

**GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**Ministerio de la Secretaría General de la Gobernación**

**BOLETIN**



**OFICIAL**

Correo Argentino	<i>FRANQUEO A PAGAR</i>
<b>RIO GALLEGOS</b>	<b>CUENTA N° 07-0034</b>

**DIRECCION GENERAL BOLETIN OFICIAL E IMPRENTA**  
**AUGUSTO RENE CARCAMO**  
 Director General

AÑO LVIII N° 4733

SUPLEMENTO

RIO GALLEGOS, 15 de Agosto de 2013.-

**RESOLUCION M.S.**

**RESOLUCION N° 1249**

RIO GALLEGOS, 28 de Diciembre de 2012.-

**VISTO:**

La Ley N° 3263 Modificatoria de la Ley Provincial N° 2901, sancionada fecha 12 de Abril de 2012 por el Poder Legislativo de la Provincia de Santa Cruz, el Decreto N° 831 sancionado por el Poder Ejecutivo fecha 4 de mayo de 2012, el Expediente N° 956.650/MS/12 y la Resolución N° 1.084 del 20 de Noviembre de 2.012 y el Expediente N° 956.650 del Ministerio de Salud, y

**CONSIDERANDO:**

Que el Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Cruz fecha 4 de mayo de 2012 con fecha de publicación: B.O. 22 de Mayo de 2012, de acuerdo a las atribuciones conferidas por los Artículos 106 y 119 de la Constitución Provincial, procede a la promulgación de la Ley N° 3263 sancionada por la Honorable Cámara de Diputados en Sesión Ordinaria de fecha 12 de abril del año 2012, mediante la cual se modifica el Artículo 6 de la Ley N° 2901, relacionado con los Fondos de Asistencia Financiera al Sistema Provincial de Salud;

Que la Ley N° 3263 refiere en su Artículo 1°.- Modifícase el Artículo 6 de la Ley 2901, el que quedará redactado de la siguiente manera: “Artículo 6.- El Ministerio de Salud promoverá y celebrará convenios con obra sociales, mutuales, aseguradoras y empresas en los cuales se establecerá la modalidad, tiempo y plazo de pago de las practicas médico- asistenciales, fijando un arancel base que en ningún caso podrá ser menor al que la autoridad de aplicación establezca para la Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz, estando autorizado a facturar hasta tanto se celebre el convenio. Podrá realizar convenios con las mismas y particulares para catastro, exámenes preocupacionales, ocupacionales y de salud. Los Convenios enunciados en el párrafo anterior deberán contener la obligación de las instituciones de proveer a la autoridad de aplicación la información necesaria para mantener la base de datos actualizada”;

Que considerando el tiempo transcurrido desde la Publicación de la Ley Provincial N° 3263, a pesar de las acciones desarrolladas para la implementación del cobro a terceros pagadores de los servicios que El Hospital Público brinda a los usuarios de Obras Sociales, Mutuales, Empresas de Medicina Prepaga, de Seguros de Accidentes, de Medicina Laboral u otras similares, en relación con las prestaciones que las mismas están obligadas a brindar a sus beneficiarios, se han observado una serie de dificultades debido a la complejidad de las medidas y el periodo prolongado de tiempo que requieren, que es necesario corregir;

Que asimismo, se considera preciso promover la instalación de un Programa de transición y reforma del modelo de gestión hospitalaria actual, tendiente a la reorganización de los servicios de salud, que permita la revisión de los procedimientos vigentes respecto a la facturación, arancelamiento y recupero financiero, la capacitación del recurso humano para una asignación más adecuada y un uso más eficiente

Sr. **DANIEL ROMAN PERALTA**  
 Gobernador  
 C.P.N. **ROBERTO ARIEL IVOVICH**  
 Ministro Secretario  
 Jefatura de Gabinete de Ministros  
 Sr. **ENRIQUE DANIEL SLOPER**  
 Ministro de Gobierno  
 Lic. **PAOLA NATALIA KNOOP**  
 Ministro de la Secretaría General de la Gobernación  
 Dr. **JOSE CARLOS ANDRES BLASSIOTTO**  
 Ministro de Economía y Obras Públicas  
 Lic. **HECTOR RAFAEL GILMARTIN**  
 Ministro de la Producción  
 Prof. **ARGENTINA NIEVES BEROIZA**  
 Ministro de Desarrollo Social  
 Dr. **DANIEL JORGE PERALTA**  
 Ministro de Salud  
 Dr. **IVAN FERNANDO SALDIVIA**  
 Fiscal de Estado

de los recursos, la evaluación de la tecnología sanitaria que determina la oferta prestacional, la adecuación de los sistemas informáticos a las exigencias actuales, proponiendo las estrategias que se estimen necesarias para la toma de decisiones y la revisión de las políticas institucionales para la mejora asistencial;

Que a tal efecto y de acuerdo, a las atribuciones conferidas por la Ley Provincial N° 3263, correspondiente a este MINISTERIO DE SALUD poner en vigencia el **NOMENCLADOR DE PRESTACIONES DE SALUD PARA HOSPITALES PUBLICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ**, mediante el cual se establecen las normas, codificaciones y los aranceles vigentes para las prestaciones brindadas por los Hospitales Públicos a usuarios de Obras Sociales, Mutuales, Empresas de Medicina Prepaga, de Seguros de Accidentes, de Medicina Laboral u otras similares dentro de los límites de la cobertura oportunamente contratada por el usuario y de acuerdo a las obligaciones en materia prestacional que fije la normativa vigente;

Que esta iniciativa permitirá inicialmente optimizar la gestión de la facturación de las prestaciones realizadas por los Hospitales y sus dependencias, conforme a las normas, codificaciones y aranceles establecidos en el Nomenclador de Prestaciones de Salud hasta tanto se firmen los convenios correspondientes;

Que este Nomenclador constituirá posteriormente una herramienta de actualización y adecuación de normas, códigos y prestaciones, y reajuste de aranceles. Del mismo modo favorecerá y fortalecerá la inversión en el recurso humano, en infraestructura y tecnología sanitaria, y desarrollo de acciones de atención de la salud de primer, segundo y tercer nivel, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para la efectiva aplicación y materialización del Derecho a la Salud, satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad de las acciones encaradas;

Que, a tal efecto, y a los fines de aprobar los nuevos aranceles prestacionales para los Hospitales Públicos resulta necesario dejar sin efecto los valores establecidos por convenios preexistentes;

Que la DIRECCION PROVINCIAL DE ASUNTOS LEGALES ha tomado la intervención de su

competencia, mediante, Dictamen N° 1206-DPAL/12, obrante en fojas 96, por que se hace necesario el dictado del efectivo instrumento legal;

Que se actúa en virtud de la Ley N° 3200 sancionada por la Honorable Cámara de Diputados en Sesión Ordinaria de fecha 31 de marzo del año 2011, y promulgada por Decreto N° 0426 del Poder Ejecutivo Provincial fecha 05 de Abril de 2011, mediante la cual se modifica la Ley N° 1589 y sus modificatorias, concerniente a Ministerios que integran el Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Cruz, y que establece las competencias del Ministerio de Salud.

**POR ELLO:**

**EL MINISTRO DE SALUD RESUELVE:**

Art. 1°.- **RESCINDIR** los convenios de prestaciones de salud, celebrados con Obras Sociales, las prestaciones brindadas, por los Hospitales Públicos a usuarios de Obras Sociales, Mutuales, Empresas de Medicina Prepaga, de Seguros de Accidentes, de Medicina Laboral u otras similares, en la medida que los mismos posean aranceles inferiores a los que se establecen en el Anexo III en la presente resolución.

Art. 2°.- **APROBAR** el **Modelo de Convenio** entre la Subsecretaría de Servicios de Salud y las Obras Sociales, Mutuales, Empresas de Medicina Prepaga, de Seguros de Accidentes, de Medicina Laboral u otras similares, que como Anexo I forman parte de la presente Resolución.

Art. 3°.- **APROBAR** las **Normas de Atención y presentación de la facturación** que como Anexo II integran la presente Resolución.

Art. 4°.- **APROBAR** el **NOMENCLADOR DE PRESTACIONES DE SALUD PARA HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ** que como Anexo III integra la presente Resolución, el que regirá a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 5°.- **Serán objetivos del presente Nomenclador los siguientes:**

a. Promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas a beneficiarios de otros subsistemas de salud.

b. Aumentar el compromiso del personal con el establecimiento a partir de la distribución de un porcentual de los ingresos obtenidos como resultado de la actividad de cobranza de la facturación presentada.

c. Mejorar los actuales niveles de accesibilidad de la población sin cobertura.

d. Fomentar una gestión efectiva, eficiente y racional de la salud.

Art. 6°.- **PROMOVER** la creación de un **OBSERVATORIO DEL SISTEMA DE FACTURACION Y ARANCELAMIENTO DE HOSPITALES PÚBLICOS** con la finalidad de mantener continua y permanentemente actualizados los valores del Nomenclador de Prestaciones de Salud y conformar un Comité para la coordinación del mismo que actuará de acuerdo con las normas vigentes y con las facultades que le asigne la autoridad competente.

Art. 7°.- **PROMOVER** la instalación de un **PROGRAMA DE TRANSICIÓN** y reforma del modelo

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
 SUP. DEL B.O. N° 4733  
 DE 22 PAGINAS**

de gestión hospitalaria actual, tendiente a la reorganización de la administración y gestión de los servicios de salud, que basándose en la evidencia resultante de la revisión de las políticas institucionales ya implementadas para la mejora asistencial, determine las estrategias necesarias para la toma de decisiones que se requieren para una asignación más adecuada y un uso más eficiente de los recursos.

Art. 8°.- La presente Resolución será refrendada por el Subsecretario de Salud Colectiva.

Art. 9°.- RÉGISTRAR, tomen conocimiento: la Subsecretaría de Servicios de Salud, la Subsecretaría de Gestión Financiera, la Dirección Provincial de Auditoría y Control de Calidad, la Dirección Provincial de Recupero Financiero, la Dirección Provincial de Asuntos Legales, dése al Boletín Oficial. Cumplido y con las debidas constancias ARCHIVASE

**Dr. DANIEL JORGE PERALTA**

Ministro de Salud

**Lic. DARIO EDUARDO GALINDO**

Subsecretario de Salud Colectiva

## ANEXO I

### CONTRATO ENTRE LA SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y LA OBRA SOCIAL...

En la Ciudad de Río Gallegos, Capital de la Provincia de Santa Cruz, entre la Subsecretaría de Servicios de Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Cruz, en adelante denominada "LA SUBSECRETARIA", con domicilio legal en Libertad N° 875 de la Ciudad de Río Gallegos, Provincia de Santa Cruz, representada en este acto por el Dr. ...., quien acredita su identidad con DNI N°....., en su carácter de Subsecretario de Servicios de Salud, por una parte, y por la otra, la OBRA SOCIAL ....., en adelante "LA OBRA SOCIAL", con domicilio legal en .....N° ....de la Ciudad de ....., Provincia de ....., representada en este acto por el Sr....., quien acredita su identidad con DNI N° ....., en su carácter de ....., convienen en celebrar el presente **CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD que serán brindados por LA RED HOSPITALARIA DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ**, sujeto a las siguientes cláusulas y condiciones:

#### 1° DE LA PRESTACION:

"LA SUBSECRETARIA" se compromete a brindar los Servicios Asistenciales de Salud, enunciados en los Anexos adjuntos, en las instalaciones y dependencias de los Hospitales del Ministerio de Salud en el ámbito de la Provincia de Santa Cruz, en adelante "EL HOSPITAL EFECTOR". Las partes acuerdan que el presente contrato será por el **Sistema de Pago por Prestaciones**, debiendo facturar "EL HOSPITAL EFECTOR" por parte de "LA SUBSECRETARIA" conforme a la Codificación, Normas de Facturación y a los Valores establecidos por la Resolución Ministerial N° 1249/MS/12 **Nomenclador de Prestaciones de Salud para Hospitales Públicos de la Provincia de Santa Cruz** detallados en los Anexos adjuntos, que forman parte integrante del presente. **Los Honorarios Profesionales de Médicos Anestesiólogos** por prestaciones realizadas a Beneficiarios de Obras Sociales, se realizará conforme a la normativa de facturación impartida por las mismas y a los aranceles de referencia de la Asociación de Anestesiología. Ante el requerimiento de una prestación no convenida, el Hospital remitirá los presupuestos correspondientes a Obra Social para su autorización. En el mismo deben figurar: datos del paciente, diagnóstico, nombre de la práctica y el valor de la misma. Aquellos servicios que "LA SUBSECRETARIA" deje de brindar, serán fehacientemente notificados a "LA OBRA SOCIAL" en forma escrita, con una

antelación de treinta (30) días. Del mismo modo, cuando ofrezca incorporar alguna prestación, deberá presentar por escrito, todo dato relevante sobre las mismas y la propuesta de aranceles para ser considerados por "LA OBRA SOCIAL", quien se reserva la decisión de la inclusión o no al presente convenio de los servicios referidos.-

#### 2° DE LA REPRESENTACIÓN:

Las personas que suscriben el presente convenio garantizan la veracidad de la documentación presentada y tener facultades suficientes para concretar y suscribir el presente acuerdo por aquella parte en cuya representación actúan. Asimismo se obligan a actualizar y notificar todo cambio en su situación institucional, en particular aquello que sea susceptible de alterar sus relaciones institucionales. Las partes constituyen domicilio legal en los consignados "ut supra", donde serán válidos todos los reclamos, notificaciones, e intimaciones que puedan cursarse sin admitir prueba en contrario, mientras no sea notificado fehacientemente su cambio.-

#### 3° DE LA CESIÓN:

Las partes se abstendrán de ceder total o parcialmente a terceros por cualquier título que fuere, los derechos y las obligaciones emergentes de este convenio. El incumplimiento de lo dispuesto, dará lugar a la rescisión del presente, sin necesidad de comunicación o interposición alguna.-

#### 4° DE LA ATENCIÓN:

Tendrán derecho a la asistencia a la que se refiere el presente convenio, todos las personas que acrediten su condición de afiliados a "LA OBRA SOCIAL". "EL HOSPITAL EFECTOR" por parte de "LA SUBSECRETARIA" deberá requerir para su atención el DNI, la credencial de Afiliado, y la orden de consulta y/o práctica según sea pertinente. "LA OBRA SOCIAL", se obliga a actualizar mensualmente el Padrón de Afiliados para mantener actualizada la base de datos de "LA SUBSECRETARIA".

#### 5° MODALIDAD DE PRESTACION:

"LA SUBSECRETARIA" cumplirá las normas y modalidades operativas para la atención de los Afiliados a "LA OBRA SOCIAL", especificadas en el Anexo adjunto, que forma parte integrante del presente convenio. Toda propuesta de modificación deberá presentarse en forma escrita, con una antelación no inferior a treinta (30) días, "LA SUBSECRETARIA" se reserva la decisión de la inclusión o no al presente convenio. En el caso de que "EL HOSPITAL EFECTOR" realice la presentación ante "LA OBRA SOCIAL", para la Autorización de Internación de Urgencia, Prórroga de Internación, Medicación de alto costo, Prótesis, Ortesis, Marcapasos, Insumos Implantables y Semi Implantables, Método de Diagnóstico, Procedimiento Terapéutico, debidamente justificado por urgencia o emergencia, ante la falta de respuesta en el plazo de 72 horas, se darán las mismas por consentidas.-

#### 6° DE LOS MEDICAMENTOS - INSUMOS - MATERIALES DESCARTABLES - MATERIALES ESPECÍFICOS

En el caso que "EL HOSPITAL EFECTOR" suministrara insumos, medicamentos, sustancias de contraste, materiales descartables o específicos para tratamiento o estudio, los mismos deberán estar aprobados por el ANMAT e incluidos en el Manual Kairos para el supuesto de medicamentos. Si los mismos si no estuvieran incluidos en el convenio, se facturarán de acuerdo al valor de plaza vigente al momento de la prestación. Cuando el médico tratante requiera algún material específico, Medicamentos de alto costo o catástrofe, que debiera ser provisto por "LA OBRA SOCIAL", estos serán prescritos sin marcas comerciales, debiendo cumplir con las normas basadas en la evidencia científica y especificada por la "LA OBRA SOCIAL" para sus afiliados. En internaciones programadas, "LA OBRA SOCIAL" proveerá Prótesis,

Ortesis, Marcapasos, Insumos Implantables y Semi Implantables dentro de las 72 Hs. previas a la cirugía. Sólo en casos de urgencia, "LA OBRA SOCIAL" autorizará la provisión al HOSPITAL EFECTOR previa solicitud vía Fax, obligándose a la reposición del medicamento o del material utilizado de idénticas características al provisto, y en óptimas condiciones de entrega, en un plazo de diez (10) días corridos. Vencido dicho plazo, el Hospital podrá facturarle a los valores de plazas vigentes al momento de la prestación.-

#### 7° DE LOS ADICIONALES:

"LA SUBSECRETARIA" se obliga a no cobrar arancel diferenciado o suma alguna en concepto de plus o cualquier tipo de adicional respecto de las prestaciones convenidas. En caso de que el Afiliado solicite un servicio no convenido, éste correrá por cuenta exclusiva del Afiliado, "LA OBRA SOCIAL" se ampara en su derecho de excusión y división de la deuda contraída por el Afiliado.-

#### 8° DE LAS RESPONSABILIDADES:

"LA SUBSECRETARIA" se responsabiliza respecto a la atención de los Afiliados de "LA OBRA SOCIAL", por todo lo concerniente a los servicios convenidos, así como por los insumos, medicamentos y/o cualquier otro elemento que provea. Del mismo modo "LA OBRA SOCIAL" se obliga a garantizar la cobertura conforme a las leyes y disposiciones provinciales y nacionales vigentes en relación con las prestaciones que la misma está obligadas a brindar a sus beneficiarios. "LA SUBSECRETARIA" se compromete a prestar colaboración con los requerimientos que efectúe "LA OBRA SOCIAL", referente a la participación programada del equipo de salud en juntas médicas. "LA SUBSECRETARIA" y "LA OBRA SOCIAL" se obligan a actualizar y notificar todo cambio en su situación Institucional en particular aquello que sea susceptible de alterar sus relaciones Institucionales.-

#### 9° DE LA GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA:

"LA SUBSECRETARIA" se compromete a brindar servicios e instalaciones hospitalarias que garanticen la calidad de atención médica del Afiliado, utilizando las herramientas y estrategias que aportan el Conocimiento Científico y la Medicina Basada en la Evidencia, como soporte para la toma de decisiones y la solución de problemas específicos, logrando el aprovechamiento de los recursos disponibles.-

#### 10° DE LA HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Los profesionales que prestan servicios asistenciales en "LA SUBSECRETARIA" tienen obligación de llevar la Historia Clínica individual de los Afiliados, conforme a las normas y estándares de calidad establecidos. "EL HOSPITAL EFECTOR" debe prever el acceso a la Historia Clínica del Afiliado o a quien el mismo indique, respetando las normas legales vigentes. Respecto al consentimiento informado, el mismo será por escrito y debidamente suscrito en los siguientes casos: Internación, Intervención quirúrgica, Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, Procedimientos que implican riesgos y Revocación del mismo, según lo que determina la reglamentación de la Ley 26529 del Poder Legislativo Nacional. (Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.) La **Identificación del Recién Nacido** deberá efectuarse según Ley. 24.540. En cuanto a la información del diagnóstico regirán las disposiciones del Código Penal sobre el Secreto Profesional.-

#### 11° FACTURACIÓN:

"EL HOSPITAL EFECTOR" por parte de "LA SUBSECRETARIA" presentará la facturación de los servicios brindados a "LA OBRA SOCIAL" en original, conforme a las Resoluciones vigentes de AFIP y complementarias, acompañada de la documentación de respaldo de la misma, utilizando los formularios propios de "LA OBRA SOCIAL"



cuando corresponda, incluyendo la documentación clínica e informes de las prestaciones efectuadas de acuerdo a las normas operativas que forman parte integrante del presente convenio. "EL HOSPITAL EFECTOR" presentará la facturación y la documentación de respaldo en el domicilio de la "LA OBRA SOCIAL", entre el día primero y el veinte (20) de cada mes, y si este fuera inhábil, el subsiguiente hábil, por períodos vencidos. "EL HOSPITAL EFECTOR" dispondrá de un plazo para la presentación de la facturación tanto ambulatoria como de internación de sesenta días hábiles (60) a partir del primer día hábil del mes subsiguiente a la fecha realización de las mismas. En caso de inconveniente para la presentación de la facturación dentro del plazo convenido, debidamente justificado, el Hospital podrá solicitar como medida de excepción la ampliación de dicho plazo. Para el control de las prestaciones facturadas, "LA OBRA SOCIAL" podrá solicitar el envío de un soporte magnético, que requiera la generación de un archivo según especificaciones de común acuerdo entre las Áreas de Sistemas de la Obra Social y la Dirección Provincial de Sistemas (**dirprov.sistemas@gmail.com**) por parte de "LA SUBSECRETARIA".-

#### 12° AUDITORÍA:

"LA SUBSECRETARIA" da su conformidad para que "EL HOSPITAL EFECTOR" sea auditado a los fines específicos por los profesionales que designe "LA OBRA SOCIAL", como Auditores, para verificar y controlar la calidad de los servicios prestados. "LA OBRA SOCIAL", podrá efectuar a la facturación presentada las observaciones que correspondan, y deberá comunicarlas a "EL HOSPITAL EFECTOR", las mismas serán pasibles de traducirse en débitos. En las facturas con observaciones, se debitará el importe observado y se abonarán los servicios restantes.

#### 13° DÉBITOS:

A partir de la fecha de recepción de cada factura, "LA OBRA SOCIAL" dispondrá de un plazo de treinta (30) días corridos para formular objeciones y/o rechazo de comprobantes respaldatorios, efectuar los débitos pertinentes y comunicarlos a "EL HOSPITAL EFECTOR". Transcurrido ese plazo, si "LA OBRA SOCIAL" no presentará débitos u observaciones, la facturación se considerará aceptada, y libre de débitos posteriores. A los efectos de la refacturación de las prestaciones observadas, "LA OBRA SOCIAL" deberá practicar una liquidación en la que individualice el período de facturación al que corresponda la objeción, el importe del débito y el motivo del mismo. Cuando la observación sea parcial, "LA OBRA SOCIAL" deberá enviar fotocopia de la documentación observada, para que "EL HOSPITAL EFECTOR", proceda a su corrección en un plazo que no supere los sesenta (60) días, a partir de la fecha en que el mismo recibió la documentación de las prestaciones impagas. Del mismo modo, cuando la objeción sea total, "LA OBRA SOCIAL" deberá reintegrar la documentación cuestionada para su corrección y posterior refacturación. En caso de discrepancia acerca de la procedencia de la observación y/o débito efectuado, "EL HOSPITAL EFECTOR", por parte de la "LA SUBSECRETARIA" deberá notificar en forma fehaciente dicha situación y solicitar en la misma la realización de la Auditoría compartida que corresponda. Si se resolviera que la observación o el rechazo fueron mal formulados, "LA OBRA SOCIAL" abonará el importe de las prestaciones que correspondiera acreditar en la liquidación subsiguiente. En el caso de discrepancias en los montos de la facturación entre EL HOSPITAL EFECTOR y LA OBRA SOCIAL, LA SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD elevará su opinión al MINISTERIO DE SALUD, cuya decisión será definitiva.-

#### 14° PAGO:

"EL HOSPITAL EFECTOR" por parte de "LA SUBSECRETARIA" será el único destinatario, y

receptor de los pagos por las prestaciones efectuadas, pudiendo designar un gestor o representante a los efectos de presentación de la facturación y/o recepción del pago. "LA OBRA SOCIAL" abonará el importe correspondiente a las facturas emitidas por los Hospitales Efectores, dentro de los treinta (30) días hábiles a partir de la fecha de recepción de la factura en su domicilio, a través de una transferencia bancaria a la cuenta corriente designada en el Anexo..... Una vez recibido el pago "EL HOSPITAL EFECTOR", deberá enviar el recibo de cobro correspondiente. La falta de pago por parte de "LA OBRA SOCIAL" dentro del plazo de treinta (30) días corridos, constituirá automáticamente y de pleno derecho en mora, sin necesidad de interpelación alguna. Operada la mora, "LA OBRA SOCIAL" deberá abonar a "EL HOSPITAL EFECTOR", además de la facturación, un interés equivalente a la Tasa Pasiva que cobra el Banco de la Nación Argentina, para descuento de documentos comerciales a treinta (30) días. El cálculo de los intereses se efectuará sobre el total facturado y se computará por días corridos desde la fecha de la mora y hasta la efectiva cancelación total de la obligación.-

#### 15° VIGENCIA Y VENCIMIENTO:

El presente contrato regirá a partir del.....de 2013 por el término de un (1) año, a partir de la fecha de suscripción, renovable automáticamente a su vencimiento por igual período, previa conformidad escrita de las partes, mediante una addenda o acta complementaria a tal efecto. Asimismo, cualquiera de las partes podrá rescindirlo por decisión unilateral y dejarlo sin efecto en cualquier momento antes de su vencimiento, sin necesidad de expresión de causa, debiendo mediar notificación fehaciente a la otra parte con una antelación mínima de treinta (30) días corridos, previos al primero o sucesivos vencimientos. Ello no facultará a las partes a reclamar indemnización alguna por ningún concepto. La única obligación de "LA OBRA SOCIAL", será el pago de aquellas facturas no abonadas y que correspondan al período de vigencia del presente Contrato.

#### 16° DE LA COMPETENCIA:

Todas las cuestiones que se susciten entre las partes, con motivo u ocasión del cumplimiento o interpretación del presente contrato, o de cualquiera de sus cláusulas, serán competencia de los Tribunales Ordinarios de la Ciudad de Río Gallegos, Capital de la Provincia de Santa Cruz. En prueba de conformidad se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, de \_\_\_\_\_ fojas útiles, en la Ciudad de Río Gallegos a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ de 2013.

#### ANEXO II:

#### NORMAS DE ATENCION Y FACTURACION

#### IDENTIFICACIÓN Y VERIFICACIÓN DE AFILIACIÓN:

- Los beneficiarios de La Obra Social se identificarán mediante la presentación del documento de identidad, y la credencial que acredite su condición de afiliado.-
- El acceso a las prestaciones se realizará mediante la presentación de Órdenes de Consulta y/o Prácticas autorizadas por La Obra Social.
- El Hospital tiene la obligación de verificar la identidad y condición de afiliado.
- La Obra Social tiene la obligación de actualizar mensualmente el Padrón de Afiliados.

#### PRESTACIONES AMBULATORIAS

#### 1. SERVICIOS/PRESTACIONES QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN DE LA OBRA SOCIAL:

- Atención de Urgencia o emergencia. (Consulta y Prácticas de baja complejidad)
  - Otros. (a especificar según Plan de cobertura)
- #### 2. PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN DE LA OBRA SOCIAL:

a. **Prestaciones de Alta Complejidad.** (a especificar según Plan de cobertura)

b. **Presupuestos por Prestaciones No Convenidas:** el Hospital remitirá los presupuestos correspondientes a Obra Social para su autorización. En el mismo deben figurar: datos del paciente, diagnóstico, nombre de la práctica y el valor de la misma.

c. **Otros.** (a especificar según Plan de cobertura)

#### PRESTACIONES EN INTERNACION:

#### 1. SERVICIOS/PRESTACIONES QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN:

- CONSULTAS E INTERCONSULTAS**
- MEDICAMENTOS:** Los medicamentos serán facturados según valor Manual Kairos de la marca suministrada vigente al momento de la facturación.
- OXIGENO MEDICINAL** se facturará a valores de plaza vigente al momento de la prestación.
- MATERIALES DESCARTABLES** se factura a valores de plaza vigente al momento de la prestación.
- AISLAMIENTO:** En aquellos casos en que la patología del paciente requiera aislamiento, el mismo se facturará a valores del área correspondiente.
- PRÁCTICAS NOMENCLADAS REALIZADAS DURANTE LA INTERNACIÓN,** no se tramitará autorización.
- PRACTICAS NO NOMENCLADAS** (Laboratorio no Nomenclado, Diagnóstico por Imágenes y Procedimientos de Diagnóstico y/o Terapéuticos) no se tramitará autorización.

#### 2. PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN DE LA OBRA SOCIAL:

El trámite lo realiza el beneficiario, familiar, tutor responsable, o Asistente Social.

a. **INTERNACION PROGRAMADA:** en Habitación Compartida Standard. Si la Obra Social cubre internación en Habitación Individual este servicio estará sujeto a disponibilidad. Deberá autorizarse previo al ingreso del afiliado al área de internación.

b. **INTERNACION DE URGENCIA:** la solicitud de autorización en caso de urgencia, podrá realizarse dentro de las primeras 48 Hs. Hábiles posteriores al ingreso del afiliado.

#### c. PRÓTESIS, ORTESIS, MARCAPASOS, INSUMOS IMPLANTABLES Y SEMI IMPLANTABLES:

- La prescripción de cualquier material específico deberá realizarse sin marcas comerciales.
- En internaciones programadas, la Obra Social proveerá el material requerido dentro de las 72 Hs. previas a la cirugía.
- Sólo en casos de urgencia, la Obra Social autorizará la provisión al Hospital previa solicitud vía Fax, obligándose a la reposición del material de idénticas características al provisto, y en óptimas condiciones de entrega, en un plazo de diez (10) días corridos. Vencido dicho plazo, el Hospital podrá facturarlos a los valores de plaza vigentes al momento de la prestación.

d. **MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO O NO CONTEMPLADOS EN EL PMO:** Se solicitará la autorización de la Obra Social en el formulario institucional correspondiente.

- En internaciones programadas la Obra Social proveerá la Medicación dentro de las 72 Hs. previas a la internación.

- Sólo en casos de urgencia, la Obra Social autorizará la provisión al Hospital previa solicitud vía Fax, obligándose a la reposición del medicamento de idénticas características al provisto, y en óptimas condiciones de entrega, en un plazo de diez (10) días corridos. Vencido dicho plazo, el Hospital podrá facturarlos a los valores Kairos vigentes al momento de la prestación.

e. **TRASLADOS/EVACUACIÓN SANITARIA:** Se solicitará en el formulario institucional correspondiente. Deberá autorizarse previo al traslado del afiliado.

f. **PRESTACIONES NO CONVENIDAS:** ante

el requerimiento de una prestación no convenida, el Hospital remitirá los presupuestos correspondientes a Obra Social para su autorización. En el mismo deben figurar: datos del paciente, diagnóstico, nombre de la práctica y el valor de la misma.

**g. PRESTACIONES REALIZADAS EN INSTITUCIONES DEL AMBITO PRIVADO:** Se solicitará autorización para la realización de prestaciones no disponibles eventualmente en el ámbito hospitalario (Diagnóstico por Imágenes, Métodos de Diagnóstico y/o Terapéuticos etc.). Las prestaciones deberán ser facturadas por el Prestador privado que realice la misma.

Cuando la solicitud de autorización para la atención de urgencia, así como las prestaciones o requerimientos derivadas de la misma, Medicación de Alto Costo o catástrofe, Prótesis, Ortesis, Marcapasos, Insumos Implantables y Semi Implantables, etc. se realice adecuadamente, vencido el plazo de 72 Hs. horas posteriores a la misma, ante la falta de respuesta de la Obra Social se darán las mismas por consentidas.-

### 3. SERVICIOS/PRESTACIONES DE APOYO HOSPITALARIO A INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS

**a. TRASLADOS O EVACUACIÓN SANITARIA**

**b. METODOS DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES**

**c. HEMODERIVADOS** El Hospital facturará a la Obra Social el Módulo de Producción de Hemocomponentes por Unidad mediante el Código 23.50.01.

Los Servicios/Prestaciones Hospitalarios para afiliados de la Obra Social internados en el ámbito privado, se realizarán según disponibilidad operativa, a los aranceles pactados por convenio. Cuando las prestaciones no estén convenidas se facturarán por presupuesto. Los mismos requieren obligatoriamente:

- Solicitud en formulario institucional donde consten: los Datos identificatorios del paciente y el diagnóstico. Firma y sello del Profesional actuante.
- Autorización de la Obra Social.

### NORMAS DE ATENCIÓN POR GUARDIA:

1. La atención de los afiliados a la Obra Social en el Servicio de Guardia Hospitalario **No requiere la presentación de Orden de Consulta o Práctica**, las prestaciones de urgencia o emergencia se facturan a la Obra Social.

2. Deberá verificarse la identidad y condición de afiliado.

3. No se facturará ningún arancel por prestaciones de urgencia o emergencia al afiliado.

4. Las prestaciones de urgencia o emergencia se facturan a la Obra Social.

5. Se suministrará la medicación y se indicarán las prácticas adecuadas para la urgencia de acuerdo a la patología que presente el afiliado.

6. Las Prácticas de Alta Complejidad y la Medicación de alto costo, requieren autorización vía fax, solicitud escaneada vía e-mail, en forma previa o posterior dependiendo del horario laboral o feriado.

7. Cuando el paciente no presente la Orden de Consulta, o la presentación no sea obligatoria para su Obra Social, el profesional actuante deberá registrar la Consulta en un R/P institucional, indicando: nombre y apellido del beneficiario, N° documento de identidad, N° de afiliado, fecha de prestación, el diagnóstico presuntivo codificado o motivo de la consulta, con firma y sello que indique número y tipo de matrícula habilitante, firma y aclaración en conformidad del beneficiario asistido y/o responsable.

8. Del mismo modo, la prescripción de Prácticas o Recetas Farmacológicas se realizará en un R/P institucional, indicando: nombre y apellido del beneficiario, documento de identidad, N° de afiliado, fecha de prestación, y el diagnóstico o motivo de la consulta, avalando con firma y sello que indique

número y tipo de matrícula habilitante del profesional actuante.

9. Toda enmienda y/o cambio de tinta deberá ser salvada por el profesional indicando el motivo al dorso, asentando firma y sello del profesional y cuando corresponda, la firma del paciente.

10. El Bono de consulta o R/P deberá contener los datos solicitados, el incumplimiento de cualquiera de estos puntos será motivo de débito.-

### NORMAS DE ATENCIÓN EN CONSULTORIO EXTERNO, CENTROS DE SALUD, CIC Y PUESTOS SANITARIOS:

1. La atención de los afiliados a Obra Social en Centros de Salud, Centros Integradores Comunitarios y Puestos Sanitarios **requiere la presentación de Orden de Consulta o Práctica, DNI y Credencial.**

2. El profesional actuante deberá registrar la Consulta indicando: nombre y apellido del beneficiario, N° de documento de identidad, N° de afiliado, fecha de prestación, motivo de la consulta o diagnóstico presuntivo, firma y sello que indique número y tipo de matrícula habilitante y la firma y aclaración en conformidad del beneficiario asistido y/o responsable.

3. El profesional deberá indicar en la Orden de Práctica, la fecha de prestación, el motivo de la consulta o diagnóstico presuntivo, avalando su intervención con firma y sello que indique número y tipo de matrícula habilitante.

4. El Bono de consulta o R/P deberá contener los datos solicitados, el incumplimiento de cualquiera de estos puntos será motivo de débito.-

### NORMAS DE ATENCION EN INTERNACION

**1. La internación del afiliado se efectuará previa presentación de la orden del médico tratante autorizada por La Obra Social, el documento de identidad, y la credencial de afiliado.-**

**2. Internaciones programadas:** La Internación se solicitará en el formulario correspondiente consignando: nombre y apellido, número de DNI, número de afiliado, edad, diagnóstico, motivo de internación, cantidad estimativa de días y datos identificatorios del profesional. El periodo autorizado será de hasta tres (3) días, pudiendo prorrogarse mediante nueva solicitud.

**3. Internaciones quirúrgicas programadas:** se solicitarán en el formulario correspondiente consignando: nombre y apellido, número de DNI, número de afiliado, edad, diagnóstico y cirugía indicada, cantidad estimativa de días de internación y datos identificatorios del profesional.

**4. El trámite de autorización ante La Obra Social de las Internaciones programadas clínicas o quirúrgicas** será realizado por el afiliado o responsable.

**5. Internaciones de urgencia, UTI y/o UTIN:** el Hospital podrá solicitar la autorización a La Obra Social dentro de las primeras 48 Hs. hábiles posteriores de producida la misma.

**6. Internación en Unidades de terapia intensiva y Unidades de terapia intensiva Neonatal:** Las internaciones en estas Unidades se efectuarán de acuerdo con las Normas del Nomenclador Nacional. El periodo autorizado mínimo será de hasta 48 Hs., pudiendo prorrogarse mediante nueva solicitud, a la Auditoría Médica de la Obra Social, a través del Informe Médico emitido por el médico terapeuta.-

**7. La Identificación del Recién Nacido** y su madre deberá efectuarse según Ley 24.540.

**8. Prórroga de internación:** la solicitud de prórroga deberá ser confeccionada por el médico tratante y remitida a La Obra Social para su autorización el mismo día de su vencimiento.

**9. Cama para Acompañante:** en caso de menores de 10 años, no requiere autorización de la Obra Social. En caso de mayores de 10 años, la cama para acompañante debe o ser prescripta por el Médico

tratante, autorizada por la Obra Social y contar con la conformidad del Director del Establecimiento. Los gastos que se originen por acompañantes o extras de pacientes mayores de 10 años no autorizados por la Obra Social estarán a cargo exclusivo del afiliado.-

**10. Auditoría Médica:** La Obra Social podrá efectuar observaciones en terreno, las cuales quedarán asentadas en cuaderno foliado a tal fin, dándose por comunicada la novedad al Auditor Interno.-

**11. Exámenes complementarios de diagnóstico:**

a. La solicitud Exámenes Complementarios de Diagnóstico deberá estar orientada a confirmar o descartar el diagnóstico presuntivo, establecer evolución y/o pronóstico. La interpretación de los resultados, deberá consignarla el médico tratante en la evolución.

b. No serán reconocidas prácticas repetidas por técnicas deficientes.-

c. En las internaciones por procedimientos quirúrgicos que impliquen la realización de **Anatomía Patológica** de pieza operatoria, deberá adjuntarse el resultado de la misma. En caso de no contar con el Informe al momento de presentar la facturación, el prestador quedara obligado a presentar dichos informes en un plazo de 30 días, su incumplimiento será motivo de débito.

### 12. Interconsultas:

a. Las interconsultas deben estar debidamente justificadas en la evolución diaria.

b. La Interconsulta con la misma especialidad podrá solicitarse 72 horas después de la primera.

c. La Interconsulta antes del periodo establecido, podrá solicitarse por excepción, ante cuadros clínicos complejos que excedan el poder de resolución del profesional actuante.

d. La Obra Social no reconocerá seguimientos conjuntos que no fueran debidamente autorizados.

e. Las interconsultas realizadas por Médicos Prestadores de la Obra Social, que no forman parte de la planta permanente del Hospital, se facturarán a los valores según convenio individual con la misma.

### 13. Derivaciones de pacientes internados:

a. Cuando un afiliado internado requiera ser derivado a un Centro de mayor complejidad, el médico tratante deberá cumplimentar el trámite de derivación, completando el formulario destinado a tal fin, en letra legible de IMPRENTA.-

b. Cuando la complejidad del cuadro clínico del paciente requiera la presencia de un médico durante su traslado, la derivación se efectivizará mediante evacuación sanitaria.

c. Una vez autorizada la derivación, el médico deberá entregar al afiliado una fotocopia de la Historia Clínica, fotocopia de Protocolo Quirúrgico y resultado de Anatomía Patológica, si correspondiera.

d. El Hospital no se responsabilizará por la gestión del traslado de los pacientes. El mismo quedará a cargo exclusivo de la Obra Social.

e. El Hospital no será responsable ante el afiliado, por las demoras e inconvenientes que pudieran surgir en el trámite de autorización por parte de la Obra Social.

**14. Internaciones no reconocidas por la Obra Social:** Este punto se completará según lo pautado con la Obra Social al momento de la firma del convenio correspondiente.

**15. Afiliados en tránsito y por reciprocidad:** la atención se realizará mediante la presentación del Bono de Consulta o Práctica autorizada por la Obra Social, el DNI y credencial.

### Consideraciones Generales para Prácticas Quirúrgicas Y Moduladas en Internación:

1. Las intervenciones quirúrgicas nomencladas, se facturarán conforme a las normas generales del nomenclador nacional.

2. No existe sumatoria de Prácticas Quirúrgicas Moduladas.-

3. En el caso de Intervenciones Quirúrgicas Múltiples efectuadas en un mismo acto quirúrgico VIDEO- LAPAROSCOPICO deberán ser facturados



al 100% del Módulo VLP y al 50% códigos Nomenclador Nacional de la patología correspondiente.

4. Para la facturación de las Prácticas quirúrgicas ambulatorias, el Hospital presentara la orden de práctica autorizada por la Obra Social, con el correspondiente código de Módulo y/ o código del Nomenclador Nacional, y de anestesia si la práctica lo requiere.

5. Para la facturación de las Prácticas quirúrgicas realizadas en internación, el Hospital presentara la orden de internación y de práctica autorizadas por la Obra Social, con el correspondiente código de Módulo y/ o código del Nomenclador Nacional, y de anestesia si la práctica lo requiere.

6. Las prácticas quirúrgicas tanto ambulatorias como de internación deberán facturarse con el Protocolo Quirúrgico, y cuando corresponda el Informe Anatómico-Patológico y foja anestésica.

7. Cuando un afiliado que está siendo tratado bajo algunos de los módulos que integran este Convenio, presente complicaciones **no** inherentes a la práctica modulada, con acuerdo de la Auditoría Médica en terreno, las prestaciones excluidas se facturarán por prestación a valores convenidos.-

8. Este criterio será de aplicación para facturar mayor tiempo de internación, Internación en UTI y todo procedimiento médico, de servicios auxiliares, tanto diagnósticos como terapéuticos, que no se hallen expresamente comprendidos en el módulo correspondiente al caso, salvo que corresponda a una complicación inherente a la práctica modulada.

9. La Auditoría Médica de la Obra Social podrá solicitar la presentación del resumen de historia clínica, estudios complementarios de diagnóstico e incluso la realización de interconsultas a médicos especialistas cuando fuere necesario para la autorización de cualquiera de las practicas moduladas.

#### EXCLUSIONES COMUNES A TODOS LOS MODULOS:

**Honorarios Excluidos:** Honorarios del Anestésista. Todos los honorarios no incluidos expresamente en los Módulos. Monitoreo Cardíaco Intraoperatorio. Sesión de Rehabilitación Físio-kinésica y Fonoaudiología en Internación. TAC, RMN y otras prácticas complejas no inherentes. Transfusión de Hemocomponentes. Diálisis Aguda y Diálisis Crónica. Anatomía Patológica. Etc.

**Medicamentos Excluidos:** Medicamentos Anestésicos, Antivirales, Albúmina, aminoácidos y lípidos IV, inmuno-supresores, Anfotericina B. Aztreonam, Calcitonina, Cefacicidina, Ceftriaxona, Cefepima, Cefoperazona, Sulbactam, Ciprofloxacina IM o IV, Citostáticos, Eritropoyetina, Estimulantes de colonias, Fentanilo, Heparinas de bajo PM, Fibrinolíticos, Fluconazol IV, Expansores plasmáticos, Fármacos para nutrición parenteral o enteral, Hemoderivados, Imipenem, Levofloxacina, Linezolid, Meropenem, Metronidazol IV, Mezlocilina, Ofloxacina, Octreotide, Olanzapina, Piperacilina, Tazobactam, Protomplex, Riluzole, Sedación profunda, Teicoplanina, Toxina botulínica, Vancomicina y cualquier otro medicamento de alto costo y baja incidencia (ACBI).

**Los medicamentos de alto costo y baja incidencia (ACBI)** deberán contar con autorización de auditoría médica de la Obra Social.

**Materiales Excluidos:** La utilización por parte de "El Hospital de medicamentos y/o material descartable de alto costo (ACBI), Materiales Descartables Específicos, Parches Duoderm o similar, Tutores Externos, Férulas, Stent, Catéteres, Filtros, Válvulas, Marcapasos, Cartuchos de Sutura, Prótesis u otros materiales no incluidos específicamente en los Módulos, no provistos por la Obra Social, se deberán facturar con sus respectivos stickers/troqueles originales y deberán contar con autorización previa de la auditoría médica de la Obra Social.

En caso de ser elementos "re utilizables", los mismos serán reconocidos en 1/3 de su valor de mercado y no se solicitará stickers. Según Normas de facturación se reconocerán solo los descartables "Facturables"; no así los incluidos en Gastos "No

facturables".

**Los medicamentos** serán facturados según valor Manual Farmacéutico o Kairos, vigente al momento de la facturación y de la marca suministrada, cuando corresponda se adjuntara el troquel correspondiente.

La facturación de medicamentos y material descartable en Cirugía requiere la siguiente documentación: **Parte Anestésico. Protocolo Quirúrgico. Hoja Registro Sala Recuperación Anestésica.**

#### NORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACION DE FACTURACION AMBULATORIA

Las Consultas y Prestaciones realizadas a Beneficiarios de Obras Sociales en Consultorios Externos del Hospital, **Centros de Salud, CIC y Puestos Sanitarios** se presentarán de acuerdo a las siguientes normas generales:

1. **Bono de Consulta o R/P institucional**, según corresponda deberán constar de: nombre y apellido del beneficiario, documento de identidad, N° de afiliado, fecha de prestación, diagnóstico presuntivo codificado o motivo de la consulta, con firma y sello que indique número y tipo de matrícula habilitante del profesional actuante y la firma en conformidad del beneficiario asistido y/o responsable.

5. **Ordenes de Prácticas**, se realizarán en bono original o R/P institucional, según corresponda, indicando: nombre y apellido del beneficiario, documento de identidad, N° de afiliado, fecha de prestación, y diagnóstico o motivo de la consulta, avalando con firma y sello que indique número y tipo de matrícula habilitante del profesional actuante y la firma en conformidad del beneficiario asistido y/o responsable. Cuando corresponda adjuntar Copias de Historias Clínicas, foja quirúrgica, foja de anestesia, informes de prácticas especializadas, análisis de laboratorio, insumos y descartables.

6. **Ordenes de Prácticas quirúrgicas o procedimientos de diagnóstico programados ambulatorios:** los mismos deben estar autorizadas por la Obra Social, debiendo adjuntar cuando corresponda Protocolo Quirúrgico, Foja Anestésica e Informe de Anatomía Patológica, y resúmenes de descartables e insumos.

2. **Presupuestos aprobados por la Obra Social por prestaciones no contratadas.** En el mismo deben figurar: datos del paciente, diagnóstico, nombre de la práctica y el valor de la misma y la autorización de la Obra Social.

#### Consideraciones generales:

3. No se podrán facturar medicamentos en pacientes ambulatorios, excepto los administrados en atención de urgencia o emergencia en Guardia Central.-

4. La internación en Guardia código 43.50.01 (6 Hs) se factura mediante la presentación de la Historia clínica de uso habitual, acompañada de los informes de las prestaciones realizadas y resumen de descartables, medicamentos e insumos.

5. La Orden de Consulta tiene una vigencia de un año a partir de la fecha de emisión. Cuando la vigencia esta vencida **para facturar la consulta**, la misma debe estar autorizada por la Obra Social. La fecha de prestación deberá ser posterior a la fecha de emisión, caso contrario deberá indicar el motivo.

6. La Orden de Práctica, tiene una vigencia de 30 días a partir de la fecha de prescripción. Cuando la vigencia esta vencida **para realizar la práctica**, la misma debe estar autorizada por la Obra Social.

7. Toda enmienda y/o cambio de tinta deberá ser salvada por el profesional indicando el motivo al dorso, asentando firma y sello, y cuando corresponda, la firma del paciente.

8. El Bono de consulta, Orden Práctica o R/P deberá contener los datos solicitados, el incumplimiento de cualquiera de estos puntos será motivo de débito.-

#### NORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA DO-

#### CUMENTACION EN INTERNACION

##### 1. HISTORIA CLÍNICA:

a. Deberá ser Completa en todos sus ítems y legible, evitando el uso de las siglas S/P (sin particularidades), debiéndose completar así sea compatible con la normalidad.-

b. El médico tratante deberá consignar en la misma, el plan de estudios y tratamiento que corresponda con el diagnóstico y/o cuadro clínico.-

c. El médico tratante realizará la evolución diariamente y ratificara lo actuado con su firma y sello.

d. La falta de evolución implicará el débito del día de internación correspondiente con todos los gastos facturados en ese día (medicamentos, Métodos de diagnóstico, etc.).

e. El médico tratante realizará las Indicaciones médicas de puño y letra, prescribirá monodrogas y ratificara lo actuado con firma y sello.

f. La Solicitud de interconsulta por médico tratante y la respectiva evolución del especialista interconsultado, deberá estar avalada con firma y sello de los mismos.-

##### Deberán constar en la Historia Clínica:

2. Hoja de Indicaciones.

3. Hoja de Epicrisis completa.-

4. Los pedidos de todos los exámenes complementarios de diagnósticos y los respectivos resultados, realizados durante la internación.-

5. Informes de Prácticas especializadas y Análisis de Laboratorio.

6. Las Hojas de Enfermería y Balance Hídrico, con detalle de cada fórmula suministrada diariamente, rubricada por el Enfermero actuante.-

7. Fojas quirúrgicas y de anestesia, debidamente completadas, donde conste día y horario de comienzo y finalización del acto quirúrgico, firmada y sellada por los profesionales actuantes.-

8. Intervenciones quirúrgicas:

a. Protocolo Quirúrgico, Foja Anestésica e Informe de Anatomía Patológica cuando corresponda.

b. Cirugías programadas: presentar Órdenes de Prácticas Originales autorizadas por la Obra Social.-

c. Cirugías de urgencia o emergencia: presentar autorización la Obra Social vía Fax.

##### PRESENTACION DE LA FACTURACION

El Hospital hará la presentación de la factura que deberá cumplir con los requerimientos que fije la Administración Federal de Ingresos Públicos. (A.F.I.P.), Resolución 1415, modificatorias y complementarias, en el domicilio de la Obra Social, **entre el día primero y veinte de cada mes**, y si este fuera inhábil, el subsiguiente hábil.

El Hospital dispondrá de un plazo para la **presentación para la facturación tanto ambulatoria como de internación** de sesenta días hábiles (60) a partir del primer día hábil del mes subsiguiente a la fecha realización de las mismas.

En caso de inconveniente para la presentación de la facturación dentro del plazo convenido, debidamente justificado, el Hospital podrá solicitar como medida de excepción la ampliación del plazo.

##### A la factura se le deberá adjuntar:

##### 1. Facturación Ambulatoria:

El Hospital presentará mensualmente el detalle de la Facturación Ambulatoria por duplicado, consignando todos los datos solicitados, en forma clara e indeleble, con detalle codificado de las prestaciones efectuadas, valorizadas individualmente dentro de la factura.

Adjunto a lo mencionado se deberá remitir la Documentación respaldatoria, Informes Médicos y comprobantes de Prácticas debidamente autorizados.

1. **Resumen Individual por Profesional donde consten los siguientes datos:** Apellido y Nombre del Afiliado – Número de Credencial – Fecha de prestación– Código de Diagnóstico.-

2. **Documentación respaldatoria y comprobantes de autorizaciones correspondientes:**

a. Las Órdenes de Consulta originales o R/P (para

el caso de la atención en guardia) firmadas por el profesional actuante y el beneficiario asistido y/o responsable.

b. Las Órdenes de Prácticas originales o R/P (para el caso de la atención en guardia) prescriptas por el profesional tratante.

c. Facturación de Prácticas Quirúrgicas: se presentaran las Orden de Prácticas autorizadas por la Obra Social, el Protocolo Quirúrgico, Foja Anestésica e Informe de Anatomía Patológica cuando corresponda.

**2. Facturación de Internaciones:**

El Hospital presentará mensualmente el detalle de cada internación por duplicado, consignando todos los datos solicitados, en forma clara e indeleble, con detalle codificado de las prestaciones efectuadas, valorizadas individualmente dentro de la factura.

Adjunto a lo mencionado se deberá remitir los Informes Médicos de internación y prórroga debidamente autorizados.

La Historia Clínica deberá ser facturada en su totalidad: honorarios, gastos, medicamentos, etc. de acuerdo al convenio vigente. No se aceptará la presentación de facturas separadas de la Historia Clínica.

**1. Resumen general de internados donde consten los siguientes datos:** Número de Historia Clínica – Apellido y Nombre del Afiliado – DNI - Número de Afiliado – Fecha de Ingreso y de Egreso – Código de Diagnóstico.- Código y nombre de Practica - Valor convenido - Total por Planilla y Total General.

**2. Documentación respaldatoria:**

- **Copia de Historia Clínica** que deberá incluir ingreso, evolución, indicaciones, controles de enfermería, epicrisis.

- **Informes de Prácticas especializadas y Análisis de Laboratorio.**

- **Ordenes de Prácticas Originales (para Cirugías programadas)** autorizadas por la Obra Social Protocolo Quirúrgico, Foja Anestésica e Informe de Anatomía Patológica, cuando corresponda.

- **Resumen de descartables e insumos.**

**FACTURACION PARCIAL**

En caso de Internación por periodo superior a 30 días, podrá realizarse la presentación parcial de la facturación, donde conste la fecha del periodo facturado y la **aclaración de PARCIAL** en un lugar visible de la presentación, adjuntando la documentación solicitada precedentemente.

**En la facturación definitiva se deberá adjuntar la copia de TODA la internación.-**

**REFACTURACION**

El hospital dispondrá de un periodo de 60 días, a partir de la fecha de recepción de la notificación de débito, para emitir la re facturación de las prestaciones observadas.

**3. Soporte Magnético**

Para el control de las prestaciones facturadas, la Obra Social puede solicitar el envío de un soporte magnético, que requiere la generación de un archivo según especificaciones de común acuerdo entre las Aéreas de Sistemas de la Obra Social y la Dirección Provincial de Sistemas (**dirprov.sistemas@gmail.com**) por parte de La Subsecretaria.-

- El archivo puede ser TXT, DBF o XLS

- En los distintos formatos se requieren Tipo y Nro. de Documento y Nro. de Credencial de afiliado.

- En la codificación de Prestaciones Nomencladas se utilizaran los **Códigos del Nomenclador Nacional.**

- Para las Prestaciones No Nomencladas se utilizaran los códigos presentes en los Anexos adjuntos al presente convenio como única alternativa.

Todo acuerdo del formato del soporte magnético debe:

- Identificar de manera inequívoca al afiliado.

- Identificar de manera inequívoca la prestación.

- Informar el importe facturado a la Obra Social (cantidad e importe unitario).

- Informar la fecha de realización de la prestación.

- Informar número de bono que autorizó la prestación.

**- Toda la documentación que acompaña a la factura deberá encontrarse foliada, indicando en la planilla de referencia, el total de fojas útiles de la presentación.**

**- El incumplimiento de lo dispuesto para la presentación de la facturación será motivo de observaciones y podrá traducirse en débitos.-**

**ANEXO III**

**NOMENCLADOR DE PRESTACIONES DE SALUD PARA LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

**1. SERVICIO DE GUARDIA MÉDICA**

2. La atención médica a los Afiliados de la Obra Social, en los Servicios de Guardia de la Red Hospitalaria de la Provincia de Santa Cruz, **requiere/ no requiere** la presentación de Orden de Consulta o Práctica, podrá efectuarse mediante la presentación de la credencial y DNI del afiliado.

3. Las Prácticas prescriptas por los Médicos de Guardia, que correspondan específicamente a la patología de Urgencia que origino la consulta, serán sin cargo al Afiliado.

4. Los Hospitales de La Subsecretaría de Servicios de Salud deberán presentar la facturación de los Bonos de Consulta o Práctica de Guardia o R/P Institucional, según normativas del convenio.

**CONSIDERACIONES GENERALES PARA GUARDIAS MÉDICAS**

**Prescripción de Medicamentos:**

1. Los Médicos de Guardia podrán prescribir los medicamentos que correspondan específicamente a la patología de Urgencia que origino la consulta, indicando la presentación de menor tamaño, hasta un máximo de TRES (3) medicamentos por receta de farmacia.

2. La trascripción de medicación bajo el **Código Z760**, podrá realizarse en casos de extrema necesidad, caso contrario, al efectuarse el control de facturación y constatar que la medicación se encontrara fuera de la situación terapéutica conocida del afiliado, se procederá al débito total de la consulta.

3. Psicotrópicos en Guardia: se aceptara la prescripción de las formas de presentación inyectables, debiendo dejar constancia que la misma se administro en guardia.

**Prescripción de Prácticas Complementarias de Diagnóstico:**

1. Los Médicos de Guardia pueden prescribir únicamente las Prácticas Complementarias de Diagnóstico de Baja Complejidad, de acuerdo al detalle adjunto en el presente Anexo.

2. Si durante la evaluación de un Afiliado en la Guardia, fuera necesaria la realización de una Práctica, Método Complementario de estudio, o Medicación catástrofe, prótesis o insumo no especificado en el presente Anexo, la autorización del mismo se solicitará vía fax a la Obra Social, dentro de las 72 horas de su realización, dependiendo del horario laboral o feriado.

**Prácticas de Diagnóstico por Imágenes:**

- Radiografía simple
- Ecografías Nomencladas

**Laboratorio Bioquímico:**

5	Acido Base	470	Hemoglobina
22	Amilasemia	475	Hemograma
31	Amonio	481	Hepatograma
104	Bacteriología-dir.	546	Ionograma Plasmático
110	Bilirrubinemia	887	KPTT
133	Calcemia	594	L DH
168	Cloro Plasmático	619	Líquido Céfaló Raquídeo
171	Coagulograma Completo	620	Líquido de Punción
190	CPK	711	Orina Completa
1019	CPK MB	716	Oxígeno
192	Creatinina	761	PCR
4418	Dímero D	344	PDF
297	Eritrosedimentación	746	Plaquetas
345	Fibrinógeno	753	Potasemia
354	Fórmula Leucocitaria	xxx	Proteinuria en la embarazada
357	Fosfatasa Alcalina	833	Sangre Oculta
409	Glóbulos Blancos Recuento	839	Sodio
412	Glucemia	874	TGO
293	Gravindex	873	TGP
1061	HCG Orina	771	Tiempo de Protrombina
466	Hematocrito	904	Uricemia en la embarazada
468	Hemocultivo	902	Uremia

**Laboratorio de Hemoterapia:**

23.01.04			
23.01.25	Aglutininas Anti Rh	23.01.20	Coombs Directa
23.01.03	Grupo Sanguíneo	23.01.21	Coombs Indirecta
23.01.71	Hemoglutinógenos	23.01.13	Rh

**MODULOS DE ATENCION EN GUARDIA EXTERNA**

**43.50.01 INTERNACIÓN BREVE ADULTO / PEDIATRICO (20 UP)**

VALOR: \$ 130,00 (Pesos ciento treinta)

Incluye: Internación en guardia hasta 6 (Hs.). Atención de Enfermería. Control de signos vitales. Control

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**

de glucemia. Administración de medicación por cualquier vía.

Excluye: Honorarios Médicos. Estudios de laboratorio. Medicación. Material descartable. Tiras reactivas

#### 43. 50.02 CURACIÓN DE QUEMADURAS 1º GRADO ADULTO / PEDIATRICO

VALOR: \$ 40,00 (Pesos cuarenta)

Incluye: Atención de Enfermería. Apósitos para quemados. Gasa Furacinada. Solución fisiológica. Rifocina Spray. Jabón. Soluciones antisépticas. Tela adhesiva hipoalergénica. Vendas de gasa. Gasa Iodo formada. Guantes descartables. Material descartable.

#### 43. 50.03 CURACIÓN PLANA ADULTO / PEDIATRICO

VALOR: \$ 16,00 (Pesos dieciséis)

Incluye: Atención de Enfermería. Material descartable inherente a la práctica. Gasas. Vendas de gasa. Tela adhesiva hipoalergénica. Guantes descartables. Baja lenguas. Sol. Iodopovidona 10%.

Excluye: Honorarios Médicos. Medicación

#### 43. 50.04 SUTURA MÍNIMA ADULTO / PEDIATRICO

VALOR: \$ 40,00 (Pesos cuarenta)

Incluye: Atención de Enfermería. Suturas especiales. Xylocaína 2% ampollas. Agua oxigenada. Solución Fisiológica. Solución Iodopovidona 10%. Tela adhesiva hipoalergénica. Vendas de gasa. Material descartable inherente a la práctica.

#### 43. 50.05 EXTRACCION DE PUNTOS DE SUTURA ADULTO / PEDIATRICO

VALOR: \$ 12,00 (Pesos doce)

Incluye: Atención de Enfermería. Material descartable inherente a la práctica.

#### 43. 50.06 TAPONAJE NASAL ADULTO / PEDIATRICO

VALOR: \$ 16,00 (Pesos dieciséis)

Incluye: Atención de Enfermería. Gasa envaselinada. Material descartable inherente a la práctica.

#### 43. 50.07 APLICACIÓN DE MEDICACIÓN EV/ IM

VALOR: \$ 14,00 (Pesos catorce)

Incluye: Atención de Enfermería. Material descartable inherente a la práctica.

#### 43. 50.08 ASPIRACIÓN ADULTO / PEDIATRICO

VALOR: \$ 24,00 (Pesos veinticuatro)

Incluye: Atención de Enfermería. Material descartable inherente a la práctica. Sonda de aspiración adulto/pediátrico.

#### 43 50.09 NEBULIZACIÓN ADULTO / PEDIATRICO

VALOR: \$ 12,00 (Pesos doce)

Incluye: Atención de Enfermería. Material inherente a la práctica. Oxígeno. Solución fisiológica. Soluciones Broncodilatadoras.

##### Normativa:

- **Todos los Códigos excluyen:** Honorarios Médicos. Medicación para Inmunización, Analgesia o Antibióticos para tratamientos agudos o crónicos.

- Los medicamentos serán facturados según valor Manual Farmacéutico o Kairos, vigente al momento de la facturación y de la marca suministrada.

- El Módulo **43. 50.01 Internación Breve del Adulto / Pediátrico**, no admite sumatoria de los Códigos 43.50.06, 43.50.07, 43.50.08, y 43.50.09, ya que se suponen incluidos en el mismo.

#### PRACTICAS NOMENCLADAS

##### 13.01.10 SUTURA DE HERIDA

#### 13.03.01 ATENCION DEL PACIENTE CON QUEMADURAS DE 2º Y 3º GRADO

(Hasta 5% de la superficie corporal)

#### 13.03.02 ATENCION DEL PACIENTE CON QUEMADURAS DE 2º Y 3º GRADO

(De más de 5% y por cada 10%, de la superficie corporal)

#### 13.03.03 ATENCION DEL PACIENTE CON QUEMADURAS DE 2º Y 3º GRADO DE ZONAS FUNCIONALES

#### 2. CONSULTA MÉDICA

##### 42.01.01 CONSULTA MÉDICA

#### 42.03.01 ATENCION MÉDICA EN INTERNACION CLINICA O QUIRURGICA

##### 43.03.03 INTERCONSULTA ESPECIALIZADA EN INTERNACION

CATEGORIA	Antigüedad en la Profesión	Médico sin Especialidad
A	< 10 años	\$ 35.00
B	10 A 20 años	\$ 38.00
C	> 20 años	\$ 42.00

CATEGORIA	Antigüedad en la Profesión	Médico Especialista
A	< 10 años	\$ 43.00
B	10 A 20 años	\$ 49.00
C	> 20 años	\$ 53.00

#### 3. PRÁCTICAS NOMENCLADAS

Unidad Pensión	6.50
Unidad Pensión UTI- NEO	8.45
Galeno Quirúrgico	5.00
Galeno Otras Prácticas	2.05
Otros Gastos	0.85
Gasto Quirúrgico en Internación	6.30
Gasto Quirúrgico Ambulatorio	3.30
Honorario Radiológico	1.82
Gasto Radiológico	2.00
Honorario TAC	1.43
Gasto TAC	1.56
Honorario Bioquímico	0.97
Gasto Bioquímico	5.23

#### 4. LABORATORIO DE ANALISIS BIOQUIMICOS

Código	PRACTICAS BIOQUIMICAS NOMENCLADAS	
1	ACETALDEHIDO ENZIMATICO	
2	ACETONURIA	
3	ACIDIMETRIA DIAGNEZ AZUL	
4	ACIDIMETRIA GASTRICA CURVA	004 x 2
5	ACIDO BASE	005 x 1,28
7	ADDIS.RECUENTO DE	
8	ADENOGRAMA	
9	ADENOSIN MONOFOSFORICO ACIDO	
10	ADENOSIN DIFOSFORICO.ACIDO	
11	ADENOSIN TRIFOSFORICO ACIDO	
12	AGAR ELECTROFORESIS EN	
13	AGLUTININAS ANTI RH SALINO ALBUMINOSO COOMBS	
14	AGLUTININAS ABO MEDIO SALINO ALBUMINOSO	
15	ALANINA BETA ORINA	
16	ALCOHOL DEHIDROGENASA (ADH)	
17	ALCOHOLEMIA	
18	ALDOLASA	
19	ALDOSTERONA PLASMATICA RADIOINMUNOENSAYO	
20	ALFA FETO PROTEINAS RADIOINMUNOENSAYO	
21	ALFA FETO PROTEINAS CROSS ELECTROFORESIS	
22	AMILASA	022 x 1,5
23	AMILASURIA	023 x 1,5
24	AMINOAC.CUALI.O-AZUR BRAND-CAT.-DNPH-MILL.	
25	AMINOACIDEMIA FRACCIONADA POR CROMATOGRAFIA	
26	AMINOACIDOS SOBRECARGA	
27	AMINOCIDURIA FRACCIONADA POR CROMATOGRAFIA	
28	AMNIOTICO LIQUIDO CELULAS NARANJAS	
29	AMNIOTICO LIQ.ESPECTROFOTOM.TEST DE LISLEY	
30	AMNIOTICO LIQ.RELAC.LECITINA/ESFINGOMIELINA	
31	AMONEMIA	
32	AMP CICLICO POR RADIOINMUNOENSAYO	
33	ANGIOTENSINA I O II RADIOINMUNOENSAYO C/U	
34	ANHIDRASA CARBONICA B ERITROCITARIA	
35	ANTIBIOGRAMA	035 x 1,5
36	ANTIBIOGRAMA BACILO DE KOCH 7 ANTIBIOTICOS	
37	ANTIBIOGRAMA BACILO DE KOCH 3 ANTIBIOTICOS	
38	ANTICUAGULANTES QUICK	
39	ANTICUAGULANTES BERGNA PAVLOSKY	
40	ANTICUERPOS ANTIGLOMERULAR INMONOFLUORECEN	

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**



41	ANTICUERPOS ANTIMEMBRANAS BASAL INMUNOFLUORES	
42	ANTICUERPOS ANTIMUSCULO LISO INMUNOFLUORESC	
43	ANTICUERPOS CONTRA CEPA BACTERIANA AISLADA	
44	ANTIC. ANTIFRAC. MICROSOMAL TIROIDES/HEMOAGLUT	
45	ANTIC. ANTIFRAC. MICROSOMAL TIROIDES/INMUNOFL	
46	ANTICUERPOS ANTITIROGLOBINA HEMOAGLUTINAC	
47	ANTICUERPOS ANTITIROGLUBINA INMUNOFLUORESC	
48	ANTIDESOXIRRIBONUCLEICO-LATEX (DNA)	
49	ANTIDESOXIRRIBONUCLEASA ADNASA	
50	ANTIESTAFILOLISINA	
51	ANTIESTREPTOLISINAS O-AELO-ASTO	
52	ANTIESTREPTOQUINASA	
53	ANTIGENO DE HEPATITIS B AUSTRALIA AU1	
54	ANTIHALURONIDASA	
55	ANTIMITOCONDRIALES-ANTICUERPOS-INMUNOFLUORES	
56	ANTINUCLEARES - ANTICUERPOS -INMUNOFLUORESCENC (FAN)	
57	ANTITRIPSINA-INMUNODIFUSION-CUANTITATIVA	
58	ANTITROMBINA-TITULACION	
59	ARSENICO	
60	ASCORBICO ACIDO	
61	AUTOVACUNA	
62	AUTOVACUNA DE MATERIA FECAL	
63	ANTICUERPOS ANTI VIH (METODO DE ELISA)	
64	ANTICUERPOS ANTI VIH (METODO DE AGLUIT	
101	BACILOSCOPIA DIRECTA(*)-ZIEHL NIELSEN(KOCH)	
102	BACILOSCOPIA DIRECTA Y CULTIVO	
103	BACILOSCOPIA POR INMUNOFLUORESCENCIA	
104	BACTERIOLOGIA DIRECTA (GRAM)	
105	CULTIVO C/IDENTIFICACION	105 x 1,3
106	BACTERIOLOGIA DIRECTA -CULTIVO S/IDENTIF.GERM	
107	BARBITURICOS EN ORINA	
108	BENCE-JONES PROTEINAS DE	108 x 10
109	BICARBONATO (RESERVA ALCALINA)	
110	BILIRRUBINEMIA TOTAL -DIRECTA E INDIRECTA	
111	BILIRRUBINURIA	
112	BILIS MICROSCOPIA DE	
113	BROMOFTALEINA PRUEBA DE LA	
114	BROMOFTALEINA DEPURACION K1 Y K2	
131	CADENA LIVIANA KAPPA Y LAMBDA	131 x 1,5
132	CADMIO TOXICO EN ORINA	132 x 1,5
133	CALCEMIA TOTAL	
134	CALCIO IONICO	134 x 1,5
135	CALCIO PRUEBA DE LA SOBRECARGA DE	
136	CALCIURIA	
137	CALCITONINA PLASMATICA POR RADIOINMUNOENSAYO	
138	CALCULO URINARIO-EXAMEN FISICO QUIMICO	138 x 2
139	CARBONICO ANHIDRIDO(PCO2)	
140	CARIOTIPO MAPA CROMOSOMICO	
141	CAROTENO BETA EN SANGRE -HPLC-	141 x 7
142	CASONI INTRADERMORREACCION	
143	CATECOLAMINAS LIBRES FRACCIONADAS	
144	CEA-CARCINOEMBRIOGENICO-P/ RADIOINMUNOENSAYO	
145	CELULAS DE MILANI	
146	CELULAS L.E MEDULA	
147	CELULAS L.E SANGRE	
148	CELULAS NEOPLASTICAS-LIQ-EXUDADOS-TRASUDADOS	
149	CELULAS TITILANTES	
150	CEREBROSIDOS CROMATOLOGRAFIA	
151	CERUPLASMINA	
152	CETOGENOESTEROIDES URINARIOS	
153	CETOGLUTARICO ACIDO -ALFA-	
154	CETONEMIA(CUERPOS CETONICOSO)	
155	CETOESTEROIDES-17 FRACCIONADOS-CROMATOLOGRAFIA	
156	CETOESTEROIDES-17 FRACCION.-11 OXI-11 DESOXI	
157	CETOESTEROIDES -17 NEUTROS URINARIOS TOTALES	
158	CETOESTEROIDES-17 ESTIMULACION CON ACTH	
159	CETOESTEROIDES -17 INHIBICION C/ DEXAMETASONA	

160	CETO-17-INHIB.C/DEXAMET.Y ESTIMUL.C/GONAD.	
161	CETO-17-HIDROXI-ESTIMULACION CON ACTH	
162	CISTINA AMINOPEPTIDASA-CAP-	
163	CITOLOGIA EXPOLIATIVA-INMUNOFLUORESCENCIA	
164	CITOLOGIA VAGINAL HORMONAL . UNA MUESTRA.	
165	CITOLOGIA VAGINAL HORMONAL -CUATRO MUESTRAS	
166	CITOLOGIA VAGINAL HORMONAL UN CICLO	
167	CITRICO ACIDO	167 x 6
168	COLORO PLASMATICO	
169	COAGULACION Y SANGRIA TIEMPO DE	
170	COAGULO RETRACCION DEL	
171	COAGULOGRAMA BASICO	171 x 1,3
172	COBRE EN SANGRE	172 x 2
173	COCAINA	173 x 2,2
174	COLESTEROL TOTAL	
175	COLESTEROL TOTAL LIBRE Y ESTERIFICADO	
176	COLONIAS.RECUENTO DE	
177	COMPATIB.RHOGAM-SANGRE MATERNA-DU Y COOMBS	
178	COMPATIBIL.SANGRE MATRIMONIAL-2 ABO Y 2 RH	
179	COMPLEMENTO ACTIVIDAD TOTAL	
180	COMPLEMENTO FRACCION C10.C3.C4 C/U	
181	CONCENTRACION DE LIQUIDOS BIOLOGICOS	
182	CONCENTRACION PRUEBA DE LA FUNCION RENAL	
183	CONN Y FAJANS PRUEBA DE	
184	COOMBS DIRECTA PRUEBA	
185	COOMBS INDIRECTA CUALITATIVA	
186	COOMBS INDIRECTA CUANTITATIVA	
187	COPROCULTIVO(104-106)	
188	COPROPORFIRINAS	188 x 3
189	CORTISOL PLASMATICO RADIOINMUNOENSAYO(LIBRE)	
190	CREATINQUINASA (CPK)	190 x 1,2
191	CREATINA ORINA O SANGRE	
192	CREATININA ORINA O SANGRE	
193	CREATININA CLEARANCE O DEPURACION	
194	CRIAGLUTININA	194 x 2,5
195	CRIOGLOBULINAS	195 x 3
196	CROMATINA SEXUAL	
197	CURVAS COLOIDALES , CADA UNA.	
241	CHAGAS AGLUTINACION DIRECTA	
242	CHAGAS FIJACION DE COMPLEM.(MACHADO GUERREIRO)	
243	CHAGAS INMUNOFLUORESCENCIA	
244	CHAGAS REACCION DE LATEX	
245	CHEDIAK REACCION DE	
261	DAVIDSON DIFERENCIAL PRUEBA DEL	
262	DESHIDROEPIANDROSTERONA EN ORINA	
263	DERMATOFITOS INTRADERMOREACCION	
264	DE TAKETS RESISTENCIA A LA HEPARINA IN VIVO	
265	DICK INTRADERMORREACCION ESTREPTOCOCOS	
266	DILUCION PRUEBA DE LA FUNCION RENAL	
267	DIGITOXINA POR RADIOINMUNOENSAYO	
268	DIGOXINA RADIOINMUNOENSAYO	
269	DISACARIDASAS	
270	DONATH-LASDSTEINER CUANTITATIVA PRUEBA DE	
271	DREPANOCITOS ANAEROBIOSIS	
272	DOMICILIO EXTRACCION A	272 x 6,2
273	DOMICILIO FUERA DE RADIO URBANO P-KM RECORRIDO	
291	ELECTROFORESIS POLIACRILAMIDA CUALITATIVA	
292	ELECTROFORESIS POLIACRILAMIDA CUANTITATIVA	
293	EMBARAZO REACCION DE -GRAVINDEX-ORTHOTEST	
294	EOSINOFILOS CON INYECCION DE ACTH	
295	EOSINOFILOS RECUENTO DE	
296	ERITROBLASTOS PORCENTAJE DE	
297	ERITROSEDIMENTACION. (X)ERITRO VSG	297 x 1,5
298	ESPERMOGRAMA	298 x 1,1
299	ESTRINCINA, EN LIQUIDOS BIOLOGICOS	
300	ESTRADIOL PLASMATICO POR RADIOINMUNOENSAYO	
301	ESTRIOL URINARIO	

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**



302	ESTRIOL PLASMATICO POR RADIOINMUNOENSAYO	
303	ESTROGENOS FRACC. ESTRONA-ESTRIOL-ESTRADIOL	
304	ESTROGENOS TOTALES POR RADIOINMUNOENSAYO	
305	ESTRONA PLASMATICA POR RADIOINMUNOENSAYO	
306	ETANOL TEST TOTAL DE	
307	ETANOL TOXICO EN SANGRE	
308	EUGLOBINAS TEST DE	308 x 2
309	EXUDADO NASOFARINGEO INVESTIG. DE LOEFLER.	
331	FACTOR DE COAGULACION V	
332	FACTOR DE COAGULACION VII	
333	FACTOR DE COAGULACION VIII	
334	FACTOR DE COAGULACION IX	
335	FACTOR DE COAGULACION X	
336	FACTOR DE MIGRACION LINFOCITARIA -MIF-	
337	FENIL -ALANINA	
338	FENIL -CETONURIA	
339	FENILPIRUVICO ACIDO CUALITATIVO EN ORINA	
340	FENILPIRUVICO ACIDO CUANTITATIVO EN ORINA	
341	FENIL SULFONFETALEINA PRUEBA -FUNCION RENAL	
342	FENOTIAZINAS	
343	FERREMIA. (X)	
344	FIBRINA PRODUCTO DE DEGRADACION -PDF-	344 x 2
345	FIBRINOGENO EN SANGRE	345 x 3
346	FIBRINOGENEMIA HIPO LATEX CUANTITATIVO	
347	FIBRINOLISINA-BIGGES MC FARLANE O SIMILAR	
348	FIJACION DE COMPLEMENTO PARA BRUCELAS	
349	FISICO QUIMICO EXAMEN ASP.CE-PROT-RIVALTA	
350	FLUOREMIA	350 x 2,5
351	FLUORURIA	351 x 2,5
352	FOLICO ACIDO MICROBIOLOGICO	352 x 2,3
353	FONDO OSCURO	353 x 3
354	FORMULA LEUCOCITARIA	
355	FOSFATASA ACIDA PROSTATICA	
356	FOSFOTASA ACIDA TOTAL	
357	FOSFOTASA ALCALINA	
358	FOSFOTASA ALCALINA CITOQUIMICA-GOMORI	
359	FOSFOTASA ALCALINA CITOQUIMICA-KAPLOW	
360	FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE	
361	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	
362	FOSFATEMIA	
363	FOSFATURIA	
364	FOSFOHEXONA-ISOMERASA	
365	FOSFOLIPIDOS	
366	FOSFORO CLEARANCE DEPURACION DE	
367	FOSFORO REABSORCION TUBULAR DE	
368	FRAGMENTO FAB-FC	
369	FREI INTRADERMORREACCION DE	
370	FSH FOR RADIOINMUNOENSAYO	
371	FTA.ABS INMUNOFLORESCENCIA	
372	FTA.200 INMUNOFLORESCENCIA	
373	FUNCIONAL, EXAMEN MATERIA FECAL	
401	GALACTOSA PRUEBA DE LA	
402	GALACTOSEMIA	
403	GALACTOSURIA	
404	GASES EN SANGRE P02(716)Y PCO2(139)	
405	GASTRINA PLASMATICA RADIOINMUNOENSAYO	
406	GASTROIONOGRAMA INCLUYE EXTRACCION	
407	GLICEROL EN SANGRE	
408	GLOBULINA GAMMA EN SUERO	
409	GLOBULOS BLANCOS RECUENTO DE	
410	GLOBULOS ROJOS RECUENTO DE	
411	GLUCAGON TEST DEL	
412	GLUCEMIA	
413	GLUCEMIA CURVA DE	413 x 1.065
414	GLUCIDO-ORINA CROMATOGRAFICA BIDIMENSIONAL	
415	GLUCOGENO CITOQUIMICO	
416	GLUCOPROTEINOGRAMA	

417	GLUCOSA 6-FOSFATODEHIDROGENASA EN GLOBULOS	
418	GLUCOSA 6-FOSFATODEHIDROGENASA EN SUERO	
419	GLUTAMATO DEHIDROGENASA	
420	GLUTAMIL TRANSPERTIDASA GAMMA ( GT)	
421	GLUCURONIDASA BETA	
422	GLUTATION REDUCTASA	
423	GONADOTROFINAS CORIONICAS -INMUNOLOGICO CUALI	
424	GONADOTROFINAS CORIONICAS-INMUNOLOGICO CUANTI	
425	GONADOTROFINAS CORIONICAS-MET.BIOL.CUANTIT	
426	GONADOTROFINA HIPOFISARIAS 1 Y 2 NIVELES	
427	GONADOTROFINAS HIPOFISARIAS C/NIVEL ADIC.	
428	GONOCOCOS POR INMUNOFLORESCENCIA	
429	GOTA GRUESA	
430	GRAHAM TEST DE(HISOPADO ANAL-ESCOBILLADOANAL)	
431	GRASA MATERIA FECAL CUALITATIVO	
432	GRASA MATERIA FECAL CUANTI-VAN DE KAMER-	
433	GRUPO SANGUINEO	
461	HAMBURGER	
462	HANGER REACCION DE	
463	HAPTOGLOBINA-INMUNODIFUSION CUANTITATIVA	
464	HEINS CUERPOS DE	464 x 3
465	HEMATIES RESISTENCIA GLOBULAR OSMOTICA	465 x 2
466	HEMATOCRITO	
467	HEMOAGLUTINOGENOS A2 -DU-ETC-CADA DETERM.	
468	HEMOCULTIVO -AEROBIOS Y ANAEROBIOS	
469	HEMOFILIA CLASIFICACION	
470	HEMOGLOBINA DOSAJE DE	
471	HEMOGLOBINA ELECTROFORESIS DE	471 x 2
472	HEMOGLOBINA EN PLASMA	471 x 2
473	HEMOGLOBINA, SOLUBILIDAD	
474	HEMOGLOBINA ALCALI RESISTENTE	474 x 2
475	HEMOGRAMA (466-410-409-470-354-)	475 x 1,4
476	HEMOLISINAS EN CALIENTE TITULACION	
477	HEMOLISINAS E/FRIO S/ANTIC.DONATH-LANDTEINER	
478	HEMOPEXINA INMUNODIFUSION CUANTITATIVA	
479	HEMOSIDERINA INVESTIGACION CITOQUIMICA	
480	HEPARINA RESISTENTE A LA IN VITRO	
481	HEPATOGRA(110-174-873-874-357-771-762)	481 x 1,04
482	HIDATIDOSIS INTRADERMORREACCION	
483	HIDATIDOSIS HEMOGLUTINACION	
484	HIDATIDOSIS TEST DE LATEX	
485	HIDRATOS DE CARBONO CROMAT.BIDIMEN.	
486	HIDROCORTICOIDES EN ORINA	
487	HIDROXINDOLACETICO ACIDO	487 x 3,5
488	HIDROXIPROLINURIA	
489	HIPERHEPARINEMIA	
490	HISTOPLASMINA	
491	HOFFMAN REACCION DE-CUALITATIVA	
492	HOMOGENTISICO ACIDO-ORINA	492 x 4,7
493	HUBBNER. TEST DE	
494	HUDDLESSON, REACCION DE (X)	494 x 1,8
531	IDENTIFICACION DE MYCOBACTERIUM	
532	IDENTIFICACION SEROLOGICA DE GERMENES	
533	IMAZ-LORENTZ-GHEDINI-REACCION DE	
534	INDOXILEMIA	
535	INMUNOELECTROFORESIS	535 x 2
536	INMUNOELECTROFORESIS DE LIC. BIOL.	536 x 1,8
537	INMUNOGLOBULINA A-IGA-CADENA-ALFA-CUANTI-	
538	INMUNOGLOBULINA D-IGD	
539	INMUNOGLOBULINA E-IGE CUANTIFICACION POR RIA	
540	INMUNOGLOBULINA G-IGG CADENA GAMMA-CUANTI	
541	INMUNOGLOBULINA M-IGM-CADENA-NU- CUANTI-	
542	INSULINA CLEARANCE	
543	INSULINA P/RADIOINMUNOENSAYO C/DETERMINACION	
544	iodo BUTANOL EXTRAIBLE	
545	iodo PROTEICO (P.B.I.)	
546	IONOGRAMA PLAS.(839-168-466-753-109)	546 x 1,3

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**

547	IONOGRAMA URINARIO	547 x 1,3
548	ISOCITRICO DEHIDROGENASA	
571	KAHN CUANTITATIVA	
572	KAHN PRESUNTIVA Y STANDARD	
573	KLINE DIAGNOSTICO O EXCLUSION	
574	KUNKEL REACCION DE (ZINC,REACCION AL)	
591	LACTAMINICO ACIDO	
592	LACTICO ACIDO ENZIMATICO	592 x 6,8
593	LACTICO ACIDO EN MATERIA FECAL	593 x 1,5
594	LACTICO DESHIDROGENASA	
595	LACTICO DEHIDROGENASA ISOENZIMAS LH1 Y LH5	
596	LACT.DEHIDROGENASA ISOENZIMAS P/ELECTROFOR	
597	LACTOGENO PLACENTERO HORMONA POR RIA	
598	LATEX ARTITIS REUMATOIDEA-ARTRITEST	
599	LATEX. L.E.	
600	LATEX LEPTOSPIRAS	
601	LATEX TIROGLOBULINA	
602	LATEX TRICHINOSIS	
603	LAZO PRUEBA DEL	
604	LECHE MATERNA EXAMEN DE	
605	LEISHMANIASIS INTRADERMORREACCION	
606	LEUCINAMINOPEPTIDASA(LAP)	606 x 2
607	LEUCOAGLUTINACION INHIBICION DE	
608	LEUCOAGLUTININAS METODO DIRECTO	
609	LEUCOPRECIPITINAS	
610	LEVULINICO DELTA AMINO ACIDO	610 x 4,5
611	LEVULINICO DELTA AMINO DEHIDRATASA	611 x 2
612	LH POR RADIOINMUNOENSAYO	
613	LIPASA EN SANGRE -	613 x 1,3
614	LIPEMIA O LIPIDOS TOTALES EN SANDGRE	
615	LIPIDOGRAMA ELECTROFORETICO	615 x 1,5
616	LIPIDOS CROMOTOGRAFIA EN CAPA DELGADA	
617	LIPOPROTEINA BETA	
618	LIPOPROTEINLIPASA	
619	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO FIS. QUIM. CITOL. BACT-	619 x 1,5
620	LIQUIDO DE PUNCION FIS.QUIM.CITOL Y BACT.	
621	LISINA-VASOPRESINA TEST	
622	LISTERIA POR INMUNOFLORESCENCIA	622 x 2,2
623	LITIO PLASMATICO	623 x 1,5
651	MAC LAGAN REACCION DE	
652	MACROGLUBULINA ALFA2 INMUNODIF.CUANTIT.	652 x 2
653	MAGNESIO EN SANGRE	
654	MAGNESIO EN ORINA	
655	MALICO DEHIDROGENASA	
656	MANTOUX INTRAD.TUBERC. -PPD -	656 x 4
657	MEDULOGRAMA	657 x 3
658	MELANINA EN ORINA	658 x 3,4
659	MELITINA INTRADERMORREACCION	
660	MERCURIO TOXICO EN ORINA	660 x 1,8
661	METABOLISMO BASAL	
662	METANEFRIAS	662 x 2,2
663	METANOL EN ORINA	663 x 3,8
664	MICOLOGIA DIRECTO O COLORACION-	664 x 2
665	MICOLOGIA CULTIVO E IDENTIFICACION-	665 x 2,5
666	MICOPLASMA (PPL0)INVESTIGACION DE	
667	MOCO CERVICAL CRISTALIZACION DE	
668	MOCO NASAL PH Y CITOLOGICO	
669	MONONUCLEOSIS TEST DE LATEX O MONOTEST	
670	MONONUCLEOSIS HEMOAGLUTINACION -PAUL-BUNNELL	
671	MONONUCLEOSIS HEMOLITICO-PETERSON-	
672	MONOXIDO DE CARBONO	672 x 2,6
673	MORFINA O DERIVADOS EN LIQUIDOS BIOLOGICOS	
674	MUCOPOLISACARIDOS-CROMATOGRAFIA	674 x 1,3
675	MUCOPROTEINAS	
676	MUCOSEMEN CRUZADO	
677	MATERIAL DESCARTABLE PARA LA EXTRACCION DE SANGRE	
701	NEFA-ACIDOS GRASOS NO ESTERIFICADOS-	701 x 3,3

702	NUCLEOTIDASA 5'	
711	ORINA COMPLETA	711 x 1,5
712	ORNITIL CABAMIL.TRANSFERASA	
713	OROSOMUCOIDE INMUNODIFUSION CUANTITATIVA	
714	OSMOLAL CLEARENCE	
715	OSMOLARIDAD SUERO	
716	OXIGENO SANGRE (PO2) -	716 x 1,2
733	PANCREATICO LIQUIDO FISICO QUIMICO CON EXTRACT	
734	PAPANICOLAU ENDO Y EXOCERVICAL	
735	PARASITOLOGICO DE MATERIA FECAL 2 MUESTRAS	
736	PARASITOLOGICO DE MATERIA FECAL SERIADO	
737	PARASITOS HEMATICOS	737 x 5
738	PARASITOS SUPERIORES MATERIA FECAL	738 x 7
739	PARATHORMONA PLASMATICA P/RADIOINMUNOENSAYO	
740	PEROXIDASAS	740 x 6
741	P.H.	
742	PH EN SANGRE TITULACION POTENCIOMETRICA	
743	PIRUVATO-QUINASA	
744	PIRUVICO ACIDO ENZIMATICO	744 x 3
745	PLAQUETARIOS FACTORES	
746	PLAQUETAS RECUENT.DE(*) (RTO DE TROMBOCITOS)	746 x 1,5
747	PLASMA RECALCIFICADO TIEMPO DE	
748	PLAMINOGENO INMUNODIFUCION CUANTITATIVA	748 x 5,5
749	PLOMO EN ORINA	749 x 2,5
750	POLLIK PRUEBA DE	
751	PORFIRINAS EN ORINA	751 x 3
752	PORFIBILINOGENO EN ORINA CUALITATIVA	752 x 2
753	POTASEMIA	
754	POTASURIA	
755	PREGNANODIOL	
756	PREGNANOTRIOL	
757	PRO-INSULINA PLASMATICA P/ RADIOINMUNOENSAYO	
758	PROGESTERONA PLASMATICA P/ RADIOINMUNOENSAYO	
759	PROLACTINA PLASMATICAS P/ RADIOINMUNOENSAYO	
760	PROTEICO CLEARENCE	
761	PROTEINAS C REACTIVA(*) -PCR	
762	PROTEINAS FRACCIONADAS ALBUMINAS GLOBULINAS(*)	
763	PROTEINAS TOTALES(*)	
764	PROTEINOGRAMA EN ACETATO DE CELULOSA-	764 x 1,2
765	PROTEINOGRAMA EN GEL DE ALMIDON	
766	PROTEINOGRAMA LIQ.BIOLOGIC.NOINCL.CONC.	766 x 1,3
767	PROTEINURIA-ALBUMINURIA	
768	PROTOPORFIRINAS	768 x 3,2
769	PROTOMBINA CONSUMO DE	
770	PROTOMBINA -OWREN O DUCKERT-	
771	PROTOMBINA TIEMPO DE	771 x 1,25
772	PSEUDOCOLINESTERASA	
801	QUIMIOTRIPSINA	801 x 7,5
811	REITER TEST DE	
812	RENINA -ANGIOTENSINA PLASMATICA POR RIA	
813	RH	
814	RH FACTOR C GRANDE	
815	RH FACTOR C CHICA	
816	RH FACTOR E GRANDE	
817	RH FACTOR E CHICA	
818	RETICULOSITOS RECUENTO DE	818 x 2
819	ROJO CONGO PRUEBA DE -ORINA SANGRE-	
820	ROSSE RAGAN PRUEBA DE	
831	SALICILATOS	831 x 2
832	SALMONELLA ANTICUERPO INMUNOFLUORESCENCIA	
833	SANGRE OCULTA MATERIA FECAL	
834	SECRETINA TEST DE LA	
835	SEROTONINA PLASMATICA POR RADIOINMUNOENSAYO	
836	SIA TEST DE	
837	SIDEROFILINA CAPACIDAD DE SATURACION	
838	SIMS-HUBBNER TEST DE	
839	SODIO SANGRE U ORINA CADA DETERMINACION	

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**



840	SOMATOTROFINA POR RIA	
841	SOMATOTROFINA PLASMATICA POR RADIOINMUNOENSAYO	
842	SONDEO DUODENAL MINUTADO	
843	SONDEO DUODENAL TERAPEUTICO	
844	SONDEO GASTRICO LAVADO	
845	SORBITOL DEHIDROGENASA	
846	SUBTIPO A2 DETERMINACION	
847	SUDOR TEST DE ELECTROLITOS	847 x 6
848	SULFAS EN SANGRE	
861	TAKATA-ARA REACCION DE	
862	TALIO EN ORINA	862 x 2,8
863	TESTOSTERONA PLASMATICA O URINARIA POR RIA	
864	THORN PRUEBA DE	
865	TIROTRIFINA PLASMATICA POR RADIOINMUNOENSAYO-TSH	
866	TIROXINA TOTAL T-4 POR RADIOINMUNOENSAYO	
867	TIROXINA EFECTIVA-ETR-POR RADIOINMUNOENSAYO	
868	TOLBUTAMINA PRUEBA DE	
869	TOXOPLASMOSIS FIJACION DE COMPLEMENTO	
870	TOXOPLASMOSIS HEMOGLUTINACION	
871	TOXOPLASMOSIS INMUNOFL. GAMMA ESPECIFICA	
872	TOXOPLASMOSIS. REACCION DE SAVIN-FELDMAN	
873	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA- GOT	
874	TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA(*) –GPT	
875	TRANSFERRINA INMUNODIFUSION CUANTITATIVA	
876	TRIGLICERIDOS	876 x 1,15
877	TRIODOTIRONINA (T3) UPTAKE POR RIA	
878	TRIODOTIRONINA TOTAL TT3 POR RIA	
879	TROMBINA PRUEBA DE LA GENERACION DE	
880	TROMBINA TIEMPO DE	
881	TROMBOAGLUTINACION INHIBICION DE	
882	TROMBOELASTOGRAMA	
883	TROMBOPLASTINA GENERAC.DE BIGGS Y DOUGLAS	
884	TROMBOPLASTINA GENER DE SUSTITUYENDO C/REAC.	
885	TROMBOPLASTINA GENER DE LA-HICKS- PITNEY	
886	TROMBO-TEST DE OWREN	
887	TIPO TIEMPO DE TROMBOPLASTINA KPTT-	887 x 1,3
901	UREA CLEARANCE	
902	UREMIA (AZOEMIA)	
903	URETRAL EXUDADO O FLUJO	903 x 1,6
904	URICEMIA	904 x 1,15
905	URICO ACIDO EN ORINA	
906	UROBILINA CUANTITATIVA EN ORINA	
907	UROCILOGRAMA UNA MUESTRA	907 x 1,3
908	UROCILOGRAMA 4 MUESTRAS	908 x 1,5
909	UROCILOGRAMA UN CICLO	
910	UROPEPSINOGENO	
931	VAGINAL EXUDADO O FLUJO	931 x 1,2
932	VAINILLIN MANDELICO ACIDO EN ORINA	932 x 2
933	V.D.R.L. CUALITATIVA	
934	V.D.R.L. CUANTITATIVA	
935	VARIANTE BACTERIANA	
936	VERONAL PRUEBA DE	
937	VITAMINA A	937 x 10,5
938	VITAMINA B12	
939	VITAMINA E	
940	VOLEMIA RADIOQUIMICO	
951	WASSERMAN REACCION DE	
952	WERNEER PRUEBA DE	
953	WIDAL REACCION DE	
954	WINGLAN PRUEBA DE	
971	XILOSA-D PRUEBA DE LA	
981	ZINC ERITROCITARIO	981 x 3,3
982	ZINC SERICO	982 x 3,3
998	RECEPCION Y TOMA DE MUESTRA	
999	URGENCIA, RECARGO POR CADA DETERMINACION CON	

Código	PRACTICAS BIOQUIMICAS NO NOMENCLADAS	
--------	--------------------------------------	--

1000	AC. VALPROICO	267 x 1
1001	ACTPO	872 x 1,5
1002	ANDROSTENODIONA ELISA-RIA	872 x 1,5
1003	ANTIMENBRANA CITOPLASMATICA AC	040 x 1
1004	ARCO 5 HIDATIDOSIS	131 x 2
1005	BRUCELOSIS-AC IFI	371 x 2
1006	BRUCELOSIS FC	348 x 3,2
1007	CARBAMAZEPINA	267 x 1
1008	CARIOTIPO CON BANDEO	539 x 4
1009	CHAGAS HEMOGLUTINACION	870 x 1
1010	CITOMEGALOVIRUS AC IGG IFI-ELISA	144 x 1
1011	CITOMEGALOVIRUS AC IGM IFI-ELISA	144 x 1
1012	CLAMIDIAS TRACOMATIS AC IGM IFI	144 x 1
1013	CLAMIDIAS TRACOMATIS AC IGM FC	144 x 1
1014	CLAMIDIAS TRACOMATIS AC IGG FC	144 x 1
1015	CLAMIDIAS TRACOMATIS AC IGG IFI	144 x 1
1016	COLESTEROL LDL	617 x 1,1
1017	COLESTEROL HDL	617 x 1,1
1018	CORTISOL LIBRE URINARIO	189 x 1
1019	CPK-MB	190 x 3
1020	DIFENIL HIDANTOINA	267 x 1
1021	EPSTEIN-BARR AC FC	336 x 2
1022	EPSTEIN BARR AC IFI	144 x 2
1023	EPSTEIN BARR AG FC	336 x 2
1024	EPSTEIN BARR AG IFI	144 x 2
1025	ETOSUXIMIDA HPLC	267 x 1
1026	FENOBARBITAL	267 x 1
1027	FERRITINA	872 x 1,5
1028	FRUCTOSAMINA	150 x 1,08
1029	GONADOTROFINA CORIONICA EN SANGRE	293 x 2,2
1030	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	150 x 1,1
1031	HEPATITIS A-AC IGG (HAV-IGG)	872 x 1,8
1032	HEPATITIS A-AC IGM (HAV-IGM)	872 x 1,8
1033	HEPATITIS B-ANTI HBC	539 x 1,4
1034	HEPATITIS B-ANTI-HBE	539 x 1,4
1035	HEPATITIS B-ANTI HBS	539 x 1,4
1036	HEPATITIS B-ANTIGENO E.	539 x 1,4
1037	HEPATITIS B-HBS AG-ELISA	539 x 1
1038	HEPATITIS C-ELISA (HVC)	539 x 1,15
1039	HEPATITIS C-AGLUTINACION DE PARTICULAS	064 x 1
1040	HEPATITIS DELTA AC	144 x 2
1041	HERPES SIMPLE TIPO 1-AC IGA FC	872 x 2
1042	HERPES SIMPLE TIPO 1-AC IGG FC	872 x 2
1043	HERPES SIMPLE TIPO 1 AC IGM FC	872 x 2
1044	HERPES SIMPLE TIPO 2-AC IGA IFI	872 x 2,4
1045	HERPES SIMPLE TIPO 2-AC IGG IFI	872 x 2,4
1046	HERPES SIMPLE TIPO 2-AC IGM IFI	872 x 2,4
1047	INMUNOGLOBULINA A SECRETORA CUANTITATIVA	537 + 181
1048	INMUNOGLOBULINA E RAST	539 x 1
1049	MICROALBUMINURIA	542 x 2
1050	MYCOPLASMA NEUMONIAE AC FC	336 x 2
1051	PAROTIDITIS AG	336 x 2
1052	PAROTIDITIS AC	336 x 2
1053	PEPTIDO C	872 x 2,1
1054	PRIMIDONA	267 x 1
1055	PROGESTERONA-17 ALFA HIDROXI	758 x 1
1056	RUBEOLA AC IGM ELISA	144 x 1
1057	RUBEOLA AC IGG ELISA	872 x 2
1058	RUBEOLA AC FC	872 x 2
1059	SARAMPION AC FC	872 x 2
1060	SARAMPION AC IFI	872 x 1,5
1061	SUB-UNIDAD BETA GONADOT.CORIONICA ORINA	293 x 2,21
1062	SULFATO DE DESOXIEPIANDROSTERONA	262 x 1
1063	TEOFILINA O AMINOFILINA	267 x 1
1065	TIROGLOBULINA ELISA	144 x 1
1066	OXCARBAZEPINA	268 x 1,6
1067	SCREENING DE GALACTOSEMIA	402 x 1

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**

1068	SCREENING PARA FIBROSIS QUISTICA	402 x 1
1069	SCREENING P/HIPERPLASIA SUPRARE.CONGEN.	402 x 1
1070	GENOTIPIFICACION VIRAL P/HVC RES 2095-01	144 x 6,65
1071	EST.METABOL.E/LITIASIS REN. RES 2326/01	144 x 2,33
1100	ERITROPOYETINA	144 x 2
1101	FK 506 INMUNOSUPRESOR	144 x 1,15
1102	FOSFATASA ALCALINA OSEA	144 x 1
1103	GLAE	144 x 1
1104	GLUCOSURIA	412 x 1
1105	HELICOBATER PYLORI AC.IG.G.	144 x 1
1106	HELICOBATER PYLORI AC. IG.M	144 x 1
1107	HEMOGLOBINA A2 CUANTITATIVA	471 x 4,5
1108	HTLVI Y II ANTICUERPOS	144 x 1
1109	HBV CARGA VIRAL POR PCR	144 x 7,5
1110	HBV DNA CUALITATIVO POR PCR	144 x 4,7
1111	HCV CARGA VIRAL POR PCR	144 x 8,5
1112	HCV RNA CUALITATIVO POR PCR	144 x 5,5
1113	INHIBIDOR LUPICO	144 x 1,5
1114	LAMOTRIGINA	144 x 0,8
1115	OXALATURIA	150 x 1
1116	PLOMO EN SANGRE	749 x 2,5
1117	PROTEINA S DE COAGULACION	144 x 1,32
1118	PROTEINA C DE COAGULACION	144 x 1,32
1119	PSA LIBRE	144 x 1,3
1120	PTH MOLECULA MEDIA	144 x 1
1121	SARAMPION AC.IG.M	539 x 2
1122	STREPTOZIME-STREPTST	051 x 2
1123	SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS C/U	144 x 1
1124	TIROGLOBULINA ULTRASENSIBLE AC.	865 x 2
1125	TIROTROFINA TSH. ULTRASENSIBLE	543 x 2
1126	TOXOPLASMOSIS AC.IG.G.	872 x 1
1127	TOXOPLASMOSIS AC. IG.M	872 x 1
1128	TRIPLETST SCREENING PRENATAL	020 x 3
1129	VLDL	617 x 1
1172	ANTICUERPOS ANTI-ANCA P Y C	144 x 1
1173	ANTICUERPOS ANTI CENTROMERO	056 x 2,7
1174	ANTICUERPOS ANTI GANGLIOSIDOS GM1	144 x 5
1175	ANTICUERPOS ANTI INSULINA	543 x 2
1176	ANTICUERPOS ANTI JO1-	144 x 1,25
1177	ANTICUERPOS ANTI MITOCONDRIAL M2	144 x 1,25
1178	ANTICUERPOS ANTI OVARIO	144 x 3
1179	ANTICUERPOS ANTI PCNA	144 x 1,5
1180	ANTICUERPOS ANTI RNP	144 x 1,5
1181	ANTICUERPOS ANTI SSA RO	144 x 1,25
1182	ANTICUERPOS ANTI SSB LA	144 x 1,25
1183	ANTICUERPOS ANTI SCL70	144 x 1,25
1184	ANTICUERPOS ANTI SM	144 x 1,25
1186	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA	144 x 1
1187	ANTIGENO P24 HIV ELISA	144 x 1,5
1188	ANTIGENO CMV PP 65	144 x 2
1189	ANTIGENO VON WILLEBRAND	144 x 2
1190	BETA 2 MICROGLOBULINA SANGRE	863 x 1
1191	BETA 2 MICROGLUBULINA ORINA	863 x 1
1192	CA 72.4 GASTRICO	144 x 1,5
1193	CATECOLAMINAS SANGRE NE	143 x 1,5
1194	CATECOLAMINAS SANGRE E	143 x 1,5
1195	CATECOLAMINAS SANGRE DA	143 x 1,5
1196	COFACTOR DE RISTOCETINA	144 x 1,65
1197	CYFRA 21 BRONCOPULMONAR	144 x 2,6
1198	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS	144 x 5
1199	DEOXIPIRIDINOLINAS	144 x 1
1200	VITAMINA D 25 HIDROXI	144 x 2
1201	FACTOR V	331 x 6,8
1202	FACTOR VII	332 x 7,5
1203	FACTOR VIII	332 x 7,5
1204	FACTOR IX	332 x 7,5
1205	FACTOR X	331 x 6,8

1206	CATECOLAMINAS PLASMÁTICAS O URINARIAS	144
2000	AC HIV-1 INMUNOBLOTTING	144 x 6
2001	ACRA	144 x 4
2002	ADENOVIRUS AC	336 x 2
2003	HLA B27	863 x 3,5
2004	ANTI LKM	056 x 2
2005	ANTI RNA AC	144 x 1
2006	ANTI-VCA IGG	144 x 1
2007	ANTI-VCA IGM	144 x 1
2008	ANTICARDIOLIPINAS AC. ANTI IGA.	872 x 2
2009	ANTIMIOCARDIO AC	040 x 1,7
2010	ANTIMUSCULO ESTRIADO	040 x 1,7
2011	ANTIRETICULINA AC	040 x 1,2
2012	CA 19.9 COLONICO	144 x 1
2013	CICLOSPORINA A	863 x 2,1
2014	ECHO COXSACKIE	336 x 2,4
2015	F.A.G. AG	863 x 1
2016	HDV-AC IGG	144 x 3
2017	HEPATITIS DNA VIRAL	144 x 4,8
2018	HHV-6 AC IGG	144 x 2
2019	HHV-6 AC IGM	144 x 2
2020	HIDATIDOSIS AC	872 x 2
2021	HSV-2 IGA	872 x 2
2022	HSV-2 IGG	872 x 2
2023	HSV-2 IGM	144 x 1
2024	HSV-1 IGG	872 x 2
2025	HSV-1 IGM	144 x 1
2026	HSV-1 IGA	872 x 2
2027	INFLUENZA A AC	336 x 2,4
2028	INFLUENZA B AC	336 x 2,4
2029	LINFOCITOS CD3	144 x 1
2030	LINFOCITOS CD4	144 x 1
2031	LINFOCITOS CD8	144 x 1
2032	MA-CA 15.3	144 x 1
2033	MYCOPLASMA HOMINIS UREOPLASMA-UREA	144 x 2
2034	MYCOPLASMA HOMINIS UREOPLASMA-UREAL	144 x 2
2035	OSTEOCALCINA	144 x 1,2
2036	OV-CA125	144 x 1,5
2037	PSA	144 x 1,3
2038	RECEPTORES HORMONALES MA/ESTR/PROG	144 x 3,1
2039	ROTAVIRUS AG EN MATERIA FECAL	336 x 2,5
2040	SOMATOMEDINA C	840 x 4
2041	GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA-SU-CUANTIT.	144 x 1
2042	TRAB O TBII ANT. C/RECEP DE TSH	144 x 1,3
2043	T.PROTROMBINA C/CORRECCION	771 x 2,5
2057	KPTT C/CORRECCION	887 x 2,6
2128	ACIDO FENIL ACETICO (AFA)	267 x 1
2205	ACIDO HOMOVANILICO-HVA	190 x 3
2222	ACIDO INDOLACETICO, 5 HIDROXI-3-METIL	140 x 1
2427	ADENOVIRUS, AC.ANTI IGG O TOTALES	267 x 1
2444	ADENOVIRUS, AG	190 x 3
2452	ANTIADRENAL AC.	872 x 3,6
2495	ALFA 1 ANTITRIPSINA, CLEARENCE	336 x 2
2521	ALFA 2 ANTIPLASMINA	144 x 2
2589	ALUMINIO, SERICO	140 x 1
2666	ANDROSTENEDIOL GLUCURÓNIDO	739 x 1,2
2803	ANTITROMBINA III FUNCIONAL	267 x 1
2811	APOLIPOPROTEINA A Ó B (APO A Ó APO B) C/U	872
2846	ASPERGILLIUS, AC ANTI	267 x 1
2922	BENCENO	157 x 2,8
3000	C/P (AG CARCINOCOLONICO)	144 x 2
3001	C19-9	144 x 1
3002	CEA	144 x 1
3003	MA	144 x 1
3004	OV	144 x 1,5
3005	PSA	144 x 1,3
3006	DETERMINACION CARGA VIRAL	144 x 5,7

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**



3100	HLA DR-DQ.RECEP/DONANTES TRANRENAL-MEDUL	144 x 8
3101	CROSS-MATH CONTRA DONAN.VIVO	144 x 3
3102	CROSS-MATCH/PANEL LINFOCITOS RECEPTOR	144 x 3
3103	HLA (EST.COMP.DE HISTOCOMPAT.P/TRANS.)	21,02,01
3104	HLA ABC-AB	144 x 9
3105	HLA C	144 x 5,5
3222	BUFOTENINA, OTRO-METIL	872 x 2,4
3230	C1Q. INHIBIDOR INMUNOLÓGICO	144 x 1,5
3418	CARIOTIPO CON BANDEO DE ALTA RESOLUCIÓN	144 x 4
3500	FEI-Y/O TSH-FA -S/RES 1886/03	012 x 2
3555	CELULAS PARIETALES, AC.ANTI	432 x 2,3
3572	CHAGAS IG M IFI872	872
3580	CHAGAS,AC TOTALES ELISA	242 x 4
3589	CHLAMYDIA PNEUMONIAE,AC. ANTI IGM-IGG	267 x 1
3640	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, AG	190 x3
3683	CISTINA, EN ORINA	150 x 1,08
3692	CITOGENETICO, MEDULA OSEA	144 x 5,5
3700	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	971
3701	ALFA TALASEMIA, POR BIOLOGÍA MOLECULAR	144 x6
3702	ANTIFOSFOLÍPIDOS AC. IG G Ó IG M	144 x 1,15
3703	ANTIPROTROMBINA AC.	144 x 3
3704	CITOMETRÍA DE FLUJO MÉDULA ÓSEA O SANGRE	144 x 9,9
3705	CLOBAZAN	144 x 0,8
3706	CLONAZEPAN	144 x 0,8
3707	HEMOGLOBINA, ESTUDIO COMPLETO	539 x 4
3708	IA-2 AC.	660 x 7,08
3709	CITOMEGALOVIRUS. PCR	539 x 4
3710	INMUNOPATOLOGÍA 15 MARCADORES	144 x 15
3711	INMUNOPATOLOGÍA 5 MARCADORES	865 x 12
3712	PANEL VIRUS RESPIRATORIOS (SINC. RESP,ADEN, INFL. A Y B, PARAINFL.1,2,3)	144 x 2,6
3713	PANEL 5 DROGAS (MAR, COC, EXT, MORF, ANFET.)	144 x 1,65
3714	PANEL 10 DROGAS (MAR, COC, EXT, MORF, ANFET, FENILCICL, BARB, BENZ, ANTIDEP, METAD)	144 x 2,6
3715	BIOTINIDASA	40 x 1
3716	RECEPTORES ERB - B2	144 x 3
3717	SINCICIAL RESPIRATORIO VIRUS AC. TOTALES	190 x3
3718	TIEMPO DE SANGRÍA. MÉTODO IVY	014 x 2
3719	TOPIRAMATO	144 x 1,15
3720	ZAP 70 POR CITOMETRÍA DE FLUJO	863 x 3,5
4153	CROMOSOMA X, FRAGILIDAD-PCR	144 x 6
4418	DIMERO - D	872 x 2,4
4512	DOPAMINA LIBRE, URINARIA	143 x 1,5
4632	ENDOMISIO AC.ANTLIGA	660 x 1,77
4640	ENDOMISIO AC.ANTLIGG	660 x 1,77
4700	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ECA)	331 x 13,6
4999	ESTEATOCRITO, (GRASA EN MAT.FECAL)	432 x 2,3
5033	ESTRIOL LIBRE SÉRICO (E3 LIBRE)	267 x 2
5050	EUGLOBULINAS, LISIS PRE Y POST ISQUEMIA	026 x 2
5085	FACTOR INTRÍNSECO, AC.	539 x 2,3
5102	FACTOR V LEIDEN	144 x 2
5213	FENOL	056 x 2
5332	FOSFATASA ÁCIDA TARTRATO RESISTENTE	143 x 1,5
5503	GAD, AC.ANTI GLUTAMINICO ACID DECARBOX.MAG.	144 x 2
5572	GLIADINA, AC.ANTI IGA	141 x 7
5580	GLIADINA, AC. ANTI IGG	141 x 7
5614	GLICOPROTEINA 1 BETA-2 IGG	190 x3
5623	GLICOPROTEINA 1 BETA 2 IGM	190 x3
5820	HEMOGLOBINA FETAL (HBF)	40
5939	HEPATITIS C,AC ANTI-IGM POR RIA O ELISA	144 x 1,15
6204	HIDROXIPIRENO	242 x 4
6221	HISTAMINA PLASMÁTICA	190 x3
6230	HISTAMINA URINARIA	190 x3
6238	HISTONA, AC ANTI	144 x 1,25
6281	HIV, RESISTENCIA A ANTIRETROVIRALES	144 x 18
6452	HOMOCISTEINA	144 x 1,5
6469	ANTIDIURÉTICA HORMONA (ADH)	332 x 30
6495	H. P. V. POR PCR	144 x 4

6657	INMUNOGLOBULINA G SUBCLASES 1,2,3,4 C/U	143 x 1,5
6725	INFLUENZA A AG. IFD	190 x3
6768	INFLUENZA B AG. IFD	190 x3
6802	INHIBINA B, SERICA	190 x 6
6819	INMUNOCOMPLEJOS CIRCULANTES	267 x 1
6905	ISLOTE LANGERHANS PANCREATIC.AC.ANTI-(ICA)	739 x 1,2
6973	LEGIONELLA PNEUMOPHILA, AG.	739 x 1,2
6999	LEPTOSPIRA, AC. ANTI-	267 x 1
7007	LEPTOSPIRA, AC.ANTI-IGM	739 x 1,2
7050	LEUCOSITOS MA.FECAL	7 x 1
7289	MACROPROLACTINEMIA	190 x 6
7460	METILENTETRAHIDROFOLA.REDUCTASA (MTHRT)PCR	144 x 2,1
7546	MIOGLOBINA, SERICA	157 x 2
7554	MIOGLOBINA, URINARIA	157 2,8
7597	MOPEG- 3-METOXI 4-HIDROXI FENIL ETIL GLIC.	190 x3
7734	MYCOPLASMA PNEUMONIAE, CULTIVO	144 x 1,5
7794	ANTINEUMOCOCO AC.	539 x 2,3
8024	PARAINFLUENZA 1, 2, 3 AC. TOTALES C/U	332 x 7,5
8144	PARAINFLUENZA 1, 2, 3 AC. IG M C/U	332 x 7,5
8153	PARAINFLUENZA 1, 2, 3 AG. IFD C/U	190 x3
8229	PARVOVIRUS, AC.ANTI IGG	144 x 2
8238	PARVOVIRUS, AC. ANTI IGM	144 x 2
8284	PÉPTIDO CIT. CÍCLICO Ó AC. ANTICITRULINA (AC PCC)	144 x 1,5
8529	PORFOBILINOGENO EN ORINA CUANTITATIVO	752 x 4
8546	PREALBÚMINA	267
8623	PROTEINA C REATIVA-ULTASENSIBLE	157 x 2,8
8691	PROTROMBINA 20.210	144 x 2,1
8708	PRUEBA DE HAM	478 x 1
8828	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA	144 x 1,5
8956	ANTISACHAROMYCES CEREVISIAE AC. (ASCA)	144 x 2
8973	SANGRE OCULTA HUMANA	150
9050	SEROTONINA, URINARIA	872 x 4
9084	SINCICIAL RESPIRATORIO VIRUS AC. IG. M	190 x3
9093	SINCICIAL RESPIRATORIO VIRUS AG. IFD	144 x 1,15
9212	SUCROSA, TEST DE	478 x 1
9315	TELOPEPTIDOS	739 x 1,2
9366	TESTOSTERONA DEHIDRO (DHT)	144 x 1,15
9375	TESTOSTERONA LIBRE, TO-L	863 x 1
9511	TOXOCARA CANIS, AC.ANTI-IGG	144 x 1,15
9528	TOXOIDE TETÁNICO AC.	539 x 2,3
9597	INHIBIDOR DEL PAI (TPA)	144 x 2
9640	TRICHINELLA SPIRALIS, AC.ANTI IGG	144 x 1,2
9734	TROPONINA T	190 x 3
9810	ANTIVARICELA ZOSTER AC. IG M	863
9819	ANTIVARICELA ZOZTER AC. IG G	863
20370	P SA - PLAN PREVENCIÓN	144 x 0.65

## 5. TRASLADOS EN AMBULANCIA

### 44.10.01 TRASLADOS LOCALES CON ENFERMERO

VALOR: \$ 200.00 (Pesos doscientos)

**Incluye:** Traslado dentro del ejido urbano y Aeropuerto local

### 44.10.02 TRASLADOS LOCALES CON ENFERMERO Y MEDICO

VALOR: \$ 350.00 (Pesos trescientos cincuenta)

**Incluye:** Traslado dentro del ejido urbano y Aeropuerto local

### 44.10.03 TRASLADOS ZONA SUR CON ENFERMERO

VALOR: \$ 850.00 (Pesos ochocientos cincuenta)

**Incluye:** Traslados de pacientes desde y hacia las localidades que se detallan, de Puerto San Julián, Comandante Luis Piedrabuena, Puerto Santa Cruz, El Calafate, 28 de Noviembre, Río Turbio, Gobernador Gregores al Hospital de Río Gallegos.

### 44.10.04 TRASLADOS ZONA SUR CON ENFERMERO Y MEDICO

VALOR: \$ 1.000.00 (Pesos un mil)

**Incluye:** Traslados de pacientes desde y hacia las localidades que se detallan, de Puerto San Julián, Comandante Luis Piedrabuena, Puerto Santa Cruz, El Calafate, 28 de Noviembre, Río Turbio, Gobernador Gregores al Hospital de Río Gallegos.

### 44.10.05 TRASLADOS ZONA NORTE CON ENFERMERO

VALOR: \$ 850.00 (Pesos ochocientos cincuenta)

**Incluye:** Traslados de pacientes desde y hacia las localidades que se detallan,

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**

Los Antiguos, Puerto Deseado, Perito Moreno, Pico Truncado al Hospital de Caleta Olivia.

#### 44.10.06 TRASLADOS ZONA NORTE CON ENFERMERO Y MEDICO

VALOR: \$ 1.000.00 (Pesos un mil)

**Incluye:** Traslados de pacientes desde y hacia las localidades de Los Antiguos, Puerto Deseado, Perito Moreno, Pico Truncado, Las Heras al Hospital de Caleta Olivia.

#### 44.10.07 TRASLADOS RIO GALLEGOS - CALETA OLIVIA CON ENFERMERO

VALOR: \$ 2.500.00 (Pesos dos mil quinientos)

**Incluye:** Traslados de pacientes desde el Hospital Regional de Río Gallegos hacia Caleta Olivia o viceversa.

#### 44.10.08 TRASLADOS RIO GALLEGOS - CALETA OLIVIA CON ENFERMERO Y MEDICO

VALOR: \$ 2.850.00 (Pesos dos mil ochocientos cincuenta)

**Incluye:** Traslados de pacientes desde el Hospital Regional de Río Gallegos hacia Caleta Olivia o viceversa

### 6. INTERNACION CLINICA O QUIRURGICA

Comprende las internaciones clínicas, pre y post quirúrgicas en pisos de internación general para pacientes adultos y pediátricos, cuando no estén comprendidas en otros módulos o cuando se superan los plazos de los mismos.

- El Arancel por día de internación rige según Nomenclador Nacional.(NN)

- El Aislamiento en habitaciones inicialmente compartida se facturará el día cama por 1.6.

- El consumo de oxígeno será facturado a valores en plaza al momento del suministro.

- Están excluidas las Interconsultas especializadas y todo lo que no está expresamente incluido.

#### 43.01.01 CAMA EN HABITACION DOBLE CON BAÑO PRIVADO (57 UP)

**Incluye:** Pensión por día y Asistencia del Médico de Guardia Interno

#### 43.01.01 CAMA EN HABITACION INDIVIDUAL CON BAÑO PRIVADO (80 UP)

**Incluye:** Pensión por día y Asistencia del Médico de Guardia Interno

#### 43.01.05 ATENCION DEL RECIEN NACIDO SANO EN HABITACION MATERNA (23 UP)

**Incluye:** Pensión por día y Asistencia del Médico de Guardia Interno

#### 43.01.06 CAMA PARA ACOMPAÑANTE EN HABITACION DOBLE CON BAÑO PRIVADO (68 UP)

**Incluye:** Uso de cama y desayuno

#### Normativa:

- En caso de menores de 10 años, no requiere autorización de la Obra Social.

- En caso de mayores de 10 años, cuando la gravedad del paciente lo requiera, tiene derecho a la presencia de un acompañante debiendo ser prescripta por el Médico tratante, autorizada por la Obra Social y contar con la conformidad del Director del Establecimiento.

#### 43.01.09 MODULO INTERNACION HASTA 12 HS (40 UP)

**Incluye:** Pensión 12 Hs. y Asistencia del Médico de Guardia Interno

#### 43.01.10 MODULO INTERNACION HASTA 6 HS (30 UP)

**Incluye:** Pensión 6 Hs. y Asistencia del Médico de Guardia Interno

#### 43.11.07 OXIMETRIA POR METODOS NO INVASIVOS POR DIA

VALOR: \$ 50.00 (Pesos cincuenta)

#### 43.10.01 USO DE MATERIAL DESCARTABLE (GUANTES, JERINGAS Y AGUJAS) POR DIA

VALOR: NN

### 7. TERAPIA INTENSIVA

- Para la facturación de los códigos del presente Anexo se utilizará la Unidad Pensión UTI

- En el caso de **aislamiento** se facturará el día cama por NN x (Unidad pensión UTI) x 1.6.

#### 40.01.01 INTERNACION EN TERAPIA INTENSIVA POR DIA

VALOR: NN

#### Incluye:

Atención Médica. Atención de Enfermería. Aspiración tubo orotraqueal con sistema de succión cerrada Trachcare. Cardioversión, Desfibrilación. Colocación de Catéter Swan Ganz por punción. Colocación de Sonda Balón de Sengestaken Blackmore. Colocación de sonda naso gástrica. Colocación de Sonda Nasoyeyunal, método convencional y Radioscopia. Colocación de Sonda Vesical Simple. Colocación de Vía Central por Punción (uno, dos y tres lúmenes). Colocación en ARM, distintos Modos Ventilatorios. Colocación en Ventilación no Invasiva (CPAP-BIPAP), con o sin ARM. Colocación y Monitoreo de saturación del bulbo de la yugular. Colocación y Monitoreo de TAM sobre Arteria Radial. ECG: 1 Por día. Estudio y mediciones de la mecánica pulmonar, Compliance estática y dinámica, Resistencia Inspiratoria, Presiones Pico, Meseta y Media. Intubación Dificultosa con Trachlight de Fibra Óptica. Intubación oro o nasotraqueal. Intubaciones Especiales: Selectiva, Derecha e Izquierda. Lavado Peritoneal Diagnóstico. Manejo de Vía Aérea con Máscara Laríngea/ Combítube. Mantenimiento en ARM con Monitoreo de VT /Presión Soporte/ FR /FIO2/ PEEP. Mantenimiento en VNI con Máscara Facial/Nasal Respirónicos. Medición de Flujo y de Volúmenes con Wriqth Pacientes en Destete. Medición de Pimax/Pemax. Medición de Pimax-Pemax con Manómetro Whith Pac. Neuromusculares. Medición de Presión de Balón Orotraqueal con Anaeroide. Medición de Presión Intrabdominal (PIA). Medición de Volumen Minuto hasta 3 por día. Mediciones de Presiones Cardíacas y Capilar Pulmonar, hasta 3 por día. Medición de Pico Flujo Pacientes asmáticos. Monitoreo Cardiovascular: ECG/TA/ Saturometría / Oxicapnografía. Monitoreo de PIC. Pericardiocentesis Diagnóstica-Terapéutica. Peritoneocentesis Diagnóstica y Terapéutica. Punción Lumbar. Punción Pleural Diagnóstica-Terapéutica. PVCimetría con regla de sistema cerrado. Realización de Anestesia Mínima para Procedimientos Invasivos. Toma Muestra de secreciones con catéter protegido Broncocath para diagnóstico de Neumonía Intrahospitalaria.

**Excluye:** Interconsultas a otros Especialistas. Colocación de Marcapaso Transitorio por Punción y programación de la función. Traqueotomía. Colocación de Tubo de Drenaje Pleural. Toilette de Quemados. Diagnóstico por Imágenes: Radiografías. Ecografías. TAC. RMN. VEDA. FBC. Espirometría. EEG. Medicamentos. Descartables Especiales: Catéteres de Vía Central y Diálisis, Set de Traqueotomía Percutánea, Balón de Sengestaken Blackmore, etc.

#### 43.11.03 ASISTENCIA RESPIRATORIA EN TERAPIA INTENSIVA POR DIA

VALOR: NN

#### 43.10.02 MATERIAL DESCARTABLE (GUANTES, JERINGAS Y AGUJAS) POR DIA

VALOR: NN

### 8. NEONATOLOGIA

#### 1. UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATOLOGICA

Atención y mantenimiento del prematuro extremo.

Atención y mantenimiento del neonato crítico

Atención y mantenimiento del neonato en cuidados

intermedios

Atención y mantenimiento del neonato en cuidados mínimos

- Para la facturación de los siguientes códigos se utilizará la Unidad Pensión NEO.

- En el caso de **aislamiento** se facturará el día cama por NN x (Unidad pensión UTI) x 1.6.

#### 40.01.01 INTERNACION EN TERAPIA INTENSIVA NEONATOLOGICA (UTIN)

VALOR: NN

**Incluye:** Atención Médica. Atención de Enfermería. Alimentación por gastroclisis con bomba de infusión. Alimentación por GAVAGE, utilizando sonda orogástrica. Asistencia respiratoria en modalidad no invasiva, oxígeno por Naricera y halo de oxígeno. Aspiración tubo orotraqueal con sistema de succión abierto. Aspiración tubo orotraqueal con sistema de succión cerrada Trachcare. Cardioversión. Colocación de catéteres: umbilicales en vena o arteria (uni o doble lumen), catéteres centrales por punción ARROW (uni, doble o triple lumen), catéteres percutáneos por punción. Colocación de sonda oro gástrica, Sonda Nasoyeyunal y Sonda Vesical Simple. Colocación de transductor para medición y monitoreo continuo de Presión arterial invasiva de la arteria umbilical. Colocación del Sistema de Drenaje Ventricular Externo, medición diario drenaje de LCR. Colocación en (ARM) en modalidad no invasiva CPAP nasal. Colocación en Asistencia Mecánica Respiratoria (ARM) en modalidad convencional y Alta Frecuencia. Determinación de estado ácido base por punción arterial o extracción del catéter arterial umbilical. Determinación de glucemia en mg/dl por Tira reactiva. Determinación de Química de orina por tira reactiva. Drenaje pleural de derrame pleural, diagnóstico y terapéutico. Drenaje pleural de neumotórax, diagnóstico y terapéutico. Electrocardiograma. Extracción de leche materna por bomba mecánica extractora. Intubación laríngea. Luminoterapia. Medición de presión intrabdominal por sonda vesical (PIA). Medición de PVC de la vena umbilical. Medición diaria de diuresis y residuo gástrico. Método canguro (contacto piel a piel del prematuro extremo con la madre con monitorización y supervisión continua). Monitorización de temperatura (Termorregulación). Monitoreo continuo FC, ECG, Presión arterial invasiva y no invasiva. Pericardiocentesis diagnóstico y terapéutico. Peritoneocentesis diagnóstico y terapéutico. Proceso de extracción y envío de muestras de Pesquisa Enfermedades Metabólicas Congénitas. Punción lumbar. Punción suprapúbica o sonda vesical. Aspirado nasofaríngeo. Reanimación cardiopulmonar neonatal avanzada. Tomas de muestras para cultivos. Vacunación BCG, Hepatitis B. Ventilación con bolsa y máscara, manómetro de presión.

#### 43.11.05 ASISTENCIA RESPIRATORIA EN NEONATOLOGIA POR DIA

VALOR: NN

#### 43.11.04 ASISTENCIA RESPIRATORIA EN CUIDADOS ESPECIALES POR DIA

VALOR: NN

#### 43.10.02 MATERIAL DESCARTABLE

VALOR: NN

#### 43.01.10 INCUBADORA TIPO ISOLETTE O SIMILAR (UP 26)

VALOR: NN

#### 43.10.02 MATERIAL DESCARTABLE EN (GUANTES, JERINGAS Y AGUJAS) EN UTI Y CUIDADOS ESPECIALES POR DIA

VALOR: NN

### 2. ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO

#### 32.01.04 ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL O PATOLOGICO

VALOR: NN X 2

#### Incluye:

- Atención del Recién nacido normal o patológico en sala de partos o quirófano

- Atención del Recién Nacido en Sala Materna hasta 72 Hs.

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**



- Alta conjunta que incluye consejería de: Lactancia Materna. Cuidados del neonato (Puericultura). Pautas de alarma de consulta. Prevención de Muerte Súbita. Importancia del Control del Neonato y la pesquisa de Enfermedades Metabólicas Congénitas, cumplimiento del calendario de Vacunas y realización de Otoemisiones Acústicas. Serologías Actualizadas Maternas.

### 3. ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE NEONATOLOGIA

#### - CONSULTORIO DEL NEONATO SANO HASTA 30 DÍAS

- **CONSULTORIO DEL NIÑO DE ALTO RIESGO HASTA 5 AÑOS:** Prematuro de Alto Riesgo, Niños con Patologías Cardiológicas, Respiratorias, Malformaciones, Quirúrgicas, Enfermedades Metabólicas Congénitas Confirmadas, Infecciones Graves

- **CONSULTORIO DEL NIÑO CON ENFERMEDADES TORCHES HASTA 2 AÑOS:** Sífilis, Chagas, Hepatitis B, Toxoplasmosis, SIDA.

VALOR: idem arancel convenido para Consulta Médica Código 42.01.01

### 4. DIAGNOSTICO, ATENCION Y SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS NACIONALES Y PROVINCIALES:

- Retinopatía del Prematuro  
- Prevención de Infecciones respiratorias Agudas en el Lactante de muy bajo peso al nacer

- Examen de la Audición. Otoemisiones acústicas  
- Curso de Reanimación Cardiopulmonar para Lactantes. Capacitación para Padres del Niño de Alto Riesgo  
- Enfermedades Metabólicas Congénitas  
- Cardiopatías Congénitas  
- Malformaciones Congénitas Mayores

### 9. NUTRICION

#### b. ALIMENTACION ENTERAL EN INTERNACION:

##### FORMULAS ENTERALES POLIMÉRICAS O ELEMENTALES

Código	Valor nutricional	Valor por unidad
19.01.08	550 – 600 Kcal.	\$ 20.00
19.01.09	1.100 – 1.200 Kcal.	\$ 40.00
19.01.10	1.700 – 1.800 Kcal.	\$ 60.00
19.01.11	2.200 – 2.400 Kcal.	\$ 80.00

#### 19.01.16 CONTENEDOR DESCARTABLE CON SET DE ADMINISTRACION

VALOR: \$ 39.00 (Pesos treinta y nueve)

Excluye: **Sonda Nasoyeyunal** que será facturada a valor de mercado al momento de la prestación.

##### NORMATIVA:

- Los códigos 19.01.08, 19.01.09, 19.01.10 y 19.01.11 podrán facturarse únicamente cuando la alimentación enteral fuera suministrada en internación, según prescripción médica.  
- El Código 19.01.16 sólo podrá ser facturado cuando estén prescriptos los códigos 19.01.08, 19.01.09, 19.01.10 y 19.01.11.

#### c. ATENCIÓN EN CONSULTORIOS DE NUTRICION

##### 19.01.03 Primera Consulta Nutricional

VALOR: \$ 45.00 (Pesos cuarenta y cinco)

Incluye: Entrevista de evaluación y Elaboración de dieta.

##### 19.01.04 Control y seguimiento Nutricional

VALOR: \$ 35.00 (Pesos treinta y cinco)

##### 19.01.07 Domicilio Consulta Nutricional

VALOR: \$ 21.50 (Pesos veintiuno, con cincuenta centavos)

##### NORMATIVA:

- Podrán facturarse hasta un total de 24 consultas Nutricionales, por año por afiliado por año, incluyendo al código 19.01.03.  
- El código 19.01.03 podrá facturarse hasta un total de dos veces por afiliado por año.  
- El código 19.01.07 podrá ser facturado junto a los códigos 19.01.03 y 19.01.04, cuando estas consultas fueran realizadas en el domicilio del paciente, previa autorización de Auditoría Médica.

### 10. PSICOLOGIA

#### 60.00.01 CONSULTA PRIMERA ENTREVISTA

VALOR: \$ 35.00 (Pesos treinta y cinco)

#### 60.01.01 PSICOTERAPIA POR SESION (Individual, grupal, pareja y/o

#### familiar)

VALOR: \$ 65.00 (Pesos sesenta y cinco)

#### 60.02.04 ENTREVISTA DE DEVOLUCION

VALOR: \$ 35.00 (Pesos treinta y cinco)

#### 60.02.02 TEST PROYECTIVO (Batería de cuatro test como mínimo)

VALOR: \$ 120.00 (Pesos ciento veinte)

Incluye: PERCEPCION TEMATICA. HTP. BENDER. RELACIONES OBJETALES. ROSRCHACH. ETC.

#### 60.02.03 TEST PSICOMETRICO (Batería de cuatro test como mínimo)

VALOR: \$ 120.00 (Pesos ciento veinte)

Incluye: DOMINO. WESCHLER. WISC. DAP (CI). RAVEN. ETC.

#### Consideraciones generales:

1. El código 60.00.01 deberá ser facturado al inicio del tratamiento, por única vez.  
2. Los códigos 60.02.02 y 60.02.03 sólo podrán ser facturados en forma anual.  
3. El código 60.02.04 deberá ser indicado en un recetario común, citando los datos filiatorios del afiliado.

#### Normas de Facturación:

1. No se aceptará facturación cuando el inicio del tratamiento haya superado los sesenta (60) días.  
2. Las prácticas deberán estar autorizadas la Obra Social y avaladas con la firma en conformidad del afiliado, fecha y hora de la realización de cada una de las sesiones y/o nombre del Test realizado.  
3. El código 60.02.04 sólo podrá ser facturado por única vez, en forma posterior a la realización de los códigos 60.02.02 y/o 60.02.03, adjuntándose la orden de práctica correspondiente. Una copia del resultado de esta práctica que podrá ser requerido desde el sector de Auditoría Médica.

### 11. FONAUDIOLOGIA

#### 25.01.04 REHABILITACION DEL LENGUAJE POR SESION

VALOR: \$ 35.00 (Pesos treinta y cinco)

#### 25.01.08 Domicilio de Prestación Fonoaudiológica

VALOR: 21.50 (Pesos veinte con cincuenta centavos)

#### 31.01.02 AUDIOMETRIA

VALOR: 27.00 (Pesos veintisiete)

#### 31.01.03 LOGOAUDIOMETRIA

VALOR: 27.00 (Pesos veintisiete)

#### 31.01.04 PRUEBAS SUPRALIMINARES CADA UNA

VALOR: 27.00 (Pesos veintisiete)

#### 31.01.05 SELECCIÓN DE OTOAMPLIFONOS

VALOR: \$ 50.00 (Pesos cincuenta)

#### 31.01.09 IMPEDANCIOMETRIA

VALOR: \$ 35.00 (Pesos treinta y cinco)

#### 31.01.26 OTOEMISIONES ACUSTICAS

VALOR: \$ 101,00.- (Pesos ciento uno)

#### 25.50.09 Rehabilitación del lenguaje en pacientes con Fisura Alveolo Palatina (FLAP)

VALOR: \$ 40,00 (Pesos cuarenta)

#### NORMAS:

- Se autorizarán hasta dos (2) **Otoemisiones Acústicas** a los menores de un (1) año.  
- En el caso de que las prácticas 25.01.04 y 25.50.09 se realicen en domicilio, se deberá facturar además el **Código 25.01.08**. La prestación en domicilio se cubre con previa autorización de la Obra Social.

### 12. KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA

Código	DESCRIPCION	VALOR
25.01.01	FISIOTERAPIA POR SESION	\$ 10.00.-
25.01.02	KINESIOTERAPIA POR SESION	\$ 15.00.-
25.01.06	DOMICILIO DE KINESIO O FISIOTERAPIA POR SESION Se factura cuando códigos 25.01.01 o 25.01.02 se soliciten en forma individual.	\$ 21.50.-
25.01.07	MODULO FISIO Y KINESIOTERAPIA POR SESION (Incluye código 25.01.02 y 25.01.02)	\$ 25.00.-
25.01.10	MODULO INTENSIVO NEUROLOGICO POR SESION	\$ 40.00.-
25.01.12	MODULO DE FISIO-KINESIO A DOMICILIO POR SESION Se factura cuando la prescripción indique los códigos 25.01.01 +25.01.02 a domicilio.	\$ 46.50
25.01.50	LASER-MAGNETOTERAPIA-CTES. INTERFERENCIALES-PRESOTERAPIA POR SESION La duración de cada sesión no podrá ser inferior a veinticinco (25) minutos.	\$ 20.00
25.01.51	DRENAJE LINFATICO MANUAL POR SESION (DLM) Se reconocerá sólo en postquirúrgico de cáncer de mama con Linfedema Grado III, previa presentación de resumen de historia clínica y autorización de la Auditoría Médica y/o Kinésica. La duración de cada sesión no podrá ser inferior a treinta (30) minutos.	\$ 42.00

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**

25.01.54	REDUCCION POSTURAL GLOBAL POR SESION (RPG) Se reconocerá sólo en niños de 8 a 13 años con diagnóstico de Escoliosis Idiopática previa presentación del resumen de historia clínica y autorización de la Auditoría Médica y/o Kinésica. La duración de cada sesión no podrá ser inferior a treinta (30) minutos.	\$ 42.00
----------	--	----------

**Incluye:** Honorarios profesionales. Derecho de uso de sala de rehabilitación. Derecho de uso de aparatología

**Consideraciones Generales:**

- El Prestador podrá facturar hasta un máximo de seis (6) afiliados por hora.
- Cuando se realicen una o más prácticas, en cualquiera de los códigos 25.01.01-25.01.02 y 25.01.50 se deberá facturar una sola vez cada uno.-

**13. PRESTACIONES DE REHABILITACION EN INTERNACION**

**25.01.53 KINESIOTERAPIA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POR SESION**

VALOR: \$ 30.00 (Pesos treinta)

**25.01.55 ESTIMULACIÓN TEMPRANA POR SESIÓN**

VALOR: \$ 30.00 (Pesos treinta)

**25.01.56 REHABILITACION DE LA DEGLUCION EN INTERNACION POR SESION**

VALOR: \$ 30.00 (Pesos treinta)

**Normativa:**

1. Para la facturación de los Códigos de Rehabilitación en internación se requiere: Prescripción de la prestación extendida por médico del área de Internación o UTI/UTIN. Plan de tratamiento. Evolución del Profesional actuante, avalada por firma y sello.

2. El Código 25.01.55 ESTIMULACION TEMPRANA podrá utilizarse indistintamente, en la atención ambulatoria como en internación.

3. Las prestaciones de Kinesiología y Fisioterapia realizadas en sala general serán presentadas para su facturación mediante los Códigos asignados en el Anexo XIII y a los mismos valores convenidos.

**14. PSICOPEDAGOGIA**

**33.03.03 CONSULTA PSICOPEDAGOGICA**

VALOR: \$ 35.00 (Pesos treinta y cinco)

**Incluye:** Consulta de primera vez, evaluación cognitiva. Funciones ejecutivas. Entrevista diagnóstica, devolución y/o seguimiento. (4 x año)

**33.03.04 DIAGNOSTICO PSICOPEDAGOGICO EN DISCAPACIDAD**

VALOR: \$ 160.00 (Pesos ciento sesenta)

**Incluye:** Pruebas Aptitudinales y Batería de Test Psicométricos y otros.

**33.03.05 TERAPIA INDIVIDUAL DE PSICOPEDAGOGIA EN DISCAPACIDAD**

VALOR POR SESIÓN: \$ 60.00 (Pesos sesenta)

**33.03.06 TERAPIA GRUPAL DE PSICOPEDAGOGIA EN DISCAPACIDAD**

VALOR POR SESIÓN: \$ 60.00 (Pesos sesenta)

**Incluye:** Honorarios Profesionales. Derecho de uso de Sala de Rehabilitación y materiales que correspondan.

**Normativa:**

- La Sesión de Rehabilitación individual o grupal tendrá hasta (1) hora de duración.
- El Código 33.03.06 Terapia grupal de Psicopedagogía se autorizará hasta un máximo de seis (6) personas por grupo, hasta un total 90 sesiones anuales.

**15. PRESTACIONES DE REHABILITACION EN DISCAPACIDAD**

**25.50.08 REHABILITACIÓN DEL LENGUAJE EN DISCAPACIDAD**

**25.50.10 REHABILITACION FISIO-KINESICA NEUROLOGICA EN DISCAPACIDAD**

**25.50.11 TERAPIA OCUPACIONAL EN DISCAPACIDAD**

**25.50.12 PSICOLOGIA EN DISCAPACIDAD**

**25.50.13 PSICOMOTRICIDAD EN DISCAPACIDAD**

VALOR POR SESIÓN: \$ 60.00 (Pesos sesenta)

**Incluye:** Honorarios Profesionales. Derecho de uso de Sala de Rehabilitación y materiales que correspondan.

Documentación requerida al afiliado para la autorización de las prestaciones:  
- **Fotocopia del Certificado de discapacidad** otorgado por Autoridad competente.

- **Resumen de Historia Clínica** del paciente original, confeccionada por el Médico de cabecera, Pediatra, Clínico o Médico Especialista de acuerdo a la discapacidad que presente.

- **Prescripción médica original** con los códigos solicitados, de renovación trimestral.

**Normativa:**

- La Sesión de Rehabilitación individual tendrá hasta (1) hora de duración.

- El ingreso de los afiliados al tratamiento se realizará mediante presentación de la documentación requerida, y previa autorización de Auditoría Médica de la Obra Social.

- **El Prestador** deberá presentar al inicio del tratamiento, un informe de la evaluación efectuada al afiliado, que defina la modalidad del tratamiento propuesto.

- **El Prestador** informará a la Obra Social, el abandono o finalización del tratamiento, y cualquier otra circunstancia que pudiere afectar el normal desenvolvimiento del tratamiento en curso.

- **Registro de asistencia:** se presentará mensualmente en planilla original con el detalle de fecha, horario y número de sesiones y prácticas realizadas. Dicha planilla deberá estar avalada por la firma y aclaración del profesional tratante y la firma y aclaración en conformidad del afiliado, familiar o responsable del afiliado. Cabe aclarar que no se considerará válida la sola firma del responsable de la institución.

**16. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS PERCUTANEOS**

**05.04.09 PUNCION BIOPSIA DE PLEURA**

VALOR: NN

Excluye: Medicamentos. Pensión. Métodos de Diagnóstico por Imágenes

**08.07.07 BIOPSIA HEPATICA**

VALOR: NN

Excluye: Medicamentos. Pensión. Métodos de Diagnóstico por Imágenes

**05.04.14 PUNCION PLEURAL EVACUADORA**

VALOR: \$160,00 (Pesos ciento sesenta)

Incluye: Honorarios Médicos

Excluye: Medicamentos. Descartables, semi-descartables y agujas de punción. Pensión.

Métodos de Diagnóstico por Imágenes

**08.02.18 PERITONEOCENTESIS EVACUADORA**

VALOR: \$160,00 (Pesos ciento sesenta)

Incluye: Honorarios Médicos

Excluye: Medicamentos. Descartables, semi-descartables y agujas de punción.

Pensión. Métodos de Diagnóstico por Imágenes.

**17. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO DEL APARATO RESPIRATORIO**

**1. PROCEDIMIENTOS NOMENCLADOS**

**26.01.01 ESPIROMETRIA CON PRUEBA DE BRONCODILATADORES**

VALOR: NN X 2

Incluye: Capacidad Vital y Curva flujo volumen

**2. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO ENDOSCOPICOS DE ORL**

**31.01.23 RINO-SINUSO FIBROSCOPIA DIAGNOSTICA**

VALOR: \$ 55,00 (Pesos cincuenta y cinco)

Incluye: Honorarios Médicos. Derecho de uso de Aparatología. Gastos

**31.01.24 FARINGOLARINGOFIBROSCOPIA**

VALOR: \$ 120,00.- (Pesos ciento veinte)

Incluye: Honorarios Médicos. Derecho de uso de Aparatología. Gastos

**31.01.27 VIDEOFIBROSCOPIA DIAGNOSTICA**

VALOR: \$ 175,00.- (Pesos ciento setenta y cinco)

Incluye: Honorarios Médicos. Derecho de uso de Aparatología. Gastos.

**3. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO ENDOSCOPICOS DE NEUMONOLOGIA**

**28.03.02 VIDEOBRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA**

VALOR: \$ 550.00 (Pesos setecientos)

Incluye: **Lavado bronquial y bronquioalveolar- Cepillado citológico - Cepillado bacteriológico.** Honorarios del especialista y asistente. Anestesia local y/o sedación. Derecho de uso de Aparatología. Descartables, semi-descartables y agujas de punción.

Excluye: Honorarios del Anestesta. Medicamentos de anestesia general. Pensión (que será facturada cuando el procedimiento deba realizarse bajo anestesia). Diagnóstico por Imágenes.

**28.03.03 VIDEOBRONCOSCOPIA TERAPEUTICA.**

VALOR: \$ 725.00 (Pesos setecientos veinticinco)

**Incluye: Biopsia bronquial y transbronquial - Ablación de lesiones bronco pulmonares.** Honorarios del especialista y asistente. Derecho de uso de Aparatología. Descartables, semi-descartables y agujas de punción.

**Excluye:** Honorarios del Anestesta. Medicamentos de anestesia general. Pensión (que será facturada cuando el procedimiento deba realizarse bajo anestesia). Diagnóstico por Imágenes.

**28.03.04 VIDEOBRONCOSCOPIA TERAPEUTICA DE URGENCIA.**

VALOR: \$ 900.00 (Pesos novecientos)

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**



**Incluye:** Extracción de cuerpo extraño - Atelectasia Pulmonar- Hemoptisis. Honorarios del especialista y asistente. Anestesia local y/o sedación. Derecho de uso de Aparatología. Descartables, semi-descartables y agujas de punción.

**Excluye:** Honorarios del Anestesta. Medicamentos de anestesia general. Pensión (que será facturada cuando el procedimiento deba realizarse bajo anestesia). Diagnóstico por Imágenes.

## 18. CARDIOLOGIA

### 17.01.01 ELECTROCARDIOGRAMA

VALOR: NN x 1.5

### 17.01.09 MONITOREO INTRAOPERATORIO

VALOR: NN X 1.5

### 17.01.23 MONITOREO INTRAOPERATORIO HORARIO ADICIONAL POR HORA

VALOR: 50.00 (Pesos cincuenta)

**Normativa:** El Código 17.01.09 Incluye Honorarios y gastos hasta dos (2) horas. Por cada hora que exceda las dos primeras horas de Monitoreo Intraoperatorio, se facturará un honorario adicional de \$ 50.00 (Pesos cincuenta) mediante el Código 17.01.23.

### 17.01.17 REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR

VALOR: NN

### 17.01.19 TILT TEST

VALOR \$ 200,00.- (Pesos doscientos)

### 17.01.20 MONITOREO AMBULATORIO DE TENSION ARTERIAL -PRESUROMETRIA

VALOR: \$ 140,00.- (Pesos ciento cuarenta)

### 17.01.21 ERGOMETRIA COMPUTARIZADA DE 3 A 12 DERIVACIONES

VALOR: \$ 150,00.- (Pesos ciento cincuenta)

### 17.01.22 CONTROL DE MARCAPASOS

VALOR: \$ 80,00.- (Pesos ochenta)

### 18.03.01 ECO-CARDIO COLOR

VALOR: \$ 300.00- (Pesos trescientos)

### 18.04.01 ECO-CARDIOGRAMA TRANSE-SOFAGICO

VALOR: \$ 400,00.- (Pesos cuatrocientos)

### 18.05.01 ECO-DOPPLER CARDIACO FETAL COLOR

VALOR: \$ 300.00.- (Pesos trescientos)

## 19. NEUROLOGIA

### 29.01.11 POTENCIALES EVOCADOS DE CUALQUIER VIA DE CONDUCCION O SENTIDO

VALOR \$ 160,00.- (PESOS CIENTO SESENTA)

### 29.01.12 HOLTER DE E.E.G.

VALOR: \$ 300.00.- (PESOS TRESCIENTOS)

### 29.01.13 MAPEO CEREBRAL COMPUTARIZADO

VALOR: \$ 280,00.- (PESOS DOSCIENTOS OCHENTA)

### 29.02.03 TRATAMIENTO DE BLEFAROSPASMO CON TOXINA BOTULINICA UNILATERAL

VALOR: \$ 500,00.- (Pesos quinientos)

## 20. NEFROLOGIA

### 27.01.01 MODULO DE HEMODIALISIS AGUDA POR SESION

VALOR: \$ 550.00 (Pesos quinientos cincuenta)

### 27.01.02 MODULO DE HEMODIALISIS CRONICA POR SESION SIN TRASLADO

VALOR: \$ 780.00 (Pesos setecientos ochenta)

#### Incluye:

**1. Honorarios Médicos. Derecho de uso de aparatología.**

**2. Material descartable:** Filtros para hemodiálisis. Agujas descartables para fistulas. Tubuladuras arteriales y venosas descartables. Jeringas descartables. Tubuladuras para infusiones endovenosas descartables. Elementos de procesos de Bioseguridad para asepsia y antisepsia.

**3. Líquidos de Diálisis:** Modalidad baño de bi-

carbonato y sus variantes con glucosa, concentrado ácido, etc. según indicación médica personalizada.

**4. Medicamentos específicos y habituales** a utilizar durante la sesión de diálisis: Solución fisiológica y glucosada; Soluciones hipertónicas; Analgésicos; Antieméticos; Antipiréticos; Antiespasmódicos; Complejo vitamínico B; Acido fólico; Carbonato y lactato de calcio; Sales de hierro oral y endovenoso.

**5. Laboratorio básico evaluación mensual:** Hematocrito. Hemoglobina. Recuento de leucocitos. Urea pre o post diálisis. Ionograma sérico. Calce-mia, fosfatemia. Creatinina sérica. TGO y TGP. **Laboratorio Cuatrimestral:** Fe. Saturación transferrina. Tranferrina. Ferritina. **Laboratorio semestral:** Serología para hepatitis C y HIV. Serología para hepatitis B de acuerdo a criterio médico.

**6. Vacunación para Hepatitis B** a pacientes sin anticuerpos y con serología negativa al ingreso.

**7. Provisión de eritropoyetina.** Consulta psicológica. Evaluación y orientación nutricional. Apoyo asistencial social. Asistencia de Médico Nefrólogo y Técnico de Hemodiálisis en urgencias. Hemodiálisis de emergencia. Control de altas, calidad de prestación, Ley de Diálisis y Transplante Renal. Plan estímulo trasplante renal.

**Excluye:** Estudios y/o prácticas no vinculadas a la terapia de diálisis crónica. Internaciones y asistencia por complicaciones de otras patologías. Traslados programados y/o de urgencia. Traslados en ambulancia. Prótesis y catéteres vasculares transitorios y permanentes. Laboratorio no descripto previamente. Estudios pre trasplante renal. Descartable de dializador en pacientes con trastornos de la coagulación, Hepatitis y HIV. Confección de acceso vascular. Aquello no descripto precedentemente. Pruebas confirmatorias de laboratorio. PTH intacta.

### 27.01.03 COLOCACIÓN DE CATÉTER DOBLE-LUMEN (Ambulatorio e internación)

VALOR: \$ 1.000.00 (Pesos un mil)

**Incluye:** Honorarios Médicos. Derecho de uso de aparatología.

**Excluye:** Catéter Doble-Lumen. Descartables ambulatorios para colocación de catéter

## 21. ONCOLOGIA

### 37.53.07 TRATAMIENTO ONCOLÓGICO NO ENDOVENOSO

VALOR: \$ 170.00 (Pesos ciento setenta)

#### Incluye:

1. Honorarios Médicos por Indicación y/o aplicación de un medicamento por ciclo de tratamiento: Quimioterápico (Capecitabine, UFT, Hidroxiurea, Ciclofosfamida oral, Clorambucilo, etc.) Hormonales (Corticoterapia en altas dosis, Flutamida, Gorserelina, Luprolide, Tamoxifeno, Anastrozole, Letrozol, Fulvestra, etc.) Modificadores de la Respuesta Biológica (Molgastrin, Filgastrin, Eritropoyetina, Trombopoyetina, Interferon, Interleukina 2, etc.) Anticuerpos Monoclonales, Inhibidores Enzimáticos, Antiangiogénicos (Imatinib, Genfitinib, Sumitib, Talidomina, Lenalinodmid, etc.)

### 37.53.08 TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ENDOVENOSO AMBULATORIO

VALOR: \$ 345.00 (Pesos trescientos cuarenta y cinco)

Aplicación por vía endovenosa por sesión/día de medicamentos Quimioterápicos (incluye todos los esquemas y combinaciones de citostáticos, según bibliografía basada en las pautas del Instituto de Oncología de la ciudad de Buenos Aires "Ángel H Roffo"; Pautas de la Escuela Europea de Oncología (ESMO); Protocolo de la Asociación Argentina de Oncología y del Ministerio de Salud Pública de la Nación). Bifosfonatos (Pamindronatos; Ac. Zolendronico; etc.)

**Incluye:** Honorarios Médicos. Derecho de uso de sala de infusión y aparatología. Mantenimiento de Catéter Central Implantable (Heparinización mensual o quincenal del catéter implantable por sesión, con las medidas de antisepsia correspondientes).

**Excluye:** Material descartable y Medicamentos.

### 37.53.09 TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE ALTA COMPLEJIDAD EN INTERNACION

VALOR: \$ 460.00 (Pesos cuatrocientos sesenta)

Tratamiento oncológico por sesión/día que requiera bomba de infusión continua o cuya toxicidad aguda implique un riesgo para el paciente, que por el compromiso de su estado general requiera Internación durante su administración. (Ej. FOLFOX, Anticuerpos Monoclonales (Bevacizuma, Rituximab, Cetuximab, etc.)

**Incluye:** Honorarios Médicos. Derecho de uso de sala de infusión y Aparatología. Mantenimiento de Catéter Central Implantable durante el tratamiento. Heparinización mensual o quincenal del catéter implantable por sesión, con las medidas de antisepsia correspondientes.

**Excluye:** Pensión y Gastos Sanatoriales. Material descartable y Medicamentos.

### 37.53.11 TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE ALTA COMPLEJIDAD AMBULATORIO

VALOR: \$ 460.00 (Pesos cuatrocientos sesenta)

Tratamiento oncológico por sesión/día que requiera bomba de infusión continua o cuya toxicidad aguda implique un riesgo para el paciente durante su administración ambulatoria. (Ej. FOLFOX, Anticuerpos Monoclonales (Bevacizuma, Rituximab, Cetuximab, etc.)

**Incluye:** Honorarios Médicos. Derecho de uso de sala de infusión y Aparatología. Mantenimiento de Catéter Central Implantable durante el tratamiento. Heparinización mensual o quincenal del catéter implantable por sesión, con las medidas de antisepsia (simil cirugía menor) con material descartable y estéril.

**Excluye:** Material descartable y Medicamentos. Pensión

### 37.53.10 MANTENIMIENTO DE CATÉTER CENTRAL IMPLANTABLE (fuera de módulos)

VALOR: \$ 150.00 (Pesos ciento cincuenta)

**Incluye:** Honorarios médicos. Derecho de uso de sala de infusión y Aparatología.

**Excluye:** Material descartable y Medicamentos. Aguja Huber

#### Normas de Facturación

- Los códigos del presente Anexo, podrán prescribirse en Bonos de Consulta o Práctica de la Obra Social indistintamente, dado que el profesional no podrá facturar la consulta médica en la misma fecha por estar la misma incluida en los módulos.-

- El Código 37.53.10 no podrá facturarse con los códigos 37.53.08 ni el 37.53.09

## 22. HEMOTERAPIA

### 23.50.01 MODULO DE PRODUCCION DE HEMOCOMPONENTES POR UNIDAD

VALOR: \$ 850.00 (Pesos ochocientos cincuenta)

Bolsa segura con todas las Pruebas Serológicas e Inmunoematológicas estipuladas por Ley Nacional

**Incluye:** Honorarios técnicos Profesionales. Descartables.

Códigos: 23.01.63 – 23.02.13 – 23.01.21 – 23.01.04 – 24.01.07 – 24.01.14 – 24.01.15 – 24.01.17 – 24.01.19 – 24.01.20 – 24.01.22 – 10.36 – 1108 – 1187 – 3580 – 42.01.01 -

**Normativa:** El Código 23.50.01 sólo podrá ser facturado por el Hospital Regional de Río Gallegos y el Hospital Zonal de Caleta Olivia, donde funcionan los Centros Regionales de Hemoterapia que proveen los Hemocomponentes al resto de las Localidades de la Provincia.

### 24.50.01 MODULO DE TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES POR UNIDAD

VALOR: \$ 165.00 (Pesos ciento sesenta y cinco)

**Incluye:** Honorarios técnicos Profesionales. Descartables.

Códigos: 24.01.01, al 24.01.13, 23.02.63 – 23.02.13 – 23.01.21



**24.50.05 DONACIÓN AUTÓLOGA PREOPERATORIA**

1. La Donación Autóloga Preoperatoria se realizará en forma programada, mediante Prescripción Médica, indicando diagnóstico y fecha probable del Acto Quirúrgico. Debe contar con la autorización previa de la Obra Social y el consentimiento del donante.

2. La Transfusión Autóloga realizada en el ámbito hospitalario, dará lugar a la facturación de los Códigos 23.50.01 Módulo de Producción de Hemocomponentes por Unidad y 24.50.01 Módulo de Transfusión de Hemocomponentes por Unidad.

3. La provisión de la Unidad de Hemocomponentes para la transfusión autóloga a realizarse en el ámbito privado, se facturará a la Obra Social mediante el Código 23.50.01 Módulo de Producción de Hemocomponentes por Unidad

4. En caso de suspensión de la transfusión en la fecha programada, por razones ajenas al Banco de Sangre Hospitalario, la Unidad será conservada a disponibilidad del paciente hasta su vencimiento.

5. En caso de la no utilización la Unidad en el periodo mencionado, se procederá al descarte de la misma y se facturará a la Obra Social el Código 23.50.01 Módulo de Producción de Hemocomponentes por Unidad.

**24.50.03 MODULO DE SANGRIA**

VALOR: \$ 250.00 (Pesos doscientos cincuenta)

**Incluye:** Honorarios técnicos Profesionales. Reposición de volumen con soluciones cristaloides, si correspondiera. Descartables. Bolsa Colectora.

**24.50.06 MODULO DE FERROTHERAPIA ENDOVENOSA**

VALOR: \$ 450.00 (Pesos cuatrocientos cincuenta)

**Incluye:** Cuatro (4) sesiones. Honorarios Técnicos Profesionales. Derecho de uso de Sala de Terapia Ambulatoria. Derecho de uso de Aparatología.

**Excluye:** Descartables. Medicamentos. Pensión. Prácticas de Laboratorio Normativa:

- La facturación subsiguiente del Código 24.50.04 requiere control de Hemograma, Recuento de Reticulocitos y Ferritina y la autorización de Auditoria Médica de la Obra social.

- En caso de que el estado general del paciente requiera la administración de la medicación en sala, se facturará el Código 43.01.10 Módulo Internación hasta 6 Hs.

**PRACTICAS NOMENCLADAS DE HEMOTERAPIA**

Las Prácticas Nomencladas de Hemoterapia se facturan según Nomenclador Nacional, utilizando para su cálculo el **Galeno Otras Prácticas** y el **Gasto Bioquímico** convenidos.

Código	PRACTICA	Honorario	Gasto
23.01.63	GRUPO SANGUINEO ABO	1,5	1,5
23.02.13	FACTOR RH D	1,5	1,5
23.02.14	FACTOR RH C	1,5	2
23.02.15	FACTOR RH E	1,5	2
23.02.17	FACTOR RH c	1,5	2
23.02.18	FACTOR RH e	1,5	1,5
23.01.20	PRUEBA DE COOMBS DIRECTA	3	1,5
23.01.21	PRUEBA DE COOMBS INDIRECTA	3	1,5
23.01.22	PRUEBA DE COOMBS INDIRECTA CUANTITATIVA	4,5	2,5
23.01.23	CRIOAGLUTININAS	1,5	1
23.01.04	INVESTIGACIÓN DE AGLUTININAS	4,5	2
23.01.07	ELUCIÓN DE ANTICUERPOS	4,5	1,5

**1. RUTINA PARA ESTUDIO DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE**

- 23.01.63 GRUPO SANGUINEO ABO
- 23.02.13 FACTOR RH D
- 23.02.14 FACTOR RH C
- 23.02.15 FACTOR RH E
- 23.02.17 FACTOR RH c
- 23.02.18 FACTOR RH e
- 23.01.20 PRUEBA DE COOMBS DIRECTA
- 23.01.21 PRUEBA DE COOMBS INDIRECTA
- 23.01.22 COOMBS INDIRECTA CUANTITATIVA
- 23.01.23 CRIOAGLUTININAS
- 23.01.04 INVESTIGACIÓN DE AGLUTININAS
- 23.01.07 ELUCIÓN DE ANTICUERPOS

**2. RUTINA PERINATAL**

- 23.01.63 GRUPO SANGUINEO ABO (Madre y Recién Nacido)
- 23.02.13 FACTOR RH (Madre y Recién Nacido)
- 23.01.20 PRUEBA DE COOMBS DIRECTA (Recién Nacido)
- 23.01.21 PRUEBA DE COOMBS INDIRECTA (Madre y Recién Nacido)

**Objetivos**

- Identificar embarazadas con riesgo de desarrollar Enfermedad Hemolítica Perinatal (EHP).
- Identificar mujeres D-Negativo que necesiten inmunoprofilaxis anti-D.
- Disponer rápidamente de sangre compatible para emergencias obstétricas y neo-

natales.

- Seguimiento serológico ante la presencia de Acs anti-eritrocitarios durante el embarazo con el objeto de:

- Identificar el feto que pueda necesitar tratamiento antenatal.
- Identificar la aparición de anticuerpos adicionales durante el curso de la gestación y/o inducidos por transfusiones intrauterinas.
- Predecir si un recién nacido requerirá tratamiento por EHP.

**PRUEBA DE ELUCION ACIDA DE HEMATIES:**

VALOR: \$ 70.00 (Pesos setenta)

Cuantificación de la hemorragia feto-materna (HFM) mediante la Técnica de Elución Acida de Kleihauer-Betke modificada, para la determinación correcta de la dosis de IgG anti-D.

**23. MODULOS DE TRAUMATOLOGIA**

**12.10.06 REVISION PROTESIS DE CADERA**

VALOR: \$ 9.500,00 (Pesos nueve mil quinientos)

Incluye: Honorarios y Gastos Quirúrgicos. Medicamentos inherentes a la práctica. Pensión en sala hasta 7 (siete) días. Pensión en UTI hasta un (1) día. Control radiológico en quirófano x 2 (dos).

Excluye: Honorarios de Anestesia. Monitoreo Intraoperatorio. Kinesioterapia. Descartables facturables

**12.10.07 REVISION PROTESIS DE RODILLA**

VALOR: \$ 8.500,00 (Pesos ocho mil quinientos)

Incluye: Honorarios y Gastos Quirúrgicos. Medicamentos inherentes a la práctica. Pensión en sala hasta 7 (siete) días. Pensión en UTI hasta un (1) día. Control radiológico en quirófano x 1 (uno).

Excluye: Honorarios de Anestesia. Monitoreo Intraoperatorio. Kinesioterapia. Descartables facturables

**12.20.02 ARTROSCOPIA SIMPLE DE RODILLA**

VALOR: \$ 2.900,00 (Pesos dos mil novecientos)

Incluye: Honorarios del Artroscopista y Ayudante. Gastos Quirúrgicos Y Derecho Sanatorial. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica. Pensión 1 (un) día en sala.

Excluye: Honorarios de Anestesiista. Material Descartable. Prótesis, ortesis y suturas meniscales.

**12.20.03 ARTROSCOPIA COMPLEJA**

VALOR: \$ 3.400,00 (Pesos tres mil cuatrocientos)

Incluye: Honorarios del Artroscopista y Ayudante. Gastos Quirúrgicos y Derecho Sanatorial. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica. Pensión 2 (dos) días en sala. Honorario del equipo quirúrgico.

Excluye: Honorarios del Anestesiista. Materiales Descartables. Prótesis, ortesis y suturas meniscales.

**24. TOCOGINECOLOGIA**

**11.04.01 PARTO**

- Honorarios Médicos-Obstetra. NN.+ 20 %.
  - Honorarios Médicos-Pediatra. NN. x 2 (32.01.04 Atención del Recién Nacido)
  - Honorario Partera- NN. x 2
  - Gastos Quirúrgicos: NN.
- Observación: En el caso de utilizarse analgesia para el parto, deberá constar en la HC y foja anestésica.

**11.04.03 OPERACIÓN CESAREA CLASICA – EXTRAPERITONEAL VAGINAL**

- Honorarios Médicos - Obstetra: NN.+ 20 %.
- Honorario Ayudante NN: + 20 %
- Honorarios Médicos-Pediatra: NN. x 2 (32.01.04 Atención del Recién Nacido)
- Honorario Partera: NN. x 2
- Gastos Quirúrgicos: NN.

**11.02.10 LEGRADO UTERINO TERAPEUTICO**

VALOR: \$ 800,00 (Pesos ochocientos)

Incluye: Honorarios del Equipo Quirúrgico. Gasto Quirúrgico y Derecho de Aparatología. Pensión. Medicamentos inherentes a la práctica.

Excluye: Honorarios de Anestesiista. Medicamentos anestésicos. Material Descartable. Monitoreo Intraoperatorio. Anatomía Patología. Hemoderivados.

**11.02.11 LEGRADO UTERINO DIAGNOSTICO CON O SIN BIOPSIA DE CUELLO O ASPIRACIÓN ENDOMETRIAL PARA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA**

VALOR \$ 750,00 (Pesos setecientos)

**Incluye:** Honorarios del Equipo Quirúrgico. Gasto Quirúrgico y Derecho de Aparatología. Pensión. Medicamentos inherentes a la práctica.

**Excluye:** Honorarios de Anestesiista. Medicamentos anestésicos. Material Descartable. Monitoreo Intraoperatorio. Anatomía Patología. Hemoterapia

**11.02.17 COLOCACION DE DISPOSITIVO INTRA UTERINO (AMBU-LATORIO)**

VALOR: \$ 350,00 (Pesos trescientos cincuenta)

**Incluye:** Honorarios del Ginecólogo. Colposcopia. Descartables.

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**

**Excluye:** Ecografía ginecológica de control post colocación DIU.

**11.02.19 CONIZACION DE CUELLO POR ASA LEEP (INTERNACION)**  
VALOR \$ 1500,00 (Pesos mil quinientos)

**Incluye:** Honorarios del Equipo Quirúrgico. Pensión 1 (un) día en sala. Material Descartable. Gasto Quirúrgico y Derecho de Aparatología.

**Excluye:** Honorarios de Anestesiista. Medicamentos Anestésicos e inherentes a la práctica. Anatomía Patología.

**11.02.20 CONIZACION DE CUELLO POR LEEP (AMBULATORIO)**

VALOR \$ 750,00 (Pesos setecientos cincuenta)

**Incluye:** Honorarios del Equipo Quirúrgico. Gasto Quirúrgico y Derecho de Aparatología. Medicamentos inherentes a la práctica.

**Excluye:** Material Descartable. Anatomía Patología.

**11.04.06 ASA LEEP DE CERVIX-VULVA-VAGINA (AMBULATORIO)**

VALOR \$ 500,00 (Pesos seiscientos noventa)

**Incluye:** Honorarios del Equipo Quirúrgico. Gasto Quirúrgico y Derecho de Aparatología. Medicamentos inherentes a la práctica.

**Excluye:** Honorarios de Anestesiista. Medicamentos Anestésicos. Material Descartable. Anatomía Patología.

**11.04.08 HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA/ TERAPEUTICA**

VALOR: \$ 750.00 (Pesos setecientos cincuenta)

**Incluye:** Honorarios del Equipo Quirúrgico. Gastos Quirúrgicos

**Excluye:** Honorarios de Anestesiista. Medicamentos Anestésicos. Material Descartable. Anatomía Patología.

**25. GASTROENTEROLOGIA**

**20.01.44 BIOPSIA PERORAL DE INTESTINO DELGADO**

VALOR: 500.00 (Pesos quinientos)

**1. MODULOS VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA**

**20.01.40 VIDEOENDOSCOPIA ALTA DIAGNOSTICA**

VALOR: \$ 550.00.- (Pesos quinientos cincuenta)

**20.01.42 VIDEOENDOSCOPIA ALTA TERAPEUTICA**

VALOR: \$ 1.000.00.- (Pesos un mil)

**Incluye:**

**Esófago:** Dilatación de Estenosis de Esófago Benigna y Maligna con Balón Neumático y/o Dilatadores de Savary . Esclerosis Y Bandas en Varices. Extracción de Cuerpo Extraño en Aparato Digestivo Superior. Estenostomía de Estenosis Post Quirúrgica o por cáusticos. Septotomía en Divertículo de Zenker.

**Estómago:** Polipectomía. Mucosectomía. Hemostasia de Lesiones Sangrantes de Estómago Y Duodeno

**20.01.41 VIDEOENDOSCOPIA BAJA DIAGNOSTICA**

VALOR: \$ 800.00.- (Pesos ochocientos)

**20.01.43 VIDEOENDOSCOPIA BAJA TERAPEUTICA**

VALOR: \$ 1.300.00.- (Pesos mil trescientos)

**Incluye:** Polipectomía Sigmoideo rectal. Polipectomía Endoscópica. Mucosectomía. Estenostomía

**20.01.53 VIDEORECTOSIGMOIDEOSCOPIA**

VALOR: \$ 400.00 (Pesos cuatrocientos)

Estas Prácticas Incluyen: Honorarios Médico Especialistas y Asistente. Derecho de Uso de Aparatología

Estas Prácticas Excluyen: Honorarios del Anestesiista. Medicamentos. Medicamentos anestésicos. Pensión. Materiales Descartables y semi-descartables: Ansas Especiales- Bandas (se incluyen 3 en la urgencia), ENDOCLIPS (se incluyen hasta 3 en la urgencia), Stent Plásticos O Expandibles- Balones Descartables- Kit Gastrostomía- Kit De Mucosectomía-

- Los gastos de los Códigos 20.01.40 y 20.01.42 se facturarán de acuerdo al Código 20.01.22.

- Los gastos de los Códigos 20.01.41 y 20.01.43 se facturarán de acuerdo al Código 20.01.24.

**2. PROCEDIMIENTOS VIDEOENDOSCOPICOS TERAPEUTICOS EN ESOFAGO Y ESTOMAGO**

08.03.12	Gastrostomía endoscópica Percutánea	\$ 1.500,00
08.03.13	Recambio de Botón de Gastrostomía	\$ 500,00
08.03.14	Colocación de Endoprótesis esofágicas	\$ 2.500,00
08.03.15	Cistogastrostomía en Pseudoquistes pancreático	\$ 2.000,00

Estas Prácticas Incluyen: Honorarios Médico Especialistas y Asistente. Derecho de Uso de Aparatología

Estas Prácticas Excluyen: Honorarios del Anestesiista. Medicamentos. Medicamentos anestésicos. Pensión. Diagnóstico por Imágenes. Materiales Descartables y semi-descartables

**3. PROCEDIMIENTOS VIDEOENDOSCOPICOS TERAPEUTICOS EN LA VIA BILIAR**

20,02,01	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP)	\$ 1.500,00
20,02,02	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con extracción de cálculo + Papiloesfinterotomía Endoscópica	\$ 3.500,00
20,02,03	Litotricia Mecánica	\$ 2.500,00
20,06,02	Colocación de Endoprótesis de Amsterdam y Anni Mbaum	\$ 2.800,00
20,06,03	Dilatación de estenosis biliar mecánica y con balón	\$ 2.800,00
20,06,04	Cambio de prótesis con extracción	\$ 2.800,00
20,06,05	Colocación de Sonda Nasobiliar	\$ 2.000,00

Estas Prácticas Incluyen: Honorarios Médico Especialistas y Asistente. Derecho de Uso de Aparatología.

Estas Prácticas Incluyen: Honorarios Médico Especialistas y Asistente. Derecho de Uso de Aparatología.

Estas Prácticas Excluyen: Honorarios del Anestesiista. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica. Pensión. Diagnóstico por Imágenes. Materiales Descartables y semi-descartables. Gastos se facturarán de acuerdo al NN.

**4. PROCEDIMIENTOS PERCUTÁNEOS DE VÍA BILIAR**

**20.06.06 PROCEDIMIENTOS PERCUTÁNEOS DE VÍA BILIAR**

VALOR: \$ 2.500.00 (Pesos dos mil quinientos)

Incluye los siguientes procedimientos: Drenaje Biliar percutáneo. Colocación de Prótesis Biliares Percutánea. Drenaje Percutáneo de Colecciones Abdominales.

Estas Prácticas Incluyen: Honorarios Médico Especialistas y Asistente. Derecho de Uso de Aparatología. Control Ecográfico

Estas Prácticas Excluyen: Honorarios del Anestesiista. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica. Pensión. Diagnóstico por Imágenes. Materiales Descartables y semi-descartables. Gastos se facturarán de acuerdo al NN.

Normativa:

a. Las prestaciones endoscópicas no admiten sumatoria de aranceles por distinta vías, en el caso de facturarse en forma simultánea ambas vías alta y baja, bajo sedación se reconocerá el 100% de la de mayor valor y el 70% de la menor.

b. La utilización de material descartable específico, provisto por el Prestador: Endoclips, Stent plásticos o expandibles. Balones descartables. kit de gastrostomía. kit de mucosectomía, se deberá facturar a valor de mercado al momento de la provisión, acompañados de sus respectivos sticker /troqueles originales, debiendo contar con autorización de la Auditoría Médica de la Obra Social.

c. En el caso de uso de materiales "re utilizables", como Ansas Especiales, serán reconocidos en un 1/3 de su valor de mercado, y no se solicitará la presentación de sticker.

**26. CIRUGIAS POR VIDEO LAPAROSCOPIA**

**08.02.16 MODULO OPERACIÓN DE NISSEN- REFLUJO GASTROESOFAGICO- HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA CON FONDOPLICATURA VIDEO LAPAROSCOPIA**

VALOR: \$ 4.000,00.- (pesos cuatro mil)

**08.02.17 MODULO VLP C/BIOPSIA, COLECISTECTOMIA-APENDICECTOMIA**

VALOR: \$ 4.000,00.- (Pesos cuatro mil)

**Incluye las siguientes Cirugías Videolaparoscópicas:** Laparoscopia Exploradora con toma de Biopsia. Apendicectomía. Colecistectomía, Colecistotomía, Coledocotomía. Cirugía de la Vía Biliar Principal. Defectos de pared gigantes. Cirugía de colon por Videolaparoscopia

**08.02.18 MODULO VLP TRANS ABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP)**

VALOR: \$ 3.500,00.- (Pesos tres mil quinientos)

**Incluye las siguientes Cirugías Videolaparoscópicas:** Hernioplastia Inguinal, Crural, Epigástrica, Umbilical, Obturatriz, Etc. Hernioplastia Bilateral. Evisceración .

**11.05.01 MODULO VLP PATOLOGIAS GINECOLOGICAS BENIGNAS O MALIGNAS OVARICAS –**

VALOR: \$ 3.500,00 (Pesos tres mil quinientos)

**Incluye las siguientes Cirugías Videolaparoscópicas:** Ligadura de Trompas. Videolaparoscopia Diagnóstica. Abdomen Agudo Ginecológico.

**11.05.05 MODULO VLP PATOLOGIAS GINECOLOGICAS BENIGNAS O MALIGNAS. HISTERECTOMIAS**

VALOR: \$ 4.000,00 (Pesos cuatro mil)

**05.04.13 VIDEOTORACOTOMIA DIAGNOSTICA y TERAPEUTICA**

VALOR: \$ 4.000,00.- (Pesos cuatro mil)

**INCLUSIONES Y EXCLUSIONES DE LOS MÓDULOS DE CIRUGÍAS VIDEO LAPAROSCÓPICAS**

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**

**Incluye:** Honorarios de Equipo Quirúrgico. Gasto Quirúrgico y Derecho de Aparatología. Pensión un día en sala.

**Excluye:** Honorarios de Anestésista. Medicamentos Anestésicos e inherentes a la práctica. Monitoreo Intraoperatorio. Material Descartable. Diagnostico por Imágenes. Prótesis Endobiliares, engrampadora, Malla de polipropileno, etc. Anatomía Patológica.

#### 08.10.05 USO DE BISTURI ARMONICO

VALOR: 30% del valor de plaza al momento de la prestación.

#### 08.02.21 USO DE SUTURA MECANICA CIRCULAR (EMGRAMPA-DORA EN CIRUGIA COLONICA)

VALOR: 30% del valor de plaza al momento de la prestación.

##### Normativa:

La facturación de los códigos 08.10.05 y 08.02.21, podrá efectuarse únicamente en cirugías hepáticas, tiroideas y abdominales, previa autorización de Auditoría Médica de la Obra Social.

#### 27. MODULOS DE UROLOGIA

##### 10.01.22 NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA

VALOR: \$ 7.400,00 (Pesos seis mil cuatrocientos)

**Incluye:** Honorarios de la totalidad del equipo médico urológico actuante. Gastos Quirúrgicos y Derechos de utilización del equipo. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica. Camisa Amplatz (2). Catéter Smith. Electrodo, Material Descartable, pinza y/ dormia. Guía Lunderquist, Catéter con Aguja de Punción. Dilatadores Descartables de Teflón. Estudios de control radiológico y/o ecográfico que se realicen durante el tratamiento pre y post. Seguimiento Radiológico con Arco en C durante el procedimiento. Pensión en sala hasta 48 Hs.

**Excluye:** Honorarios del Anestésista. UTI

##### 10.01.23 URETEROSCOPIA C/SIN COLOCACION DE CATETER DOBLE JOTA Y/O

##### URETEROLITOTOMIA CON PINZA O DORMIA UNILATERAL

VALOR: \$ 3.700,00 (Pesos tres mil setecientos)

**Incluye:** Honorarios de la totalidad del equipo médico urológico actuante. Gastos Quirúrgicos y Derechos de utilización del equipo. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica. Electrodo, Material Descartable, pinza y/ dormia. Guía Lunderquist, Catéter con Aguja de Punción. Dilatadores Descartables de Teflón. Estudios de control radiológico y/o ecográfico que se realicen durante el tratamiento pre. y post. Seguimiento Radiológico con Arco en C durante el procedimiento. Pensión en sala un día.

**Excluye:** Honorarios del Anestésista. UTI

##### 10.01.23 NEFROSTOMIA PERCUTANEA UNILATERAL CON O SIN NEFROSCOPIA

VALOR: \$ 3.500,00 (Pesos tres mil quinientos)

**Incluye:** Honorarios de la totalidad del equipo médico urológico actuante. Gastos Quirúrgicos y Derecho de uso de aparatología. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica. Pensión en sala por un día.

**Excluye:** Honorarios del Anestésista. UTI. Descartables. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica.

##### 10.01.18 COLOCACIÓN DE PIGTAIL O DOBLE JOTA ENDOSCÓPICO UNILATERAL

VALOR: \$ 1.000,00 (Pesos un mil)

**Incluye:** Honorarios de la totalidad del equipo médico urológico actuante. Gastos Quirúrgicos. Derecho de uso de aparatología.

**Excluye:** Honorarios del Anestésista. Pensión en sala. UTI. Descartables. Pigtail o Doble Jota. Medicamentos. Medicamentos anestésicos.

##### 10.01.19 RETIRO DE PIGTAIL O DOBLE JOTA ENDOSCÓPICO O PERCUTANEO UNILATERAL

VALOR: \$ 800,00 (Pesos ochocientos)

**Incluye:** Honorarios de la totalidad del equipo médico urológico actuante. Gastos Quirúrgicos. Derecho de uso de aparatología.

**Excluye:** Honorarios del Anestésista. Pensión en sala. UTI. Descartables. Pigtail o Doble Jota. Medicamentos. Medicamentos anestésicos. Diagnóstico por Imágenes.

##### 10.01.24 LITOTRICIA ENDOURETERAL/URETEROSCOPIA TERAPEUTICA

VALOR: \$ 4.500,00 (Pesos cuatro mil quinientos)

**Incluye:** Honorarios de la totalidad del equipo médico urológico actuante. Gastos Quirúrgicos y Derechos de utilización del equipo. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica. Electrodo, Material Descartable. Guía Lunderquist, Catéter con Aguja de Punción. Dilatadores Descartables de Teflón. Estudios de control radiológico y/o ecográfico que se realicen durante el tratamiento pre. y post. Seguimiento Radiológico con Arco en C durante el procedimiento. Catéter doble Jota. Pensión un día en sala.

**Excluye:** Honorarios del Anestésista. UTI.

##### 10.01.27 LITOTRICIA PERCUTANEA VESICAL

VALOR: \$ 4.500,00 (Pesos cuatro mil quinientos)

**Incluye:** Honorarios de la totalidad del equipo médico urológico actuante. Gastos Quirúrgicos y Derechos de utilización del equipo/campo. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica. Electrodo, Material Descartable. Guía Lunderquist, Catéter con Aguja de Punción. Dilatadores Descartables de Teflón. Estudios de control radiológico y/o ecográfico que se realicen durante el tratamiento pre y post. Sondas Foley. Camisa Amplatz. Seguimiento Radiológico con Arco en C durante el procedimiento. Pensión un día en sala.

**Excluye:** Honorarios del Anestésista. UTI.

##### 10.01.28 LITOTRICIA ENDOURETERAL VESICAL

VALOR: \$ 4.500,00 (Pesos cuatro mil quinientos)

Tratamientos de litiasis vesicales secundarias o patologías obstructivas de próstata o cuello vesical.

**Incluye:** Pensión hasta un (1) día de internación en sala. Honorarios de la totalidad del equipo médico urológico actuante. Gastos quirúrgicos y derechos de utilización del equipo. Medicamentos, anestésicos e inherentes a la práctica. Electrodo, guías, catéteres, agujas de punción, dilatadores y todo otro material descartable inherente a la práctica. Estudios de control radiológico, arco en c, y/o ecográfico que se realicen durante el tratamiento pre y post operatorio si correspondiere.

**Excluye:** Honorarios anestésista. UTI.

#### 28. OFTALMOLOGIA

##### 30.01.23 ECOBIOMETRIA ULTRASONICA Y/O CALCULO DIOPTRICO DE LENTE BILATERAL

VALOR: \$ 95,00.- (Pesos noventa y cinco)

Cobertura: únicamente cuando no estuviera contemplada en módulos.

##### 30.01.27 RETINOGRAFIA COLOR DIGITAL (SIN FLUORESCENCIA)

VALOR: \$ 125.- (Pesos ciento veinticinco)

##### 30.01.36 RETINOFLUORESCINOGRAMIA UNILATERAL O BILATERAL

VALOR: \$ 300,00.- (Pesos trescientos)

**Incluye:** Materiales descartables. Sustancia contraste. Fluoresceína. Placas/ revelado y/o informe digital.

##### 30.02.01 CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA BILATERAL

VALOR: \$ 150,00.- (Pesos ciento cincuenta)

Tope Anual: sólo se autorizará hasta dos (2) veces por año, por afiliado.

##### 30.02.02 PAQUIMETRIA UNILATERAL O BILATERAL

VALOR: \$ 95,00.- (Pesos noventa y cinco)

Cobertura: en Queratocono.

##### 30.02.04 TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA UNILATERAL O BILATERAL

VALOR: \$ 125,00,00.- (Pesos ciento veinticinco)

#### CIRUGIAS OFTALMOLOGICAS

##### 02.01.12 CIRUGIA DE ESTRABISMO BILATERAL

VALOR: \$ 2.500,00 (Pesos dos mil quinientos)

**Incluye:** Consulta preliminar. Control Post-operatorio. Derecho Quirúrgico. Pensión. Material descartable.

##### Sutura Ajustable

**Excluye:** Honorario de anestésista. Anestésicos.

##### 02.07.04 CATARATA EXTRACAPSULAR CON COLOCACION DE LIO

VALOR: \$ 2.300,00.- (Pesos dos mil trescientos)

**Incluye:** Ecometría. L.I.O. Sustancia Viscoelástica. Material descartable. Suturas. Monitoreo intraoperatorio de ser necesario. Gasto Quirúrgico. Anestesia Local o Tópica. Antibióticos.

**Excluye:** Honorarios de anestesia general, si correspondiera.

Normativa: Para su facturación deberá presentarse Protocolo Quirúrgico, donde conste adherido sticker del L.I.O utilizado y entrega al afiliado de tarjeta con sticker idéntico.

##### 02.07.06 CIRUGIA DE GLAUCOMA

VALOR: \$ 1.900,00.- (Pesos un mil novecientos)

**Incluye:** Honorarios Quirúrgicos. Gastos. Anestésicos tópicos. Control Post-operatorio inmediato.

**Excluye:** Honorarios del anestésista en caso de requerirse anestesia General.

##### 02.07.13 CIRUGIA DE CATARATA CON TEC. DE FACOEMULSIFICACION DEL CRISTALINO Y COLOCACION DE L.I.O

VALOR: \$ 2.700,00.- (Pesos dos mil setecientos)

**Incluye:** Derecho de utilización del facoemulsificador. Ecometría. L.i.o. Sustancia Viscoelastica. Material descartable. Suturas. Gasto Quirúrgico. Anestesia Local o tópica. Antibióticos.



**Excluye:** Honorarios de la anestesia general, si correspondiera. Monitoreo intraoperatorio de ser necesario.

**Normativa:** Para su facturación deberá presentarse Protocolo Quirúrgico, donde conste adherido stiker del l.i.o utilizado y entrega al afiliado de tarjeta con stiker idéntico.

#### 02.04.56 MODULO TRATAMIENTO ANTI-ANGIOGENICO CON BEVACIZUMAB

VALOR: \$ 3.000.00.- (Pesos tres mil)

**Incluye:** Honorarios del cirujano. Ayudante. Material descartable oftalmológico. Controles Post-operatorios por 20 días.

**Excluye:** Bevacizumab (Avastin)

#### LASER

#### 02.09.08 MODULO FOTOCOAGULACION CON YAG LASER UNILATERAL

VALOR: \$ 1.200.00.- (Pesos doscientos)

Indicaciones:

- Tratamiento del Glaucoma de Angulo Cerrado, Trabeculoplastias, Iridoplasia, Iriditoma (Se solicitará Ecobiometría y Gonioscopia que demuestre Cámara Anterior Estrecha de 1.9 Mm o menos) Tratamiento de la Opacificación del Cristalino superado los seis meses posteriores a la Cirugía de Cataratas.

- Diagnóstico de Tumores de Polo Ocular Posterior, Lesiones Maculares, Lesiones Vasculares Retinales con Isquemia, Desgarros y Agujeros de Retina y Capsulotomía Posterior

- Pan fotoagulación de la Retinopatía Diabética Severa, con Tope de hasta Tres (3) Sesiones el Tratamiento Completo.

#### 02.09.09 MODULO DE TRATAMIENTO UNILATERAL CON LASER: ONLY GREEN, DYE LASER, KRYPTON, ARGON.

VALOR: \$ 950.00.- (Pesos novecientos cincuenta)

**Indicación:** Desgarros Retinales

#### 02.09.10 TRATAMIENTO CON DIODO LASER

VALOR: \$ 350.00.- (Pesos trescientos cincuenta)

**Indicación:** Desgarros Retinales

#### 29. NEUROCIRUGIA

#### 01.02.16 COLOCACION DE SET P/MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA

VALOR: \$ 1.400.00.- (Pesos mil cuatrocientos)

#### 12.11.08 MODULO DE ESTABILIZACION DEL RAQUIS CON INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR, CERVICAL, DORSAL Y LUMBAR.

VALOR: \$ 10.500 (Pesos diez mil quinientos)

Incluye: Pensión hasta 2 (dos) días. Honorarios y Gastos de equipo quirúrgico. Material descartable. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica.

Excluye: Honorarios de Anestesista

#### 12.11.09 MICRODISECTOMIA LUMBAR

VALOR: \$ 7.500 (Pesos siete mil quinientos)

Incluye: Pensión hasta 2 (dos) días. Honorarios y Gastos de equipo quirúrgico. Material descartable. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica.

Excluye: Honorarios de Anestesista.

#### 12.11.10 ABORDAJE POSTERIOR A LA COLUMNA DORSAL, LUMBAR O CERVICAL – LAMINOPLASTIA – LAMINECTOMIA.

VALOR: \$ 8.500 (Pesos ocho mil quinientos)

Incluye: Pensión hasta 2 (dos) días. Honorarios y Gastos de equipo quirúrgico. Material descartable. Medicamentos anestésicos e inherentes a la práctica.

Excluye: Honorarios de Anestesista.-

#### 30. DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

CODIGOS	ECOGRAFIAS NOMENCLADAS	Valor según NN
18,01,04	Ecografía toco ginecológica c/s transductor Vaginal	
18,01,06	Ecografía mamaria bilateral	
18,01,07	Ecografía Cerebral	
18,01,09	Ecografía oftalmológica unilateral /bilateral	
18,01,10	Ecografía Tiroidea	
18,01,11	Ecografía de testículos	
18,01,12	Ecografía Completa de abdomen	
18,01,13	Ecografía Hepatobiliar - esplénica o torácica	
18,01,14	Ecografía de vejiga o próstata	
18,01,16	Ecografía renal bilateral	
18,01,17	Ecografía de aorta abdominal, dinámica/ estática	
18,01,18	Ecografía Pancreática o suprarrenal	

RADIOLOGIA NOMENCLADA		Valor según NN
34,02,01	Rx. cráneo, cráneo ,cávim , SPN 1° exposición	
34,02,02	Rx. cráneo, cávim, SPN x exposición subsiguiente	
34,02,03	Rx. hueso temporal o agujeros ópticos	
34,02,04	Rx. de Orbita	
34,02,09	Rx. Raquis (columna) frente	
34,02,10	Rx. Raquis (Columna) Perfil	
34,02,11	Rx. Hombro/humero/pelvis/cadera/fémur Frente	
34,02,12	Rx. Hombro/humero/pelvis/cadera/fémur Perfil	
34,02,13	Rx. antebrazo/codo/mano/rodilla/pierna/tobillo/pie	
34,02,14	Rx. Medición comparativa de MMII	
34,03,01	Rx. tórax primera exposición	
34,03,02	Rx. tórax exposición subsiguiente	
34,04,21	Rx. simple de abdomen de pie	
34,04,22	Rx. simple de abdomen subsiguiente	
RADIOLOGIA CONTRASTADA		Valor según NN
34,04,02	Estudio seriado de esófago	
34,04,03	Rx. Seriado gastroduodenal	
34,04,04	Rx. Seriado gastroduodenal doble contraste	
34,04,05	Rx. Seriado esofagogastroduodenal	
34,04,07	Rx. Tránsito intestino Delgado o colon	
34,04,09	Rx. Colon x enema y evacuado	
34,04,12	Rx. Colon x enema evacuado y doble contraste	
34,04,18	Fistulo colangiografía/ colangiografía postoperatoria	
34,05,02	Urograma excretor/pielografía Descendente	
34,05,03	Urograma excretor est. vesical pre y post miccional	
34,05,04	Urograma minutado/pielografía x perfusión	
34,05,07	Cistouretrografía miccional/CU ascendente	
34,05,08	Cistouretrografía estud.de incontinencia	
34,06,04	Histerosalpingografía c/prueba de Cotte	

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA		Valor según NN
34,10,03	TAC de cerebro de control con o sin contraste	
34,10,04	TAC Oftalmológica	
34,01,05	TAC Tiroidea	
34,10,06	TAC Mamaria	
34,10,12	TAC de otros órganos y regiones	
34,10,13	TAC de Columna x región	
34,01,01	TAC Cerebral	
34,10,07	TAC Ginecológica	
34,10,11	TAC Vejiga y próstata	
34,10,09	TAC Hepatobiliar- esplénica- pancreática	
34,10,10	TAC Torácica	
34,10,08	TAC Completa de abdomen TAC Subsiguiente	20% bonificación
SET DE CONTRASTE TAC		
34.10.36	Contraste TAC abdomen vía oral Incluye: EZ CAT (bario sulfato) X 225 ml	\$ 150.00
34.10.37	Contraste TAC endovenoso Incluye: Xenetic 300 (yobitridol) 50ml + descartables	\$ 350.00

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR		
34.20.01	RMN Cerebral	\$ 700,00
34.20.02	RMN Cerebral c/gadolinio	\$ 700,00
34.20.05	RMN Tiroidea	\$ 700,00
34.20.08	RMN Completa de abdomen	\$ 700,00
34.20.09	RMN Hepatobiliar /esplénica/pancreática	\$ 700,00
34.20.10	RMN Torácica	\$ 700,00
34.20.11	RMN Pelvis, vejiga y próstata	\$ 700,00
34.20.12	RMN Otras regiones encefálica.	\$ 700,00
34.20.13	RMN de Columna	\$ 700,00
34.20.14	RMN de Articulaciones	\$ 700,00
34.20.15	RMN Subsiguiente (Bonificación 20%)	\$ 583,00
ANGIORESONANCIAS- COLANGIORESONANCIAS		
34.20.40	Angioresonancia Cayado aórtico y vasos del cuello	\$ 700,00
34.20.41	Angioresonancia de Arterias pulmonares	\$ 700,00
34.20.43	Angioresonancia ambos Miembros Inferiores	\$ 700,00
34.20.44	Angioresonancia de Cerebro	\$ 700,00

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
SUP. DEL B.O. N° 4733  
DE 22 PAGINAS**

34.20.45	Colangiografía	\$ 700,00
<b>CONTRASTE RMN</b>		
34.20.17	Viewgam x 15 ml. Butterfly 23G. Jeringa 20 cc.	\$ 250,00
34.20.18	Viewgam x 10 ml. Butterfly 23G. Jeringa 20 cc.	\$ 200,00

<b>MAMOGRAFIA</b>		
34.06.11	Mamografía con Magnificación y Proyección axilar uni o bil.	\$ 200,00

<b>ESPINOGRAMA</b>		
34.02.70	Espinograma frente	\$ 160,00
34.02.71	Espinograma perfil	\$ 50,00

<b>DENSITOMETRIA OSEA</b>		
34.12.01	Densitometría ósea 1 región	\$ 160,00
34.12.02	Densitometría ósea 2 regiones	\$ 250,00

<b>ECOGRAFÍAS NO NOMENCLADAS - ECODOPPLER</b>		
18.01.61	Ecografía transvaginal	\$ 147,00
18.01.62	Ecografía transrectal prostática	\$ 147,00
18.01.27	Ecografía obstétrica c/medición de traslucencia nucal	\$ 184,00
18.06.01	Ecografía de partes blandas	\$ 85,00
18.02.02	Ecodoppler periférico color arterial o venoso	\$ 320,00
18.02.03	Ecodoppler c/circulación portal/supra hepática /cava	\$ 320,00
18.05.01	Ecodoppler cardiaco fetal color	\$ 363,00

**31. INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR**

1. Todos los Módulos del presente Anexo Incluyen: Honorarios de Cirujano y Ayudante.
2. Todos los Módulos excluyen: Honorarios de Anestesiología. Medicamentos. Pensión. Material descartable.
3. Los gastos de todas las prácticas serán facturados por prestación, de acuerdo a Nomenclador Nacional.

**07.01.05 CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASOS DEFINITIVO. RECOLOCACIÓN. PLÁSTICA DE BOLSILLO DE MARCAPASOS.**

VALOR: \$ 750,00 (Pesos setecientos cincuenta)  
 Los gastos se facturan por prestación, de acuerdo a Nomenclador Nacional. (07.01.05)

**07.01.03 COLOCACIÓN DE MARCAPASOS DEFINITIVO CON ELECTRODO ENDOCAVITARIO.**

VALOR: \$ 1.800,00 (Pesos mil ochocientos)  
 Los gastos se facturan por prestación, de acuerdo a Nomenclador Nacional. (07.01.03)

**07.01.04 COLOCACIÓN DE MARCAPASOS DEFINITIVO CON ELECTRODO EPICÁRDICO**

VALOR: \$ 2.300,00 (Pesos dos mil trescientos)  
 Los gastos se facturan por prestación, de acuerdo a Nomenclador Nacional. (07.01.04)

**07.04.10 FILTRO VENA CAVA**

VALOR: \$ 3.000,00 (Pesos tres mil)

**07.07.18 COLOCACION CATETER IMPLANTABLE CON RESERVOIRIO TIPO PORTA CATH TESSIO/SIMILAR**

VALOR: \$ 2.000,00 (Pesos dos mil)  
 Los gastos se facturan por prestación, de acuerdo a Nomenclador Nacional. (07.07.18)

**32. CIRUGÍA MAXILO-FACIAL**

Los módulos incluyen únicamente honorarios del equipo quirúrgico (cirujano y ayudantes).  
**Excluyen:** Honorarios del Anestesta, Derecho de Uso de Quirófano, Gastos Sanatoriales, Pensión, Interconsultas con otras Especialidades Medicamentos y Descartables. Estudios Complementarios. Material específico para implantes (Placas de Osteosíntesis, Placas de Reconstrucción, Tornillos, Hueso de Banco, Etc.)

**Normas Generales:**

- El valor del módulo a facturar se cobrará al 100% si el paciente presenta patología única (Ej. fractura mandibular), y si presenta además otras lesiones, los módulos

correspondientes se facturarán al 50% (Ej. fractura mandibular y fractura de órbita).  
 - Cuando en el mismo acto quirúrgico se realiza más de una extracción de Molar Retenido por distintas vías de abordaje, las prácticas se facturarán cada una al 100% del valor convenido.

**03.09.20 MODULO I CIRUGÍA MENOR**

VALOR: \$ 400.00 (Pesos cuatrocientos)

**1. Operaciones de baja complejidad de tejidos duros: dientes y maxilares:**

Extirpación de exostosis o torus. Biopsia por escisión de tejidos duros (óseo o cartilaginoso). Reducción de luxación mandibular. Retiro de osteosíntesis con alambre o bloqueo intermaxilar.

**2. Operaciones de baja complejidad de tejidos blandos:**

Biopsia por punción, aspiración o escisión de tejidos blandos. Tratamiento quirúrgico de hemorragias bucales. Tratamiento de fistula cutánea. Extirpación de quistes de glándulas salivales menores que no requieran internación. Plástica de frenillo labial o Lingual.

**03.09.21 MODULO II CIRUGÍA MEDIANA**

VALOR: \$ 1.600.00 (Pesos mil seiscientos)

**1. Operaciones de mediana complejidad de tejidos duros: dientes y maxilares:**

Tratamiento quirúrgico de la osteomielitis. Plástica de comunicación bucosinusal epitelizada. Extirpación de quistes o tumores benignos maxilares o mandibulares. Antrotomías. Tratamiento quirúrgico de las fracturas simples de los huesos faciales.

**2. Operaciones de mediana complejidad de tejidos blandos:**

Extirpación de litiasis extraglandular. Extirpación de quistes y tumores benignos de los tejidos blandos y/o estación ganglionar. Incisión y drenaje de lesiones infecciosas por vía bucal y/o cutánea en pacientes que requieran internación. Tratamiento de quemaduras simple con injerto dérmico. Tratamiento quirúrgico hemorragia agudas etmoidal, faríngeas, bucales, cervicales.

**03.09.22 MODULO III CIRUGÍA MAYOR**

VALOR: \$ 2.400.00 (Pesos dos mil cuatrocientos)

**1. Operaciones de alta Complejidad de tejidos duros: dientes y maxilares:**

Extirpación de tumores maxilares o mandibulares, con resección parcial. Condilectomía. Tratamiento de fractura de los maxilares con bloqueo. Tratamiento quirúrgico de fractura simple de los maxilares con osteosíntesis.

**2. Operaciones de malformaciones y tejidos blandos de alta complejidad:**

Queiloplastia uni o bilateral Veloplastia, Palatoplastia uni o bilateral, y Rinoseptoplastia en pacientes portadores de FLAP. Estafilofaringoplastia, colgajo faríngeo. Extirpación de glándulas salivales mayores por patología litiasica, inflamatoria o tumoral benigna. Extirpación de tumores benignos más complejos de los tejidos blandos. Avance hioideo-mandibular. Avance de tercio medio facial. Glosectomía. Glosoplastia. Palatofaringoplastia. Genioplastias. Ligadura de carótida y otros vasos del cuello. Quistes de cuello (branquial, tirogloso, etc.)

**03.09.23 MODULO IV CIRUGÍA ONCOLÓGICA, RECONSTRUCTIVA Y MICROCIRUGÍA**

VALOR: \$ 3.500.00

Cirugía del nervio facial. Extirpación de tumores benignos de tejidos blandos y estructuras vecinas. Linfadenectomía cervical unilateral. Reconstrucción con colgajo regional y/o pediculado de secuelas de cáncer u otro tipo de lesión. Tratamiento quirúrgico de los tumores óseos de la cara y los maxilares y reconstrucción de las estructuras faciales mediante injertos. Tratamiento quirúrgico del cáncer bucal o maxilo-cérvico-facial y estructuras anexas. Cirugías comando. Colgajos regionales y pediculados y reconstrucción u otro tipo de secuelas. Tiroidectomía subtotal o total. Laringectomía parcial o total. Cordectomía. Cirugía ortognática monomaxilar (sagital de mandíbula, le fort, segmentarias). Tratamiento quirúrgico de las malformaciones de los músculos cervicales. Tratamiento quirúrgico de las fracturas complejas o conminutas de los huesos faciales.

**03.09.24 MODULO V TRAUMATOLOGÍA MAXILO-FACIAL MAYOR**

VALOR: \$ 4.500.00 (Pesos cuatro mil quinientos)

Tratamiento quirúrgico de las fracturas complejas de la cara (LeFort I, II y III). Tratamiento de la fractura compleja de la órbita. Abordajes por técnicas de magnificación. Distracción osteogénica. Cirugía ortognática bimaxilar. Fracturas Panfaciales. Paratiroidectomía.

**03.09.16 MODULO VI EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES EN RETENCIÓN ÓSEA, RETENCIÓN MUCOSA EN MAXILAR SUPERIOR Y EN MAXILAR INFERIOR.**

VALOR: \$ 300,00

Extracción de Caninos y Premolares en Retención Ósea Palatina y Lingual. Alveolitis Seca o Supuradas. Extracción Dentaria en Pacientes de Alto Riesgo. Apicectomía. Fracturas Dentoalveolares. Hiperplasia Paraprotetica. Alveolectomía.

<b>SUMARIO</b>	<b>SUPLEMENTO N° 4733</b>
<b>RESOLUCION</b>	
1249/MS/12.- .....	Págs. 1/22

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
 SUP. DEL B.O. N° 4733  
 DE 22 PAGINAS**