. 8- FISTULAS URINARIAS: RENOCUTANEAS, URETEROVAGINALES, URETERALES. 9- OBSTRUCCIONES URETERALES NO LITIASICAS (ESTENOSIS URETERAL, TUMORES PROSTATICOS, VESICALES, GINECOLOGICOS, RECTALES). 10- COMPRESIONES EXTRINSECAS (FIBROSIS RETROPERITONEAL, LIPOMATOSIS RETROPERITONEAL, ANEURISMAS AORTICOS, ADENOMEGALIAS, ETC.).</p>			
790110	EXTRACCION DE CATETER DOBLE J #+C*.....	2.975,00	595,00	2.380,00
NORMA	<p>A) REQUISITO: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.- 2- DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN UROLOGIA.-</p>			

	B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCION DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA. 2- GASTO POR TODO CONCEPTO, EXCLUYE ANESTESIA.- 3- LA DOCUMENTACION SERA EVALUADA POR AUDITORIA MEDICA PREVIA A SU AUTORIZACION.-		
790201	HEMODIALISIS CON RIÑÓN ARTIFICIAL EN INSUFICIENCIA CRONICA POR SESION.	1.071,00	1.071,00
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).	12.289,00	12.289,00
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.	12.289,00	12.289,00
NORMA	INCLUSIONES Y EXCLUSIONES: IDEM COD.79.02.01.		
790301	MODULO PRE TRANSPLANTE RENAL DEL DONANTE DE RIÑÓN – ADULTO / PEDIATRICO #+.....	11.232,00	11.232,00
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 #+.....	19.670,00	19.670,00
NORMA	INCLUSIONES: LABORATORIO RADIOLOGÍA INTERCONSULTAS HISTOCOMPATIBILIDAD COD. 210201 X 1 TIPIFICACIÓN HLA-ABC COD. 210206 X 1 TIPIFICACIÓN HLA-DR COD. 210203 X 1 CROSS MATCH CONTRA PANEL HONORARIOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS -CUALQUIER OTRA PRESTACIÓN DE HISTOCOMPATIBILIDAD NO DETALLADA SE FACTURARÁ POR PRESTACIÓN. ARANCELAMIENTO DE LAS EXCLUSIONES: TODA PRÁCTICA (HONORARIOS MÉDICOS Y GASTOS SANATORIALES) Y/O PRESTACIONES FUERA DE LAS MENCIONADAS COMO COMPRENDIDAS EN EL PRESENTE MÓDULO, SERÁN FACTURADAS EN FORMA SEPARADA A LOS VALORES DETERMINADOS POR SEMPRE VIGENTES AL MOMENTO DE SU REALIZACIÓN, LOS MEDICAMENTOS, MATERIALES DESCARTABLES, PRÓTESIS, ORTESIS, SUSTANCIAS DE CONTRASTE, ETC., PROVISTOS Y NO HABITUALMENTE UTILIZADOS EN EL PRE-TRANSPLANTE O CONSIDERADOS COMO EXCLUIDOS, SERÁN FACTURADOS A SEMPRE AL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.		
790303	MODULO AMBULATORIO POST TRANSPLANTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO - 1º SEMESTRE, POR MES	4.835,00	4.835,00

NORMA	<p>##.....</p> <p>INCLUYE: CONSULTA MÉDICA RADIOLOGÍA DE TÓRAX ECOGRAFÍA RENAL LABORATORIO UREMIA, CREATININA HEMOGRAMARTO, PLAQUETAS IONOGRAMA EN SANGRE, CLEARENCE DE CREATININA PROTEINURIA 24 HS, GLUCEMIA CREATININA EN ORINA, SODIO EN ORINA UREA EN ORINA, ERITROSEDIMENTACIÓN URICEMIA, CALCEMIA FOSFATEMIA, HEPATOGRAMA COMPLETO NUCLEOTIDASA, HBE ATG ANTI HBE ATG, CMV IGG GAMMAGLUTAMILTRANSPETIDASA, CMV IGM EPSTEIN BARR IGG , EPSTEIN BARR IGM ANTI VHC , ANTI HIV ANTI HBE , CICLOSPORINA EN SANGRE CALCIURIA, ORINA COMPLETA URICOSURIA, OXALURIA CITRATURIA, CISTINURIA CUALITATIVO PRUEBA SOBRE CARGA ORAL DE CALCIO, ACIDO URICO SERICO RELACION CALCIO/CREATININA BASAL, FOSFATO CLEARENCE FOSFATO REABSORCIÓN TUBULA DOS PERÍODOS POS SOBRECARGA ORAL DE CALCIO UROCULTIVO, BACTERIOLOGÍA DIRECTA, RTO. COLONIAS Y ATB 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.</p>		
790304	<p>MODULO AMBULATORIO POST TRANSPLANTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO - 2º SEMESTRE, POR MES</p>	3.405,00	3.405,00
NORMA	<p>##.....</p> <p>VER NORMAS CODIGO 790303</p>		
790305	<p>MODULO AMBULATORIO POST TRANSPLANTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO - 2º AÑO Y SUBSIGUIENTES, POR MES</p>	3.345,00	3.345,00
NORMA	<p>##.....</p> <p>VER NORMAS CODIGO 790303</p>		
790306	<p>MODULO DE TRANSPLANTE RENAL – ADULTO / PEDIATRICO - DONANTE CADAVERICO / VIVO RELACIONADO</p>	95.100,00	95.100,00
NORMA	<p>##.....</p> <p>1- EL VALOR MODULO COMPRENDE AL MONTO FIJO A ABONAR POR TODO CONCEPTO, EN RELACIÓN A LA INTERNACIÓN E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA LA REALIZACIÓN DEL TRANSPLANTE RENAL. 2- EL MÓDULO ES DE APLICACIÓN AL TRANSPLANTE RENAL EN PACIENTES ADULTOS CON DONANTE CADAVERICO Y/O VIVO RELACIONADO. 3- LA DURACIÓN DEL MÓDULO COMPRENDE UN TOTAL DE 18 (DIECIOCHO) DÍAS DE INTERNACIÓN GENERAL EN HABITACIÓN COMPARTIDA (CODIGO 43.01.01) Y 2 (DOS) DÍAS EN TERAPIA INTENSIVA. A PARTIR DEL DIA 21 (VEINTIUNO), SE FACTURARÁ DE ACUERDO A LOS VALORES VIGENTES. 4- EXCLUYE EXTRAS DEL PACIENTE. REQUISITOS: 1- REGISTROS EN LA OBRA SOCIAL DE HABILITACION PARA LA PRACTICA DE ABLACION E IMPLANTE DE RIÑON Y URETER DEL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACION IMPLANTE (INCUCAI). 2- SERAN REALIZADAS POR EQUIPO PROFESIONAL HABILITADO POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS JURIDICIONALES. 3- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. INCLUSIONES: 1- QUIRÓFANO: GASTOS Y DERECHOS QUIRÚRGICOS, CONSUMO DE OXIGENO, MONITOREO, INSTRUMENTACIÓN Y USO DE EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL ESPECIALIZADO PARA LA REALIZACIÓN DEL TRANSPLANTE Y LA ABLACIÓN EN DADOR VIVO RELACIONADO O CADAVERICO, SI SE EFECTÚA EN LA ENTIDAD PRESTADORA. 2- HONORARIOS PROFESIONALES DE CIRUJANOS, AYUDANTES, MONITORISTAS, 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</p>		

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: ELECTROCARDIOGRAMAS Y KINESIOTERAPIA DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA DEL MÓDULO.

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

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

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

EXCLUSIONES:

1- HONORARIOS: ODONTOLOGO, PSIQUIATRA Y ANESTESIOLOGO.

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, GAMAGLOBULINA HUMANA ENDOVENOSA, EXPANSORES PLASMATICOS (ALBUMINA,ETC), INTERFERONES INYECTABLES, FACTORES ANTIHEMOFILICOS, COMPLEJOS PROTROMBINICOS HUMANOS, FACTORES DE COAGULACION HEMOSTATICOS (TIPO PROTOMPLEX O SIMILARES), ACICLOVIR, GANCICLOVIR, IMIPENEM, PIPERACILINA, AMINOACIDOS, LIPIDOS, CEFALOSPORINAS DE 3° GENERACION, VANCOMICINA, MEDICAMENTOS NO PRODUCIDOS EN EL PAIS.

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

6- ABLACIÓN: HEMODIÁLISIS, TODA INTERNACIÓN, PRÁCTICA O ESTUDIO DEL DONANTE O DEL ÓRGANO, EXCEPTO LA ABLACIÓN, TRASLADO DEL RECEPTOR, DEL DONANTE O DEL ÓRGANO, CUALQUIER TIPO DE PRÁCTICA NO ENUNCIADA PRECEDENTEMENTE COMO INCLUIDA Y/O NO NOMENCLADA, ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS, ANATOMÍA PATOLÓGICA (ESTUDIO CITOPATOLÓGICO DE LA BIOPSIA RENAL 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 FACTURARÁ 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 Y 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 INFECCIOCONTAGIOSAS 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 FRUSTRADOS 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	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 PUNCIÓN, ANEMIA GRAVE, DESHIDRATACION, RIÑON UNICO, TAMAÑO RENAL REDUCIDO (INFERIOR A 10 CM.), QUISTES RENALES CORTICALES, ENFERMEDAD RENAL, POLIQUISTOSIS, HIDRONEFROSIS, TUMOR RENAL, PACIENTE NO COLABORADOR, OBESIDAD (IMC > 30), ASCITIS IMPORTANTE, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, VENTILACION MECANICA, ALERGIA A ANESTESICOS LOCALES.			
790401	BIOPSIA RENAL PERCUTANEA I	6.377,00	1.275,00	5.102,00
NORMA	#+C*..... 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 INMUNOFUORESCENCIA; 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	7.334,00	1.467,00	5.867,00
NORMA	#+C*..... 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	1-EL MODULO INCLUYE HONORARIOS Y GASTOS POR TODO CONCEPTO EXCEPTO HONORARIO ANESTESIOLOGO. CUANDO SE VERIFIQUE COMPLICACION SECUNDARIA AL PROCEDIMIENTO, SI LA MISMA ES DENTRO DE LOS 6 MESES DEL ACTO QUIRURGICO, SE RECONOCERA SOLAMENTE EL GASTO ANESTESICO. EN COMPLICACIONES QUE SUPEREN LOS 6 MESES AUDITORIA MEDICA EVALUARA LAS CAUSAS DE LA MISMA ACTUANDO EN CONSECUENCIA, PUDIENDO AUTORIZARSE UN 2DO. MODULO EN HASTA UN 50% DEL VALOR DEL MISMO. 2-CUANDO LA PATOLOGIA SEA ASOCIADA A UN GENU-VARUM O GENU-VALGUM Y DEBA EFECTUARSE UNA OSTEOTOMIA MAS LIMPIEZA ARTICULAR SE RECONOCERAN LOS COSTOS DE INTERNACION Y LA CIRUGIA NOMENCLADA A LOS VALORES VIGENTES. QUEDANDO A CARGO DEL AFILIADO UNA TASA ARTROSCOPICA EQUIVALENTE AL COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO DETERMINADO PARA EL MODULO AUTORIZADO. 3-PRACTICA MODULADA PARA ARTROSCOPIA DE RODILLA Y HOMBRO. 4-EL PROFESIONAL HABILITADO PARA EFECTUAR LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DEBERA TENER ESPECIALIDAD ACREDITADA POR EL CONSEJO SUPERIOR MEDICO DE LA PAMPA. 5-LA RECUPERACION PUEDE TOMAR DE 1 A 6 MESES, TIEMPO EN EL CUAL SEMPRE RECONOCERA TRATAMIENTO DE REHABILITACION NECESARIO. TODA COMPLICACION O CONTRATIEMPO RELACIONADO CON LA CIRUGIA QUE APAREZCA POST A ESTE TIEMPO, RECAERA EN EL PRESTADOR QUE LA REALIZO.			

800101	CIRUGIA ARTROSCOPICA SIMPLE -MODULO POR TODO CONCEPTO- #*C*I.....	6.904,00	1.381,00	5.523,00
800102	CIRUGIA ARTROSCOPICA COMPLEJA -MODULO POR TODO CONCEPTO- #*C*I.....	10.194,00	2.039,00	8.155,00
800103	CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO -MODULO POR TODO CONCEPTO- #*C*I.....	10.194,00	2.039,00	8.155,00
NORMA	SE RECONOCERA CUANDO LA PATOLOGIA SE ASOCIE A : 1-ROTURA DEL MANGUITO ROTADOR. 2-INESTABILIDAD DEL HOMBRO POR LIGAMENTOS ROTOS O DAÑADOS. 3-TENDON DEL BICEPS ROTO O DAÑADO. 4-ARTRITIS U OTRA PATOLOGIA (DE ORIGEN REUMATICO O INFECCIOSO) DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR. 5-SINDROME DE FRICCION EN EL ESPACIO SUBACROMIAL DEL HOMBRO. 6-ROTURAS TENDINOSAS DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO. 7-ESPOLON OSEO ALREDEDOR DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES.			
8002	QUIMIOTERAPIA			
800201	QUIMIOTERAPIA ENDOVENOSA (POR SESION) #*.....	588,00		588,00
NORMA	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 ANTIHEMATICAS DE ULTIMA GENERACION, CITOSTATICOS, COADYUVANTES Y PORT A CATH.			
800202	QUIMIOTERAPIA ENDOVESICAL (POR SESION) #*.....	458,00		458,00
NORMA	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 ANTIHEMATICAS DE ULTIMA GENERACION, CITOSTATICOS, COADYUVANTES.			
800203	INFUSION DE DROGAS CORRELACIONADAS CON PATOLOGIAS	189,00		189,00

	ONCOLOGICAS (MONOTERAPIA)			
	#+			
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 800201			
800301	MODULO DE ACELERACION LINEAL DE ELECTRONES. #+.....	13.730,00		13.730,00
NORMA	A) REQUISITOS: 1-REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO.- B) NORMAS: 1-PRESCRIPCIÓN EN RECETARIO CHEQUERA PLAN ESPECIAL N°2.- 2-INCLUYE: - CONSULTAS MEDICAS NECESARIAS.- - APLICACIONES NECESARIAS.- - PLANIFICACION Y TRATAMIENTOS COMPUTADOS.- - SIMULACION, LOCALIZACIONES NECESARIAS.- - MATERIAL DESCARTABLE.- - CONFECCION DE BLOQUES PLOMADOS.- - DOSIMETRIA Y CONTROL DE DOSIS "IN-VIVO".-			
8004	BRAQUITERAPIA			
NORMA	PRESCRIPCIÓN E HISTORIA CLINICA. AUTORIZACION MÉDICA DE LA OBRA SOCIAL. COBERTURA 100% EN PACIENTES ONCOLOGICOS. COBERTURA EN PACIENTES NO ONCOLOGICOS, POR REGIMEN COMUN.			
800401	BRAQUITERAPIA INTRAVAGINAL. #+.....	8.043,00		8.043,00
800402	BRAQUITERAPIA UTERINO VAGINAL #+.....	8.043,00		8.043,00
800403	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL EN TUMORES GINECOLOGICOS. #+.....	8.043,00		8.043,00
81	TOMOGRÁFIA 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) DESCRIPCIÓN 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*.....	934,00	280,00	654,00
811002	TAC CEREBRAL REFORZADA INCLUYE CONTRASTE. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
811003	TAC CEREBRAL DE CONTROL. #+C*.....	347,00	104,00	243,00
811004	TAC OFTALMOLOGICA. #+C*.....	347,00	104,00	243,00
811005	TAC TIROIDEA. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
811006	TAC MAMARIA. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
811007	TAC GINECOLOGICA. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
811008	TAC DE ABDOMEN. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
811009	TAC HEPATOBILIAR - ESPLÉNICA - PANCREÁTICA - RENAL - SUPRARENAL- #+C*.....	934,00	280,00	654,00
811010	TAC TORACICA. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
811011	TAC VEJIGA Y PROSTATA. #+C*.....	934,00	280,00	654,00

811012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
811013	TAC DE COLUMNA. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
811014	O.C.T -TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA (UNI O BILATERAL). #+C*.....	709,00	213,00	496,00
8130	TAC - CON CONTRASTE -			
813003	TAC CEREBRAL DE CONTROL CON CONTRASTE. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
813004	TAC OFTALMOLOGICA CON CONTRASTE. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
813005	TAC TIROIDEA CON CONTRASTE. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
813006	TAC MAMARIA CON CONTRASTE. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
813007	TAC GINECOLOGICA CON CONTRASTE. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
813008	TAC DE ABDOMEN CON CONTRASTE. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
813009	TAC HEPATOBILIAR - ESPLENICA - PANCREATICA - RENAL - SUPRARENAL - CON CONTRASTE. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
813010	TAC TORACICA CON CONTRASTE. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
813011	TAC VEJIGA Y PROSTATA CON CONTRASTE. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
813012	TAC OTROS ORGANOS O REGIONES CON CONTRASTE. #+C*.....	934,00	280,00	654,00
813013	TAC DE COLUMNA CON CONTRASTE. #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
813014	BLOQUEO RADICULAR GUIADO POR TAC #+C*..... A) NORMAS: -PRESCRIPCIÓN, HISTORIA CLÍNICA, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE REQUIERA AUDITORÍA MÉDICA. -AUTORIZACIÓN PREVIA MÉDICA DE LA OBRA SOCIAL. -CONSENTIMIENTO FIRMADO POR EL AFILIADO. -COBERTURA DEL 100% EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. -COBERTURA EN PACIENTES NO ONCOLOGICOS: 100% PARA LA 1ª RAÍZ NERVIOSA. 70% PARA LA 2ª RAÍZ NERVIOSA. 50% DE LA 3ª EN ADELANTE. B) REQUISITOS: REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DEL EQUIPO ADECUADO. DEBE SER REALIZADO POR PROFESIONAL MÉDICO CAPACITADO. PRESCRITO POR TRAUMATÓLOGO, NEURÓLOGO O NEUROCIRUJANO. C) INDICACIONES: -ESTUDIO Y MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO. EN PACIENTES EN QUE EL DOLOR ES SUPERIOR A 6 MESES DE EVOLUCIÓN Y EN LOS CUALES PERSISTE A PESAR DEL TRATAMIENTO CONVENCIONAL (MEDICACIÓN Y TERAPIA FÍSICA). -PACIENTES ONCOLÓGICOS. TRATAMIENTO PALIATIVO DEL DOLOR. D) INCLUSIONES: -TAC. -MATERIAL DESCARTABLE Y MEDICACIÓN (CONTRASTE, ANESTÉSICO). -HONORARIOS DEL PERSONAL INTERVINIENTE.	2.342,00	468,00	1.874,00
813015	ADICIONAL TAC CON RECONSTRUCCION 3D #+C*.....	467,00	140,00	327,00
813016	ADICIONAL TAC MULTICORTE #+C*.....	280,00	84,00	196,00
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 MÉDICA DEL SEMPRES. PRESCRIPCION EN RECETARIO DE CHEQUERA PLAN ESPECIAL N° 2 CUMPLIMENTANDO EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRACTICAS ESPECIALES.			
8210	RMN			
821001	RMN DE CEREBRO #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
821004	RMN OFTALMOLOGICA (POR OJO) #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
821005	RMN DE TIROIDES #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
821008	RMN DE ABDOMEN #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
821009	RMN HEPATOBILIAR - ESPLENICA - PANCREATICA - RENAL - SUPRARRENAL. #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
821010	RMN TORACICA	1.179,00	354,00	825,00

	#+C*.....			
821012	RMN OTROS ORGANOS O REGIONES - #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
821013	RMN DE COLUMNA –UNA REGION- #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
821014	RMN DE RODILLA #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
821015	RMN ESPINAL #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
821016	RMN DE HUESOS LARGOS #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
821017	RMN DE PELVIS #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
821018	RMN DE HOMBRO #+C*.....	1.179,00	354,00	825,00
NORMA	A) REQUISITOS 1-PRESENTAR ESTUDIOS PREVIOS DE MENOR COSTO EFECTUADOS.- 2-PRESENTAR HISTORIA CLINICA COMPLETA JUSTIFICANDO ESTA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO DE CERTEZA.- 3-ES INDICACION PRECISA PARA DIAGNOSTICO DE LA RUPTURA DEL MANGUITO ROTADOR.-			
821019	RMN DE COLUMNA – DOS REGIONES- #+C*.....	2.273,00	682,00	1.591,00
821020	RMN DE COLUMNA – TRES REGIONES- #+C*.....	2.936,00	881,00	2.055,00
821021	COLANGIORESONANCIA #+C*.....	1.757,00	527,00	1.230,00
821022	ANGIORESONANCIA DE CUELLO O CEREBRO #+C*.....	1.457,00	437,00	1.020,00
821023	ANGIORESONANCIA DE CUELLO Y CEREBRO #+C*.....	2.138,00	641,00	1.497,00
821024	RMN DE CEREBRO Y ANGIORESONANCIA DE CEREBRO #+C*.....	2.004,00	601,00	1.403,00
821025	ANGIORESONANCIA ABDOMINAL U OTRAS #+C*.....	1.825,00	548,00	1.277,00
821026	URORESONANCIA #+C*.....	1.825,00	548,00	1.277,00
821027	RMN ATM DINÁMICA (CON DIFERENTES GRADOS DE APERTURA Y ESTUDIO DINAMICO) #+C*.....	2.189,00	657,00	1.532,00
821028	RMN DE CEREBRO CON DIFUSION Y PERCUSION #+C*.....	2.371,00	711,00	1.660,00
8230	CONTRASTE			
823001	CONTRASTE PARA CUALQUIER RMN #+C*.....	179,00	54,00	125,00
83	ESTUDIOS HEMODINAMICOS			
8301	ESTUDIOS ANGIOGRAFICOS POR CATETERISMO			
NORMA	CODIGOS 830101 Y 830105 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.			
830101	ANGIOGRAFIA DE CEREBRO POR CATETERISMO. #+I.....	3.187,00		3.187,00
830102	ANGIOGRAFIA DE VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO. #+I.....	3.187,00		3.187,00
830103	ANGIOGRAFIA DE CEREBRO Y VASOS DE CUELLO POR CATETERISMO. #+I.....	3.187,00		3.187,00
830104	CINEANGIOCORONARIOGRAFIA. #+I.....	3.392,00		3.392,00
830105	MODULO DE ANGIOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL Y OTRAS RAMAS. #+I.....	2.952,00		2.952,00
8302	TRATAMIENTOS ANGIOPLASTICOS			
NORMA	TRATAMIENTOS ANGIOPLASTICOS-CODIGOS 8302.			

	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 RE-PERFUSION 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.		
830203	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERIFERICA SIMPLE. #+l.....	14.695,00	14.695,00
830204	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERIFERICA COMPLEJA. #+l.....	14.695,00	14.695,00
830211	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE. INCLUYE STENTS NECESARIOS CUALQUIERA SEA SU CANTIDAD. #+l.....	34.686,00	34.686,00
830212	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA COMPLEJA. INCLUYE STENTS NECESARIOS CUALQUIERA SEA SU CANTIDAD. #+l.....	34.686,00	34.686,00
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, 2-COSEGURO A ABONAR AL PRESTADOR -IMPORTE ACLARADO EN SELLO AUTORIZANTE.		
830301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO SIMPLE O COMPLEJO. #+l.....	4.302,00	4.302,00
NORMA	INCLUYE: EL CATETERISMO, EL REGISTRO DEL ELECTROGRAMA DE HAZ DE HIZ, LA SOBRESTIMULACION CARDIACA DURANTE EL REGISTRO DE LOS ELECTROGRAMAS INTRACAVITARIOS, EL ECG CON DERIVACION ESOFAGICA Y LA PRUEBA DE AJMALINA, GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES DE LA PRACTICA. MEDICAMENTOS, MATERIALES DE CONTRASTE Y DESCARTABLES (INTRODUCTORES VENOSOS, CATETERES DE REGISTROS Y ESTIMULACION) NECESARIOS PARA LA PRACTICA. HONORARIOS DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES. INTERNACION EN PISO, SIEMPRE Y CUANDO LA MISMA RESULTE DE UNA COMPLICACION DEL PROCEDIMIENTO. EXCLUYE: COLOCACION DE MARCAPASOS O PROVISION DE LOS MISMOS. CUALQUIER TIPO DE ESTUDIO HEMODINAMICO. CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. INTERNACION QUE EXCEDA EL DIA QUE ESTA INCLUIDO EN EL MODULO. TODA PRESTACION QUE NO ESTE EXPRESAMENTE INCLUIDA.		
830302	ABLACION DE HAZ DE HIZ POR RADIOFRECUENCIA. #+l.....	17.207,00	17.207,00
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-WHITE). GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES. MATERIALES DESCARTABLES (INTRODUCTORES VENOSOS, CATETERES DE REGISTRO-ESTIMULACION Y CATETER DE ABLACION DETECTABLE POR		

	RADIOFRECUENCIA). MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CONTRASTE NECESARIOS PARA LA PRÁCTICA. 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 RADIOFRECUENCIA. #+l.....	17.207,00	17.207,00
NORMA 84	VER NORMAS 830301 Y 830302. CIRUGIA CARDIOVASCULAR		
840101	CIRUGIA CARDIOVASCULAR ADULTOS CON CIRCULACION EXTRACORPOREA. #+l.....	62.390,00	62.390,00
NORMA	CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL ADULTA Y PEDIATRICA CODIGO 840101-840102-840201 AL 840203. 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, 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: HONORARIO ANESTESIOLOGO. MATERIAL PROTESICO.- TRANSPLANTE.- PACIENTES CON HEMOFILIA U OTRAS DISCRANCIAS SANGUINEAS.- SI LA REOPERACION SE EFECTUARA UNA VEZ QUE EL PACIENTE FUERA DADO DE ALTA, DICHA REOPERACION CONSTITUYE UN NUEVO MODULO.- DIALISIS Y DIALISIS PERITONEAL CONTINUA.- ESTUDIOS Y PRACTICAS DE HEMODIALISIS.- CITOSTATICOS. 3)-LA INTERNACION Y ALTA DEBERAN SER COMUNICADAS A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACION VIGENTE. 4)-SI EL PACIENTE FALLECIERA DENTRO DE LAS CUARENTA Y OCHO (48) HORAS DE EFECTUADA LA CIRUGIA SE FACTURARA EL 85% DEL MODULO, PASADO DICHO PLAZO SE FACTURARA EL 100% DEL MODULO.		
840102	CIRUGIA CARDIOVASCULAR ADULTOS SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA #+l.....	62.390,00	62.390,00
NORMA 840201	VER NORMAS CODIGO 840101. CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA BAJA COMPLEJIDAD (I) #+l.....	18.375,00	18.375,00
NORMA 840202	VER NORMAS CODIGO 840101. CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA MEDIANA COMPLEJIDAD (II) #+l.....	29.859,00	29.859,00
NORMA 840203	VER NORMAS CODIGO 840101. CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA ALTA COMPLEJIDAD (III). #+l.....	39.049,00	39.049,00

NORMA	VER NORMAS CODIGO 840101.		
840301	BALON DE CONTRAPULSACION. #+l.....		
NORMA	LA UTILIZACION DE BALON DE CONTRAPULSACION SE TRATARA POR EXCEPCION, VALUANDOSE SI CORRESPONDE O NO.		
840302	PROVISION DE STENT. #+l.....		
	LA UTILIZACION DE STENT EN OTRAS PRESTACIONES SE TRATARA POR EXCEPCION, VALUANDOSE SI CORRESPONDE O NO.		
840303	PROVISION DE VALVULA AORTICA #+l.....		
NORMA	LAS VALVULAS BIOLOGICAS O MECANICAS A UTILIZAR EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR CENTRAL PEDIATRICA SERAN AUTORIZADAS 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%. SE DETERMINARA EN FUNCION DE LA MENOR COTIZACION DEL ELEMENTO TIPO STANDAR QUE SE OBTENGA.		
85	PLANES MODULADOS		
850101	INTERNACION DOMICILIARIA (POR DIA) (primeros 45 dias) #	381,00	381,00
	GENERALIDADES LA MODALIDAD DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA DEBE SER ESTABLECIDA PARA UNA MEJOR REHABILITACIÓN DEL PACIENTE, IMPLEMENTADA CON TODAS LAS GARANTÍAS DE UNA SUPERVISIÓN PARA UNA INTERNACIÓN. ESTA MODALIDAD PRESTACIONAL NO ES PATRIMONIO DE UNA EDAD, NI DE UNA PATOLOGÍA DETERMINADA. COBERTURA: 1) SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS Y LAS RECONOCIDAS EN MÓDULO A LA INSTITUCIÓN HABILITADA. 2) REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA LAS PRACTICAS, MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE NECESARIOS, ESTOS ÚLTIMOS PROVISTOS POR LA INSTITUCIÓN. 3) CUANDO NO SE ENCUENTRE EN EL MEDIO INSTITUCIÓN HABILITADA Y ADMITIDA POR LA OBRA SOCIAL, EL SEMPRE PROCEDERÁ AL REINTEGRO O ANTICIPO DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS PREVIAMENTE Y DEBIDAMENTE ACREDITADAS.		
NORMA	LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA REQUIERE DE: A) HABILITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CON SU EQUIPO PROFESIONAL MULTIDISCIPLINARIO. B) ADMISIÓN POR PARTE DE SEMPRE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO. C) LA INSTITUCIÓN HABILITADA MANTENDRÁ ACTUALIZADA LAS ALTAS Y/O BAJAS DE PROFESIONALES QUE SE PRODUZCAN, PONIENDO EN CONOCIMIENTO AL SEMPRE Y ADJUNTANDO LAS ACREDITACIONES CORRESPONDIENTES. D) INDICACIÓN MÉDICA DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA SEGÚN ESTABILIDAD DEL PACIENTE, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN LOS PUNTOS F), G) Y K). E) INDICACIÓN MÉDICA DE FINALIZACIÓN INTERNACIÓN DOMICILIARIA. F) CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O FAMILIAR SOBRE LA MODALIDAD PRESTACIONAL INDICADA. G) HABITABILIDAD ADECUADA DEL DOMICILIO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE. H) COORDINACIÓN DE PRESTACIONES GARANTIZADAS Y ADECUADAS A LA NECESIDAD DE CADA PACIENTE. I) ESCALONAMIENTO DE LA COMPLEJIDAD DE ASISTENCIA QUE ARTICULE LA PRESTACIÓN DOMICILIARIA CON UNA EVENTUAL Y/O PERTINENTE INTERNACIÓN Y VICEVERSA. J) TIEMPO DE ATENCIÓN O ASISTENCIA MENOR A 2 HS./DÍAS 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 INCUMPLIMIENTO DE LOS PUNTOS A) A M), PRODUCTO DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO, DETERMINARÁ LA CONTINUIDAD DE LA ADMISIÓN OTORGADA A LA INSTITUCIÓN HABILITADA. INCLUYE: A) MÓDULO: 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:		

	<p>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.</p>		
850102	<p>TRATAMIENTO ENDOVENOSO AMBULATORIO (POR DIA) #..... 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.</p>	32,00	32,00
NORMA	<p>A) COBERTURA: SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS. B) REQUISITOS: 1- AUTORIZACIÓN PREVIA DE LOS MEDICAMENTOS A APLICAR. 2- SUPERVISIÓN POR PARTE DE UNA INSTITUCIÓN SANATORIAL. 3- EN TRATAMIENTOS PROLONGADOS DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME QUINCENAL DE LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO. INCLUYE: -COLOCACIÓN DE LA MEDICACIÓN. -MATERIAL DESCARTABLE.</p>		
850103	<p>INTERNACION DOMICILIARIA (POR DIA) (de 46 días en adelante) #</p>	267,00	267,00
850201	<p>CUIDADOS PALIATIVOS(POR DIA) #..... GENERALIDADES LA MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN CUIDADOS PALIATIVOS SE CENTRA EN LOS CRITERIOS CLÍNICOS DEL ESTADO TERMINAL DEL PACIENTE QUIÉN, VOLUNTARIAMENTE O SU FAMILIA EN CASO DE NO PODER EXPRESARLO, REQUIERA ASISTENCIA INSTITUCIONAL NO CURATIVAS SOLICITANDO RECIBIRLA EN DOMICILIO. COBERTURA: 1) SE ABONARÁ EL 100% DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS Y LAS RECONOCIDAS EN MÓDULO A LA INSTITUCIÓN HABILITADA. 2) REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA LAS PRACTICAS, MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE NECESARIOS, ESTOS ÚLTIMOS PROVISTOS POR LA INSTITUCION PRESTADORA. 3) CUANDO NO SE ENCUENTRE EN EL MEDIO INSTITUCIÓN HABILITADA Y ADMITIDA POR LA OBRA SOCIAL, EL SEMPRE PROCEDERÁ AL REINTEGRO O ANTICIPO DE LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS PREVIAMENTE Y DEBIDAMENTE ACREDITADAS.</p>	409,00	409,00
NORMA	<p>LOS CUIDADOS PALIATIVOS REQUIEREN DE: A) HABILITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CON SU EQUIPO PROFESIONAL MULTIDISCIPLINARIO. B) ADMISIÓN POR PARTE DE SEMPRE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO. C) LA INSTITUCIÓN HABILITADA MANTENDRÁ ACTUALIZADA LAS ALTAS Y/O BAJAS DE PROFESIONALES QUE SE PRODUZCAN, PONIENDO EN CONOCIMIENTO AL SEMPRE Y ADJUNTANDO LAS ACREDITACIONES CORRESPONDIENTES. D) SOLICITUD MÉDICA DE ASISTENCIA EN DOMICILIO CONFORMADA POR HISTORIA CLÍNICA, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL PUNTO F) Y EN EL PUNTO I). E) COMUNICACIÓN DE FIN DE TRATAMIENTO. F) CONTAR CON CONOCIMIENTO DE FINITUD. G) CONTINENCIA PSICO-SOCIAL DE LA FAMILIA QUE GARANTICE EL CUIDADO DEL ENFERMO. H) ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL EN CASO QUE POR ALGUNA RAZÓN MÉDICA REQUIERA INTERNACIÓN. I) HABITABILIDAD ADECUADA DEL DOMICILIO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE. J) ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIA/CUIDADOR. K) COMUNICACIÓN AL AFILIADO Y AL PRESTADOR DEL PLAN AUTORIZADO. L) EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PUNTOS A) A J), PRODUCTO DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO, DETERMINARÁ LA CONTINUIDAD DE LA ADMISIÓN OTORGADA A LA INSTITUCIÓN HABILITADA. INCLUYE: A) MÓDULO: 1) HASTA 1 (UNA) CONSULTA MÉDICA POR DÍA. 2) HASTA 4 (CUATRO) VISITAS DE ENFERMERÍA POR DÍA CON APOYO INTEGRAL EN MOVILIZACIÓN, HIGIENE Y ALIMENTACIÓN. 3) OXIGENOTERAPIA, DE REQUERIRSE, INCLUIDA EN MÓDULO. B) OTRAS PRESTACIONES : 4) HASTA 3 (TRES) CONSULTA PSICOLÓGICA, FAMILIAR O INDIVIDUAL POR SEMANA, SEGÚN PLAN Y/O REQUERIMIENTO DEL PACIENTE.</p>		

	<p>5) PROVISIÓN DE IMPLEMENTOS SANITARIOS. 6) HASTA 3 (TRES) ASISTENCIAS KINÉSICAS POR SEMANA. C) REQUISITO: 7) HISTORIA CLÍNICA SEMANAL QUE DOCUMENTE LAS PRESTACIONES EFECTUADAS. EXCLUYE: 1) TODA PRESTACIÓN NO RELACIONADA CON EL CUIDADO PALIATIVO. 2) INTERNACIÓN INSTITUCIONAL.</p>		
850202	<p>CUIDADOS PALIATIVOS EN INSTITUCION (POR DIA) #..... GENERALIDADES: LA MODALIDAD DE LA PRESTACION CUIDADOS PALIATIVOS SE CENTRA EN LOS CRITERIOS CLINICOS DEL ESTADO TERMINAL DEL PACIENTE QUIEN, VOLUNTARIAMENTE O SU FAMILIA EN CASO DE NO PODER EXPRESARLO, REQUIERA ASISTENCIA INSTITUCIONAL NO CURATIVAS SOLICITANDO DE ACUERDO AL ESTADÍO DE LA PATOLOGIA SU INTERNACION. COBERTURA: 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>	597,00	597,00
NORMA	<p>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-HABILITABILIDAD ADECUADA DE LA INSTITUCION PARA LA RECEPCION DEL PACIENTE. J-COMUNICACION AL AFILIADO Y AL PRESTADOR DEL PLAN AUTORIZADO. K-EL INCUMPLIMIENTO DE LOS PUNTOS A) A I), PRODUCTO DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO, DETERMINARA LA CONTINUIDAD DE LA ADMISION OTORGADA A LA INSTITUCION HABILITADA. INCLUYE: 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. B-REQUISITOS: 5- HISTORIA CLINICA SEMANAL QUE DOCUMENTE LAS PRESTACIONES EFECTUADAS. EXCLUYE: 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>		
8503	<p>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</p>		

NORMA	<p>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>LA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA REQUIERE DE:</p> <p>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.</p> <p>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.</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 SEMPRE, 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	<p>ALQUILER CILINDRO OXÍGENO GASEOSO -POR MES- #</p> <p>INCLUYE: 1) ALQUILER DEL EQUIPO DE OXÍGENO GASEOSO (CILINDRO Y ACCESORIOS) POR MES.</p>	128,00	128,00
850302	<p>PROVISIÓN CARGA OXÍGENO GASEOSO PARA CILINDRO -POR METRO CÚBICO- #</p>	22,00	22,00
850303	<p>ALQUILER CONCENTRADOR OXIGENO -POR MES - INCLUYE: 1) ALQUILER DEL EQUIPO (CONCENTRADOR Y ACCESORIOS) POR MES.</p>	878,00	878,00
850304	<p>ALQUILER MOCHILA OXIGENO GASEOSO CON AHORRADOR -POR MES- #</p> <p>INCLUYE: 1) ALQUILER DEL EQUIPO (MOCHILA Y ACCESORIOS)-POR MES- 2) 4 -CUATRO- CARGAS (4 m3).</p>	1.123,00	1.123,00
850305	<p>PROVISION CARGA ADICIONAL -POR METRO CÚBICO- REQUIERE JUSTIFICACION POR MAYOR ACTIVIDAD DIARIA #.....</p>	18,00	18,00
850306	<p>ALQUILER EQUIPO OXIGENO MEDICINAL LÍQUIDO PORTÁTIL (FREELOX) – POR MES - #</p> <p>INCLUYE: 1)ALQUILER DEL EQUIPO (MOCHILA Y ACCESORIOS) -POR MES- 2) 5 (CINCO) CARGAS.</p>	2.685,00	2.685,00
850307	<p>PROVISION CARGA ADICIONAL PARA EQUIPO OXIGENO MEDICINAL LIQUIDO PORTATIL (FREELOX) REQUIERE JUSTIFICACION POR MAYOR ACTIVIDAD DIARIA #</p>	495,00	495,00
8504	<p>HOSPITAL DE DIA SALUD MENTAL GENERALIDADES PRESTACIONES DESTINADAS A PACIENTES PSICÓTICOS, PERSONALIDADES PSICÓTICAS Y NEURÓTICOS GRAVES QUE REQUIEREN ATENCIÓN AMBULATORIA INTENSIVA DIARIA. SU ACTIVIDAD PUEDE SER PARCIAL O DE DÍA COMPLETO (TOTAL). DEBE CONTAR CON UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE CONTEMPLA ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL. DESTINATARIOS: PACIENTES CON DESCOMPENSACIONES TRANSITORIAS QUE REQUIERAN CONTENCIÓN EN UNA MODALIDAD AMBULATORIA INTENSIVA PONIENDO ÉNFASIS EN LA REHABILITACIÓN PSÍQUICA DEL SUJETO. PACIENTES QUE PRESENTAN TRASTORNOS GRAVES: PSICOSIS, TRASTORNOS NARCISISTAS SEVEROS, PERSONALIDADES BORDERLINE CON SEVEROS DESAJUSTES A LA REALIDAD, NEUROSIS GRAVES E INVALIDANTES, CUADROS REACTIVOS CON ALTO RIESGO DE ACTUACIÓN VIOLENTA, DISFUNCIONES FAMILIARES SEVERAS CON FUNCIONAMIENTOS PSICÓTICOS O VIOLENTOS. CRITERIOS DE ADMISIÓN: 1) EL PACIENTE DEBE PRESENTAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: PACIENTE PSICÓTICO AGUDO. PACIENTE PSICÓTICO CRÓNICO REAGUDIZADO. PACIENTE PSICÓTICO EN CONDICIONES DE ALTA DE INTERNACIÓN. PACIENTE CON PATOLOGÍA GRAVE NO PSICÓTICO DESCOMPENSADO: PATOLOGÍA DEL NARCISISMO/TRASTORNOS DE PERSONALIDAD - NEUROSIS GRAVES. 2) SERÁN INCLUIDOS EN HD DE JORNADA COMPLETA LOS PACIENTES PSICÓTICOS AGUDOS Y CRÓNICOS REAGUDIZADOS QUE, DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS CLÍNICOS EVALUADOS NO REQUIEREN INTERNACIÓN, PERO SÍ UNA ATENCIÓN MÁS INTENSIVA Y DE MAYOR CONTINENCIA DADO SU NIVEL DE AGUDIZACIÓN.</p>		

3) TAMBIÉN SERÁN INCLUIDOS EN HD DE JORNADA COMPLETA AQUELLOS PACIENTES EN CONDICIONES DE ALTA DE INTERNACIÓN QUE AÚN REQUIEREN DE UNA ATENCIÓN INTENSIVA A PESAR DE ENCONTRARSE ESTABLES.

4) LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS GRAVES NO PSICÓTICOS DESCOMPENSADOS SERÁN INCLUIDOS EN HD DE MEDIA JORNADA, A FIN DE QUE RECIBAN LA CONTINENCIA EN TÉRMINOS SOCIALES Y AFECTIVOS QUE LOS MISMOS REQUIEREN.

5) NO SERÁN ADMITIDOS EN HD LOS PACIENTES QUE PRESENTEN LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS:

RETRASO MENTAL.
TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN.
ADICCIONES.
DEMENCIAS.

6) EL INGRESO DEL PACIENTE AL HD SE PRODUCIRÁ EL DÍA LUNES EXCEPTO LOS CASOS EN LOS CUALES EL NIVEL DE AGUDIZACIÓN DEL CUADRO NO ADMITA LA DEMORA.

7) LA INTERNACION Y ALTA DEBERAN SER COMUNICADAS A LA OBRA SOCIAL DE ACUERDO A LA REGLAMENTACION.

CRITERIOS DE ALTA:

1) EL PACIENTE SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE Y PSIQUICAMENTE COMPENSADO POR LO CUAL PASA A UN NIVEL DE CUIDADO DE MENOR INTENSIDAD.

2) POR ABANDONO DEL TRATAMIENTO U OPOSICIÓN A LA INDICACIÓN TERAPÉUTICA RECIBIDA (CON CONSTANCIA ESCRITA Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE DE TAL DECISIÓN).

3) POR FALLECIMIENTO DEL PACIENTE.

INCLUSIONES:

CONTROL PSIQUIÁTRICO Y PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA: HASTA DOS POR SEMANA.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL: DOS POR SEMANA.

PSICOTERAPIA GRUPAL: DOS POR SEMANA.

ENTREVISTAS COMPLEMENTARIAS: HASTA DOS POR SEMANA.

REUNIONES MULTIFAMILIARES: UNA POR SEMANA.

TERAPIA OCUPACIONAL: TRES POR SEMANA.

ACTIVIDADES DE RESOCIALIZACIÓN.

MUSICOTERAPIA: HASTA DOS POR SEMANA.

ACTIVIDAD CORPORAL: HASTA DOS POR SEMANA.

CONTROL DE ENFERMERÍA: DIARIO.

DESAYUNO-ALMUERZO- MERIENDA.

SERVICIO DE GUARDIA PARA ATENDER URGENCIAS FUERA DEL HORARIO

ESTABLECIDO, FERIADOS Y LOS FINES DE SEMANA.

EXCLUSIONES:

ALMUERZO: EN CASO DE 1/2 JORNADA.

MEDICACIÓN.

ALCANCES DE LA COBERTURA:

SE RECONOCERAN HASTA 6 MESES DE TRATAMIENTO POR AÑO.

850401	HOSPITAL DE DÍA JORNADA COMPLETA DE 9 A 17 HS., INCLUYE ALMUERZO #C*	431,00	86,00	345,00
---------------	--	--------	-------	--------

850402	HOSPITAL DE DÍA MEDIO DÍA DE 9 A 12 HS, EXCLUYE ALMUERZO; O DE 14 A 17 HS. #C*	291,00	58,00	233,00
---------------	--	--------	-------	--------

850501	INTERNACION AGUDA SALUD MENTAL POR DIA # I.....	512,00		512,00
---------------	---	--------	--	--------

GENERALIDADES:

LA INTERNACION DEBERA SER INDICADA POR PROFESIONAL TRATANTE DE LA SALUD MENTAL.

EL PACIENTE DEBE PRESENTAR SIGNOS DE PELIGROSIDAD PARA SÍ O PARA TERCEROS, DEFINIÉNDOSE LA SITUACIÓN DE RIESGO PARA LA VIDA DE AMBOS.

SE CONSIDERA SIGNOS DE PELIGROSIDAD LA PRESENCIA DE:

- TRASTORNOS DEPRESIVOS CON IDEACIÓN SUICIDA.
- FUERTES IDEAS DE AUTORREPROCHE Y AUTOELIMINACIÓN.
- EXCITACIÓN PSICOMOTRIZ (EPM) QUE NO RESPONDE A LA CONTENCIÓN VERBAL O A DOSIS DE PSICOFÁRMACOS DE USO AMBULATORIO CONVENCIONALES (AUTO Y HETEROAGRESIÓN).

- RIESGO DE AGRAVAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEBIDO A QUE EL PACIENTE NO CUMPLE CON LA TOMA DE LA MEDICACIÓN PRESCRIPTA Y LA FAMILIA NO PUEDE CONTROLAR LA ADMINISTRACIÓN DE LA MISMA (EJ: PACIENTES SUBAGUDOS).

- CASOS EN LOS QUE EL DESAJUSTE CONDUCTUAL LLEVA AL SUJETO A CONFLICTOS CON LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (EJEMPLO: CARACTEROPATÍAS).

- CUADROS QUE PRESENTAN UN GRADO DE INHIBICIÓN TAL QUE IMPIDA AL INDIVIDUO DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS BÁSICAS (ALIMENTACIÓN, HIGIENE, ETC., EJEMPLO: ANOREXIAS GRAVES).

- SITUACIONES PATOLÓGICAS EN EL SENO DEL GRUPO FAMILIAR QUE PROVOCAN AGRAVAMIENTO EN EL CUADRO DEL PACIENTE.

TAMBIÉN CORRESPONDE INDICACIÓN DE INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA CUANDO EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO PRESCRIPTO AL PACIENTE REQUIERE DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PERMANENTES.

INDICACIÓN JUDICIAL

	<p>INCLUYE: PENSIÓN Y GASTOS ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR MÉDICO PSIQUIATRA, EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES: 330201,330204,330101,330103. ATENCIÓN MÉDICO CLÍNICO: 420103 ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA REALIZADA POR PROFESIONAL PSICÓLOGO, EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES:330101,330102,330103,330201 ACTIVIDADES CONTEXTUALES (RECREATIVAS-DEPORTIVAS-CULTURALES) EXPRESIÓN CORPORAL TALLER DE TERAPIA OCUPACIONAL GRUPAL. TALLER DE MUSICOTERAPIA GRUPAL. REUNIONES MULTIFAMILIARES ASAMBLEAS COMUNITARIAS. MEDICACIÓN ESPECÍFICA.</p> <p>EXCLUYE: PRUEBAS PROYECTIVAS Y PRUEBAS PSICOMÉTRICAS: DE SER NECESARIAS SE REGISTRARÁN POR LAS MISMAS CONDICIONES QUE PARA EL PACIENTE AMBULATORIO. TODA OTRA PRÁCTICA QUE NO SE ENCUENTRE RELACIONADA CON EL MOTIVO DE INTERNACIÓN.</p> <p>ALCANCE: HASTA TREINTA DÍAS CADA DOCE MESES CONTINUOS O DISCONTINUOS, CON POSIBILIDAD DE EXTENSIÓN MÁXIMA 5 (CINCO) DÍAS MAS.</p>			
850601	TITULACION CON AUTO CPAP	640,00	128,00	512,00
	#+C*.....			
NORMA	<p>A)REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. B) NORMAS: 1-INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA. 2-DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN NEUMONOLOGIA. 3-EL MODULO INCLUYE GASTOS POR TODO CONCEPTO. 4-SE RECONOCE UN PROCEDIMIENTO CADA 6 MESES O CUANDO A CRITERIO DE LA AUDITORIA MEDICA SE JUSTIFIQUE. C)INDICACIONES: TITULACION DE LA PRESION POSITIVA REQUERIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO (SAHOS)</p>			
850602	ALQUILER DE CPAP POR MES	320,00		320,00
	#+.....			
NORMA	<p>A) NORMAS: 1- DEBERA SER PRESCRIPTO POR MEDICO ESPECIALISTA NEUMONOLOGO. 2- SE PODRAN AUTORIZAR HASTA UN MAXIMO DE 6 MESES POR PRESCRIPCION. 3- LOS VALORES RECONOCIDOS SERAN ABONADOS POR REINTEGRO. 4- REQUIERE EVALUACION POR AUDITORIA MEDICA QUIEN SOLICITARA LOS ESTUDIOS NECESARIOS PARA SU CORRECTA AUTORIZACION. B) CRITERIOS: DEBERA PRESENTAR INFORME DE POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA CON DETERMINACION DEL INDICE DE APNEAS/HIPOPNEAS/HORA. SE RECONOCERA EN LOS CASOS CON IAH MAYOR O IGUAL A 15, O CUANDO EL IAH SEA ENTRE 5 Y 14 ASOCIADO A TRASTORNOS COGNITIVOS, HIPERSOMNIA DIURNA, INSOMNIO, ALTERACION DEL ESTADO DE ANIMO, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, ETC.</p>			
8601	HEMOTERAPIA			
860101	P24	74,00		74,00
860102	HBc	74,00		74,00
860103	HTLV	146,00		146,00
8701	MEDICINA NUCLEAR			
NORMA	<p>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 . LOCALIZACION CENTELLOGRAFICA DE GANGLIO CENTINELA CON CONTROL INTRAOPERATORIO ESTUDIO SIN AGREGADOS.</p>			
870101	#+.....			
8801	CIRUGÍA BARIÁTRICA			
NORMA	<p>A) REQUISITOS: 1-DEBE SER REALIZADO POR EQUIPO QUIRÚRGICO HABILITADO Y CERTIFICADO POR AUTORIDAD COMPETENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LA MISMA EN INSTITUCIÓN HABILITADA PARA SU EJECUCIÓN. 2-CONDICIONES PARA INGRESAR AL PROGRAMA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: A) EXIGENCIAS: 1-SOLICITUD REALIZADA POR MÉDICO ENDOCRINÓLOGO O NUTRICIONISTA, CON PRESENTACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.</p>			
870101	LOCALIZACION CENTELLOGRAFICA DE GANGLIO CENTINELA CON CONTROL INTRAOPERATORIO ESTUDIO SIN AGREGADOS.	2.120,00		2.120,00
	#+.....			

2-EDAD 18 A 65 AÑOS.
 3-ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC).
 -MAYOR O IGUAL A 40 KG./MT. 2
 -MAYOR O IGUAL A 35 KG./MT. 2 CON COMORBILIDADES MAYORES ASOCIADAS, SUSCEPTIBLES DE SER MEJORADAS TRAS LA PÉRDIDA DE PESO.
 4-DEBE PRESENTAR CONSTANCIAS DE TRATAMIENTOS EFECTUADOS A LA FECHA: TIPO Y DURACIÓN NO MENOR A 2 AÑOS. OBESIDAD MÓRBIDA ESTABLECIDA NO MENOR A 5 AÑOS.
 5-AUSENCIA DE TRASTORNOS ENDOCRINOS QUE SEAN CAUSA DE LA OBESIDAD MÓRBIDA.
 6-ACTIVIDAD FÍSICA DESARROLLADA: CONSIGNANDO TIEMPO DE PRÁCTICA. SI NO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA DEBE ACLARARSE EN LA HISTORIA CLÍNICA LA CAUSA POR LA QUE NO SE PRACTICA.
 7-DICHA DOCUMENTACIÓN SERÁ EVALUADA POR AUDITORIA MÉDICA Y EL ÁREA DE SALUD MENTAL, PUDIENDO SER CITADO EL AFILIADO DE SER NECESARIO.
 8-CON LA AUTORIZACIÓN DE AUDITORIA MÉDICA SE PROCEDERÁ A DERIVARLO AL PRESTADOR CONVENIDO DENTRO DE LA PROVINCIA QUIEN PROCEDERÁ A EVALUAR LA DOCUMENTACIÓN Y REQUERIR LOS ESTUDIOS NECESARIOS PARA LA PROSECUCCIÓN DE LA SOLICITUD.
 B) EL INFORME TÉCNICO DE EVALUACIÓN ELABORADO POR EL PRESTADOR ASIGNADO POR LA OBRA SOCIAL CONTENDRÁ LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:
 9-EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DONDE CONSTE:
 -AUSENCIA DE ABUSO DE ALCOHOL/DROGAS.
 -AUSENCIA DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS MAYORES (ESQUIZOFRENIA, PSICOSIS), RETRASO MENTAL, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (BULIMIA NERVIOSA).
 -CAPACIDAD PARA COMPRENDER LOS MECANISMOS POR LOS QUE SE PIERDE PESO CON LA CIRUGÍA Y ENTENDER QUE NO SIEMPRE SE ALCANZAN BUENOS RESULTADOS.
 -COMPRENDER QUE EL OBJETIVO DE LA CIRUGÍA NO ES ALCANZAR EL PESO IDEAL.
 -COMPROMISO DE ADHESIÓN A LAS NORMAS DE SEGUIMIENTO TRAS LA CIRUGÍA.
 -ADVERTENCIA A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON RESPECTO A LA GESTACIÓN AL MENOS DURANTE EL PRIMER AÑO POST-CIRUGÍA.
 10-DE MEDIAR LA INDICACIÓN, EL PRESTADOR INFORMARÁ AL AFILIADO LA PROPUESTA TERAPÉUTICA QUE MEJOR SE CORRESPONDA CON SU DIAGNÓSTICO Y PROCEDERÁ A FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.
 11-EL INFORME PRODUCIDO SERÁ REMITIDO PARA CONOCIMIENTO A ESTA OBRA SOCIAL DONDE AUDITORIA MÉDICA EFECTUARÁ LA EVALUACIÓN FINAL Y LA AUTORIZACIÓN RESPECTIVA.
 12-EL AFILIADO TOMARÁ CONOCIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA, SOBRE LA COBERTURA (CON LAS CORRESPONDIENTES INCLUSIONES Y EXCLUSIONES) O NO, DE LO SOLICITADO.
 13-DE SER APROBADA, LA OBRA SOCIAL OFRECERÁ LOS PRESTADORES ADHERIDOS QUE REALICEN LA PRÁCTICA.
 14-EFECTUADA LA CIRUGÍA, EL PRESTADOR DEBERÁ REMITIR A LA OBRA SOCIAL EL PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL CON INDICACIÓN EXPRESA DE LOS ESTUDIOS NECESARIOS PARA ELLO.
 15-EL SEGUIMIENTO POSTERIOR DEBE SER CONTENIDO EN EL MEDIO LOCAL.
 C) CUANDO LA CIRUGÍA SE REALICE CON PRESTADOR OPTADO POR EL AFILIADO SE DEBERÁN CUMPLIR LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL APARTADO A) Y B) HASTA EL PUNTO 14 INCLUSIVE; Y
 16-SE RECONOCERÁ HASTA EL VALOR DEL MONTO ESTIPULADO EN EL MÓDULO CON LOS ALCANCES MENCIONADOS EN EL MISMO.
 17-EL SEGUIMIENTO POSTERIOR DEBE SER CONTENIDO EN EL MEDIO LOCAL.
 B) INCLUSIONES:
 1-HONORARIOS DEL EQUIPO QUIRÚRGICO COMPLETO (CIRUJANO, AYUDANTE, INSTRUMENTISTA).
 2-MATERIAL QUIRÚRGICO ESPECÍFICO: SUTURAS MECÁNICAS, LAPAROSCÓPICOS.
 3-PENSIONES EN INSTITUCIÓN: 1 DÍA DE UTI Y 3 EN PISO, GASTOS Y DERECHOS SANATORIALES.
 4-MONITOREO INTRA OPERATORIO.
 5-PRÁCTICAS NOMENCLADAS DURANTE LA INTERNACIÓN (MÉDICAS, LABORATORIOS, IMÁGENES Y KINESIOLÓGICAS).
 6-HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA HASTA 2 UNIDADES (HONORARIOS, GASTOS Y DESCARTABLES PROPIOS).
 7-MEDICAMENTOS PROPIOS DE LA CIRUGIA Y DE LA INTERNACION, INCLUIDOS ANESTÉSICOS Y DRENAJES PLANOS.
 8-HEMORRAGIA POST OPERATORIA INMEDIATA (DENTRO DE LAS 48 A 72 HS. POSTERIORES A LA CIRUGÍA).
 C) EXCLUSIONES:
 1-ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS CONTRASTADOS (TAC, RMN, ECO, ENDOSCOPIA).
 2-DROGAS DE ALTO COSTO.
 3-COMPLICACIONES MÉDICAS Y/O QUIRÚRGICAS (EXCEPTO LA HEMORRAGIA DENTRO DE LAS 48-72 HS).
 4-HONORARIO ANESTESIOLOGO.
 MÓDULO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

880101

65.315,00

13.063,00

52.252,00

	#+C*.....			
8901	COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS VASCULARES			
NORMA	A) REQUISITOS: 1-DEBE SER REALIZADO POR ESPECIALISTAS AVALADOS POR SOCIEDAD CIENTÍFICA (CON FORMACIÓN CONTINUA EN EL TEMA) Y POR CONSEJO SUPERIOR MÉDICO DE LA PAMPA. 2-EQUIPO DE HEMODINAMIA DECLARADO EN SALUD PÚBLICA. 3-EQUIPO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DISPONIBLE, EN CASO DE REQUERIRSE, POR COMPLICACIÓN INTRA PROCEDIMIENTO. B) INCLUSIONES: 1-HONORARIOS DEL EQUIPO QUIRÚRGICO. 2-GASTOS DE ANESTESIA, MONITOREO INTRA QUIRÚRGICO E INSTRUMENTISTA. 3-MATERIAL DESCARTABLE UTILIZABLE DURANTE LA INTERVENCIÓN. 4-INTERNACIÓN EN UTI (HASTA 48 HS) Y EN SALA 48 HS POSTERIORES A UTI. C) EXCLUSIONES: 1-PRÓTESIS (LA CUAL SE CUBRIRÁ EN BASE A MENOR PRESUPUESTO DEL MERCADO, CON IGUALES CARACTERÍSTICAS A LA SOLICITADA). PARA COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS VASCULAR AÓRTICA: A) REQUISITOS: 1-HISTORIA CLÍNICA CON ANTECEDENTES DE ANEURISMA AÓRTICA Y COMORBILIDADES (DISLIPEMIA, DIABETES, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPOC, OTRAS). EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: ECOCARDIOGRAMA, ELECTROCARDIOGRAMA, ANGIO TAC, ARTERIOGRAFÍA, EXÁMEN FUNCIONAL RESPIRATORIO, FUNCIÓN RENAL, HEPATOGRAMA, OTROS. 2-ANEURISMA MAYOR A 5 CM DE DIÁMETRO, CON O SIN SÍNTOMAS. 3-EDAD MAYOR DE 80 AÑOS. 4-ASA IV (CRITERIOS DE RIESGOS ANESTÉSICOS) ENFERMEDAD SISTÉMICA GRAVE CON AMENAZA DE VIDA. 5-DISFUNCIÓN VENTRICULAR SEVERA. 6-IAM EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES. 7-PATOLOGÍA PREVIA DE ABDOMEN (CIRUGÍAS, OSTOMAS, RADIOTERAPIA, OTROS). 8-ANEURISMA TORÁCICO. 9-ANEURISMA COMPLICADO (ROTO, CONTENIDO, FISTULIZADO). 10-VOLUMEN ESPIRATORIO FORZADO EN EL 1º MINUTO MENOR A 1 LT. B) SERÁN EXCLUIDOS LOS CASOS EN QUE: 1-EL CUELLO PROXIMAL SEA CORTO O ESTÉ AUSENTE. 2-EL CUELLO PRESENTE FORMA DE CONO. 3-TENGA SEVERA DILATACIÓN DEL CUELLO. 4-TENGA TORTUOSIDAD SEVERA DEL CUELLO DEL ANEURISMA O DE LAS ARTERIAS ILÍACAS.			
890101	MODULO DE COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS VASCULARES	25.780,00		25.780,00
	#+.....			
890102	CIRUGIA VENOSA LASER	6.069,00	1.214,00	4.855,00
	#+C*.....			
NORMA	A) REQUISITOS: 1- REGISTRO EN LA OBRA SOCIAL DE EQUIPO ADECUADO. 2- DEBE SER REALIZADO POR MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA. B) NORMAS: 1- INFORME COMPLETO CON DESCRIPCIÓN DE LA APARATOLOGIA UTILIZADA.- EL MODULO INCLUYE GASTOS POR TODO CONCEPTO, EXCLUYE ANESTESIA.- 2- DE REQUERIRSE TRATAMIENTO QUIRURGICO, DEBERA FACTURARSE UNICAMENTE CIRUGIA CONVENCIONAL A LOS VALORES VIGENTES.- 3- LA DOCUMENTACION PRESENTADA SERA EVALUADA POR AUDITORIA PREVIA A SU AUTORIZACION, PUDIENDO REQUERIR NUEVOS ESTUDIOS SI ESTA LO CONSIDERA PERTINENTE. C) INDICACIONES: 1- TRATAMIENTO DE LA INCOMPETENCIA OSTIAL, PARAOSTIAL Y AXIAL DE LA SAFENA INTERNA.- 2-TRATAMIENTO DE LA SAFENA EXTERNA.- 3- TRATAMIENTO DE LAS INCOMPETENCIAS DE LA RAMAS DE LA SAFENA INTERNA.- 4- TRATAMIENTO DEL SINDROME POST TROMBOTICO.- 5-CONTRAINDICACION DE CIRUGIA CONVENCIONAL (DEBIDO A LA EDAD O PATOLOGIAS CONCOMITANTES QUE CONTRAINDIQUEN O IMPLIQUEN RIESGO ELEVADO.) D) CONTRAINDICACIONES: - ABSOLUTAS: * TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA NO REPERMEABILIZADA * TROMBOSIS VENOSA COMPLETA DE SAFENAS * ISQUEMIA CRONICA DE LOS MIEMBROS INFERIORES, ESTADIOS III-IV DE FONTAINE. * ALTERACION GRAVE DEL ESTADO GENERAL O PATOLOGIA ASOCIADA GRAVE. * DIFICULTADES TÉCNICAS EN LA CATETERIZACIÓN DE LOS TRONCOS VENOSOS POR SU TORTUOSIDAD O EXISTENCIA DE MALFORMACIONES. -RELATIVAS: * ISQUEMIA CRONICA DE LOS MIEMBROS INFERIORES, ESTADIO II-B * ALTERACIONES DE LA COAGULACION: HIPOCOAGULABILIDAD PRIMARIA, TROMBOFILIA Y TRATAMIENTO.			

- * INFECCION DERMICA EVOLUTIVA.
- * OBESIDAD MORBIDA.
- * ALERGIA O ANESTESICOS LOCALES (PUEDE REALIZARSE BAJO ANESTESIA GENERAL).
- * EMBARAZO.

ANEXO IV

TITULO I - PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA
SECCIÓN II - PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS
CAPITULO I AL X

VALORES DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS

LETRA / VALORES	HONORARIOS EN UNIDAD HONORARIOS ODONTOLÓGICO	GASTOS EN UNIDAD GASTO ODONTOLÓGICO
LETRA : J	3,229	
LETRA : K	3,229	1,987
LETRA : L	4,197	3,834
LETRA : M	3,229	4,049

PRESTACIONES A VALOR FIJO

CODIGO	CONCEPTO	CATEGORIA A			CATEGORIA B			CATEGORIA C		
		HONOR. \$	GASTO \$	TOTAL A	HONOR. \$	GASTO \$	TOTAL B	HONOR. \$	GASTO \$	TOTAL C
01.01	CONSULTA ODONTOLÓGICA	35,78		\$35,78	41,18		\$41,18	46,50		\$46,50
02.01	RESTAURACIONES SIMPLES DE PIEZAS DENTARIAS	62,58	46,45	\$109,03	71,94	46,45	\$118,39	81,33	46,45	\$127,78
02.02	RESTAURACIONES COMPUESTAS Y COMPLEJAS DE PIEZAS DENTARIAS	98,38	74,36	\$172,74	113,14	74,36	\$187,50	127,88	74,36	\$202,24
03.01	TRATAMIENTO UNIRRADICULAR	143,09	223,19	\$366,28	164,53	223,19	\$387,72	185,98	223,19	\$409,17
03.02	TRATAMIENTO MULTIRRADICULAR	187,76	334,77	\$522,53	215,91	334,77	\$550,68	244,15	334,77	\$578,92
09.01.01	RX INTRAORAL PERIAPICAL	17,91	37,17	\$55,08	20,57	37,17	\$57,74	23,23	37,17	\$60,40
10.01	EXTRACCION DENTARIA	89,40	27,90	\$117,30	102,78	27,90	\$130,68	116,19	27,90	\$144,09
10.09	EXTRACCION DE RETENIDO	330,85	92,98	\$423,83	380,45	92,98	\$473,43	430,08	92,98	\$523,06
10.10	GERMECTOMIA	330,85	92,98	\$423,83	380,45	92,98	\$473,43	430,07	92,98	\$523,05

ANEXO V

TITULO I - PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA
SECCIÓN III - PRESTACIONES BIOQUÍMICAS
CAPITULO I CÓDIGOS

TIPO DE UNIDADES ARANCELARIAS Y VALORES

LETRA	HONORARIOS EN UNIDAD UNIDADES BIOQUIMICOS	GASTOS EN UNIDAD GASTO BIOQUIMICO
VALORES H	3,64	7,87

PRESTACIONES BIOQUÍMICAS A VALOR FIJO

90.11	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	\$ 266,00
90.64	DETECCION DE MICROALBUMINURIA	\$ 156,00
90.71	DOSAJE DE SUBPOBLACION LINFOCITARIA POR CITOMETRIA DE FLUJO	\$ 381,00
90.72	CARGA VIRAL	\$ 2.552,00
90.73	HIV RESISTENCIA A ANTIRRETROVIRALES	\$ 4.806,00
90.76	CARIOTIPO	\$ 1.106,00
90.77	CHAGAS ELISA	\$ 119,00

ANEXO VI

TITULO I - PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA
SECCIÓN IV - PRESTACIONES ÓPTICAS
CAPITULO I - CÓDIGOS

CODIGO	DESCRIPCION	
ESFÉRICOS		
ESFERICOS BLANCOS		
50.02.01	AL 2 -BLANCOS-	\$ 122,00
50.04.01	AL 4 -BLANCOS-	\$ 131,00
50.06.01	AL 6 -BLANCOS-	\$ 172,00
50.08.01	AL 8 -BLANCOS-	\$ 481,00
50.10.01	AL 10 -BLANCOS-	\$ 481,00
50.12.01	AL 12 -BLANCOS-	\$ 481,00
ESFÉRICOS COLOR		
50.02.02	AL 2 -COLOR-	\$ 166,00
50.04.02	AL 4 -COLOR-	\$ 186,00
50.06.02	AL 6 -COLOR-	\$ 218,00
50.08.02	AL 8 -COLOR-	\$ 531,00
50.10.02	AL 10 -COLOR-	\$ 531,00
50.12.02	AL 12 -COLOR	\$ 531,00
CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2		
CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2 -BLANCOS-		
50.02.21	AL 2 CON 2 -BLANCOS-	\$ 128,00
50.04.21	AL 4 CON 2 -BLANCOS-	\$ 166,00
50.06.21	AL 6 CON 2 -BLANCOS-	\$ 204,00
50.08.21	AL 8 CON 2 -BLANCOS-	\$ 581,00
50.10.21	AL 10 CON 2 -BLANCOS-	\$ 581,00
CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 2 -		
COLOR-		
50.02.22	AL 2 CON 2 -COLOR-	\$ 172,00
50.04.22	AL 4 CON 2 -COLOR-	\$ 204,00
50.06.22	AL 6 CON 2 -COLOR-	\$ 280,00
50.08.22	AL 8 CON 2 -COLOR-	\$ 634,00
50.10.22	AL 10 CON 2 -COLOR-	\$ 634,00
CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3		
CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3 -BLANCOS-		
50.02.31	AL 2 CON 3 -BLANCOS-	\$ 581,00
50.04.31	AL 4 CON 3 -BLANCOS-	\$ 581,00
50.06.31	AL 6 CON 3 -BLANCOS-	\$ 581,00
50.08.31	AL 8 CON 3 -BLANCOS-	\$ 581,00
50.10.31	AL 10 CON 3 -BLANCOS-	\$ 581,00
CILINDRICOS Y ESFERICOS CILINDRICOS AL 3 -		
COLOR-		
50.02.32	AL 2 CON 3 -COLOR-	\$ 634,00
50.04.32	AL 4 CON 3 -COLOR-	\$ 634,00
50.06.32	AL 6 CON 3 -COLOR-	\$ 634,00
50.08.32	AL 8 CON 3 -COLOR-	\$ 634,00
50.10.32	AL 10 CON 3 -COLOR-	\$ 634,00
LENTE DE CONTACTO		
50.01.01	LENTE BLANDA (60% DE CODIGO 50.01.02)	\$ 668,00
50.01.02	PAR DE LENTES BLANDAS	\$ 1.114,00
50.01.03	LENTE FLEXIBLE (60% DE CODIGO 50.01.04)	\$ 722,00
50.01.04	PAR DE LENTES FLEXIBLES	\$ 1.203,00

ANEXO VII

TITULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA
SECCION I – PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES
CAPITULO VII - NORMAS GENERALES Y PARTICULARES

Códigos Descripción

9901 NORMAS GENERALES DE TRABAJO PARA PRESTADORES

4 -EL SEMPRE ABONARA A EL PRESTADOR DE ACUERDO A NORMAS Y DISCRIMINACIONES DEL NOMENCLADOR NACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS Y SANATORIALES VIGENTES AL 01-03-91, A LOS VALORES QUE SE

ESTABLECEN EN EL PRESENTE NOMENCLADOR, Y LA CATEGORIZACION PROFESIONAL ESTABLECIDA POR LA RESOLUCION N° 228/88 I.N.O.S. SE LIQUIDARA CODIFICANDO LAS DEDUCCIONES, DEVOLUCIONES Y/O CREDITOS CON CODIGOS DE ERROR EN LIQUIDACIONES INDIVIDUALES Y SE LES APLICARA TOPE EN CONSULTAS, DE ACUERDO AL SISTEMA DE MEDICION QUE POR ESPECIALIDAD Y POR PACIENTES ATENDIDOS EFECTUA SEMPRE, ABONANDO EL RESTO QUE RESULTE COMO CONSULTAS EXCEDENTES A \$ 63,00. LA INFORMACIÓN DEBERÁ SER PRESENTADA EN SOPORTE MAGNÉTICO.

ANEXO VIII

TITULO I – PRESTACIONES DENTRO DE LA PROVINCIA
SECCION I – PRESTACIONES MEDICAS, SANATORIALES Y SERVICIOS AUXILIARES
CAPITULOS X – ORTESIS Y PROTESIS

CODIGO	CONCEPTO	VALOR
03	ENDOPROTESIS	
03.12	MARCAPASOS	HASTA \$ 21.532
03.13.01	PROVISION DE CATETER DOBLE J (con guía hidrófilica)	HASTA \$ 1.216
04	EXOPROTESIS	
04.01.01	AUDIFONOS	HASTA \$ 6.628 C/U
05	VARIOS	
05.07.01	CPAP - DISPOSITIVO DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AEREA	HASTA \$ 3.200

ANEXO IX

TITULO III – OTRAS PRESTACIONES
SECCION I – OTRAS PRESTACIONES
CAPITULOS I AL III

Código Interno	DESCRIPCION	VALORES
-------------------	-------------	---------

CAPITULO III

03	PRESTAMOS DE ELEMENTOS O COMPENSACION GASTOS POR ALQUILER	
03.01.01	<p>SILLONES ORTOPEDICOS SOBRE RUEDAS</p> <p>Instituyese, con carácter de complemento de la cobertura prestacional general del SEMPRE, la provisión en préstamo de sillones ortopédicos sobre ruedas, la cual estará limitada por la disponibilidad de los mismos existentes al momento de tramitarse la solicitud respectiva. En caso de no contar la Obra Social con el elemento se reconocerá, en concepto de alquiler y por sistema de reintegro, un monto fijado por la Obra Social</p> <p>a) CASOS DE APLICACIÓN:</p> <p>Únicamente los derivados de patologías agudas, en las que el uso del sillón se recomiende por un tiempo determinado, el cual responderá al término estimado de recuperación del paciente y de sus posibilidades de andar</p> <p>b) TERMINO:</p> <p>Se efectuará por el término que el médico tratante establezca, siempre que no supere los seis (6) meses</p> <p>c) MECANISMO:</p> <p>Entrega bajo recibo al afiliado directo, o responsable que lo represente, con constancia expresa de las obligaciones y responsabilidades que asume a partir de la recepción y hasta su devolución.</p> <p>Obligaciones y responsabilidades del afiliado: asume total responsabilidad por el cuidado y mantenimiento del mismo y su devolución dentro del término que para ese efecto se establecerá concreta y específicamente, como así también de responder por los daños que un eventual uso incorrecto, impropio o negligente ocasione al sillón. Pasado el término de devolución y no recuperado por la Obra Social se le efectuará el cargo al afiliado directo de su recibo de haberes.</p> <p>d) REQUISITOS Y TRÁMITES:</p> <p>1) Solicitud formulada por el afiliado directo acompañada por Historia Clínica y certificación médica que acrediten:</p> <p>a) causa que determina la necesidad del sillón</p>	

b) tiempo estimado de uso del mismo.

2) En caso de que la afiliación o habilitación de éste registre fecha de vencimiento, el término de la provisión no podrá exceder la misma.

3) Será acordado previa intervención de Auditoría Médica.

4) Certificación médica que acredite el uso de la prestación para la que se efectuó el reintegro, dentro de los noventa (90) días corridos a partir de la fecha en que se otorga o cuando finalice el tratamiento si este es inferior.

e) COMPENSACIÓN GASTO POR ALQUILER

Acordada la prestación, se otorgará por sistema de reintegro presentando factura con requisitos impositivos con descripción del concepto por el que se realizó la prestación. POR DIA hasta la suma de : \$10,00

03.01.02 MULETAS PARA ANDAR

a) SISTEMA:

según disponibilidad de elementos para provisión y con carácter de préstamo durante un tiempo estimado el que podrá renovarse de acuerdo con las necesidades del afiliado. En caso de no contar la Obra Social con el elemento se reconocerá en concepto de alquiler y por sistema de reintegro, un monto fijado por la Obra Social.

b) CASOS:

todos aquellos en los que se acredite debidamente la imprescindibilidad de uso para el andar.

c) MECANISMO DE ENTREGA:

Bajo recibo al afiliado directo respectivo, o responsable que lo represente. Obligaciones del afiliado: cuidado y mantenimiento de las mismas y devolución dentro del término que para ese efecto se establecerá concreta y específicamente.

d) REQUISITOS Y TRÁMITES:

1) Solicitud formulada por el afiliado directo acompañando certificación médica que acredite:

a) causa que obligue el uso de muletas

b) tiempo estimado de uso

2) En caso de que la afiliación o habilitación de éste registre fecha de vencimiento, el término de la provisión no podrá exceder la misma.

3) Será acordado previa intervención de Auditoría Médica.

4) Certificación médica que acredite el uso de la prestación para la que se efectuó el reintegro, dentro de los noventa (90) días corridos a partir de la fecha en que se otorga o cuando finalice el tratamiento si este es inferior.

e) COMPENSACIÓN GASTO POR ALQUILER

Acordada la prestación, se otorgará por sistema de reintegro presentando factura con requisitos impositivos con descripción del concepto por el que se realizó la prestación. POR DIA hasta la suma de: \$ 7,00