# NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACION EN FACTURACION DEL NOMENCLADOR UNICO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN Y EXCLUSIONES DE PRESTACIONES BRINDADAS

**Ley 3.012**

**DIRECCION PROVINCIAL DE PRESTACIONES MEDICAS Y RECUPERO FINANCIERO**

**A PARTIR DEL 01/01/2025**

**- ACTUALIZACION AGOSTO 2026 -**

**Ley 3012. Modificación Art 8 con Ley 3441**

**NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACION EN FACTURACION DEL NOMENCLADOR UNICO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN Y EXCLUSIONES DE PRESTACIONES BRINDADAS**

**NORMAS Y EXCLUSIONES DE PRACTICAS: QUIRURGICAS / ASISTENCIALES / BIOQUIMICAS / ODONTOLOGICAS / VARIAS**

**REGLAS GENERALES:**

**& CIRUGIAS: Intervenciones múltiples:**

Operaciones múltiples realizadas en un mismo acto quirúrgico y por una misma vía de abordaje: 100% la de mayor valor y las restantes al 50%.

Operaciones múltiples realizadas en un mismo acto quirúrgico y por distintas vías de abordaje 100% la de mayor valor y las restantes al 75%.

Operaciones múltiples realizadas por equipos multidisciplinarios 100% de cada práctica, en función de la especialidad de cada equipo quirúrgico

*Edades:*
En las operaciones realizadas a pacientes menores a 16 años o mayores de 75 años, se facturará un 20% sobre la complejidad correspondiente.

&) En las operaciones realizadas de urgencias en horario a partir de 20 hs. a las 08 hs, se facturará un 20% sobre la complejidad correspondiente.

&) En las operaciones realizadas en pacientes con obesidad extrema (IMC >40 kg/m2) se facturará un 20% sobre la complejidad correspondiente.

**MODULO QUIRURGICO**
**&** Cuando se realice más de una intervención en un mismo acto quirúrgico se tendrá en cuenta:
*A*. En las operaciones múltiples realizadas a través de una misma incisión o vía de abordaje dirigidas a tratar una misma patología, deberá facturarse de la siguiente manera, el 140 % de la mayor.
*B.* En las operaciones múltiples realizadas a través de una misma incisión o vía de abordaje dirigidas a tratar patologías o procesos distintos se considerarán como operaciones múltiples, se facturará de la siguiente forma: el 140% de la mayor.
*C*. En el caso de intervenciones realizadas por distintas vías de abordaje o incisiones diferentes en un mismo acto quirúrgico y se facturará de la siguiente forma 140% de la mayor.

**ANESTESIA:**

*INTERVENCIONES MULTIPLES:*

SE DEBE FACTURAR LA ANESTESIA DE MAYOR COMPLEJIDAD AL 100% Y LAS RESTANTES AL 20%

ANESTESIA EN PACIENTES PEDIATRICOS MENORES DE 6 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 70 AÑOS SE ADICIONARÁ UN 20%.

HORARIO NOCTURNO: SE LO CONSIDERA A LA ANESTESIA QUE SE REALIZA ENTRE LAS 20.00 HS Y LAS 7.59 Y TENDRA UN RECARGO DEL 20% SOBRE EL ARANCEL CORRESPONDIENTE. FIN DE SEMANA: LA ANESTESIA QUE SE REALIZA DESDE EL SABADO A LAS 19.00 HS HASTA EL LUNES A LAS 7.59 HS LLEVA UN RECARGO DEL 20% SOBRE EL ARANCEL CORRESPONDIENTE. FERIADO: SE CONSIDERA A LA ANESTESIA QUE SE REALIZA DESDE LAS 7.59 HS DE UN DÍA FERIADO HASTA LAS 7.59 HS DEL DÍA SIGUIENTE Y LLEVA UN RECARGO DEL 20% SOBRE EL ARANCEL CORRESPONDIENTE.

**SECCION: ASISTENCIALES / BIOQUIMICAS / ODONTOLOGICAS / NORMAS - EXCLUSIONES**

| SECCION | CODIGO | DESCRIPCION | TIPO | ESTADO | ANESTESIA | MOD QUIR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **INTERVENCIONES QUIRURGICAS** | | | | | | |
| | | **OPERACIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO** | | | | |
| 2 | 01100100 | PUNCION LUMBAR | NEUROQUIRURGICA (UNRQ) | A | | |
| | | **INCLUYE: material descartable (guantes, guias).** | | | | |
| 2 | 01100100 | PUNCION LUMBAR | | I | | |
| | | **INCLUYE: material descartable (guantes, guias).** | | | | |
| 2 | 01100200 | BIOPSIA DE NERVIO O MUSCULO | | A | | |
| 2 | 01100200 | BIOPSIA DE NERVIO O MUSCULO | | I | 5 | II |
| | | **INCLUYE: , material descartable (guantes, guias).** | | | | |
| 2 | 01100300 | PUNCIONES DE RESERVORIOS PARA INSTILAR SUSTANCIAS O EXTRAER LCR | | I | 5 | II |
| 2 | 01100400 | BLOQUEOS POR DOLOR | | A | | |
| 2 | 01100400 | BLOQUEOS POR DOLOR | | I | | |
| 2 | 01110100 | DRENAJES LUMBARES EXTERNOS A SISTEMAS CERRADOS | | I | 5 | II |
| 2 | 01110200 | DRENAJE EXTERNO CONTINUO DE LCR | | I | 5 | II |
| 2 | 01110300 | TRACCIÓN CEFÁLICA, COMPÁS Y/O COLOCACIÓN DE HALO CHALECO | | I | 5 | II |
| 2 | 01110400 | BLOQUEO CERVICAL, DORSAL Y LUMBAR FACETARIO, RADICULAR O EPIDURAL GUIADO POR RADIOSCOPIA O TC | | A | 5 | II |
| 2 | 01110400 | BLOQUEO CERVICAL, DORSAL Y LUMBAR FACETARIO, RADICULAR O EPIDURAL GUIADO POR RADIOSCOPIA O TC | | I | 5 | II |
| 2 | 01110500 | COLOCACION Y MONITOREO DE LA PIC | | I | 5 | II |
| 2 | 01120100 | VENTRICULOSTOMIA | | I | 6 | II |
| 2 | 01120200 | PUNCIONES EVACUATORIAS DE COLECCIONES INTRACRANEANAS (EXTRAPARENQUIMATOSAS | | I | 6 | II |
| 2 | 01120300 | LIGADURA DE CAROTIDA CERVICAL | | I | 6 | II |
| 2 | 01120400 | TUNEL CARPIANO | | I | 6 | II |
| 2 | 01120500 | RECAMBIO PARCIAL DE VALVULA O COLOCACION DE RESERVORIO A VENTRICULO | | I | 7 | III |
| 2 | 01120600 | TUMOR OSEO DE LA CALOTA | | I | 7 | III |
| 2 | 01120700 | TUMOR CEFALICO DE PARTES BLANDAS | | I | 6 | II |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 01120800 | DESPLAQUETAMIENTO | I | 6 | II |
| 2 01120900 | COLOCACION DE CATETERES EPIOSUBDURALES CON RESERVORIO PARA LA INSTILACION DE FARMACOS | I | 6 | II |
| 2 01121000 | TOILETTE DE HERIDA QUIRURGICA | I | 5 | II |
| 2 01130100 | CRANEOPLASTIAS (EXCEPTO DE ORBITA) | I | 7 | III |
| 2 01130200 | PLASTICA O RECONSTRUCCION DE SENOS VENOSOS INTRACRANEANOS (COMO TRATAMIENTO ADICIONAL DE UNA CIRUJIA) | I | 8 | IV |
| 2 01130300 | VENTRICULOCISTERNOSTOMIAS | I | 7 | III |

**REGLAS GENERALES**
**Malformaciones Arteriovenosas: Hasta 3 sesiones.**
**La 1.ª se factura al 100%, las siguientes al 60%.**
**Los materiales se facturan siempre al mismo valor.**
**Embolización con derivador de flujo (ítem 01.16.03 D):**
**Máximo 5 procedimientos anuales con esta tecnología, entre todos los practicas.**
**Facturación de materiales implantables: Requiere stickers, certificado de implante y, si corresponde, imágenes post-procedimiento.**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 01130400 | NEUROLISIS POR VIA TRANSOVAL PARA NEURALGIA DEL TR | I | 7 | III |
| 2 01130401 | NEUROLISIS QUIMICA PERIFERICA - VERTEBROPLASTIA PERCUTANEA | I | | |

**Indicaciones:**
**1. Neurolisis: neurolisis de cadena simpática, ganglio estrellado, plexo celiaco, cadena lumbar, plexo hipogastrico, que respondan a las siguientes patologias; dolor simpatico de cabeza y cuello, sindrome doloroso regional tipo I y II, otros dolores de origen simpatico en torax especialmente (pared anterior y hombro). Enfermedad de Raynau y otros desordenes vasculares en otras regiones. Neurolisis facetarias de raices espinales, radiculares o periradiculares. Neuralgias de pared craneales.**
**2. Verteroplastía:reforzamientos de cuerpos vertebrales, hemangiomas, fracturas vertebrales por metastasis o mieloma multiple. Esta práctica debe tener previamente bloqueo diagnostico y/o pronostico. Incluye: material descartable (introductores, cateteres, guías, agujas de punción, etc), Material Etanol Gelificado/Fenol/Glicerol y Cemento M-M (metil-metacrilato), Gastos de sala de intervención, Medicamentos especificos para el procedimiento; medicamentos incluidos en el formulario terapéutico ambulatorio y de internación. Todas las inyecciones o aplicaciones necesarias por patología.**
- **Exclusiones Generales: Internación en Sala, UTI o Unidad Coronaria .**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 01130500 | REOPERACION PARA TOILETTE DE HERIDAS QUIRURGICAS E | I | 7 | III |
| 2 01130600 | EXTRACCION DE PROTESIS VERTEBRALES HASTA DOS NIVEL | I | 8 | IV |
| 2 01130700 | FRACTURA HUNDIMIENTO DE CRANEO | I | 8 | IV |
| 2 01130800 | VERTEBROPLASTIA | I | 9 | IV |
| 2 01140100 | TUMORES OSEOS DE ORBITA Y SENOS (CON Y SIN CRANEOPLASTIA | I | 9 | IV |
| 2 01140200 | PATOLOGIA CAROTIDEA ENDARTERECTOMIA | I | 8 | IV |
| 2 01140300 | DERIVACION INTERNA DE LCR. VENTRICULO PERITONEAL, VENTRICILO ARTRIAL O LUMBOPERITONEAL | I | 9 | IV |
| 2 01140400 | RECAMBIO TOTAL DE VALVULA DE LCR | I | 8 | IV |
| 2 01140500 | CUERPO EXTRAÑO O PROYECTIL INTRACRANEANO | I | 8 | IV |
| 2 01140600 | EVACUACION DE HEMATOMAS EXTRADURALES Y/O COLECCION | I | 8 | IV |
| 2 01140700 | COLECCIONES EXTRADURALES O SUBDURALES DEL RAQUIS C | I | 8 | IV |
| 2 01140800 | LIBERACION QUIRURGICA DEL NERVIO | I | 8 | IV |
| 2 01140900 | MICRODISCECTOMIALUMBAR | I | 9 | IV |
| 2 01141000 | ABORDAJES POSTERIORES A LA COLUMNA DORSAL, LUMBAR | I | 9 | IV |
| 2 01141100 | SIMPATECTOMIA TORACICA Y LUMBAR | I | 8 | IV |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 01141200 | TUMORES EPIDURALES DEL RAQUIS | I | 9 | IV |
| 2 01141300 | TUMOR BLANDO DE ORBITA. VIA EXTRACRANEANA | I | 8 | IV |
| 2 01141400 | MENINGOCELE, MIELORNENINGOCELE | I | 9 | IV |
| 2 01141500 | EXTRACCION DE PROTESIS VERTEBRALES EN MAS DE DOS NIVELES | I | 9 | IV |
| 2 01141600 | CORDOTOMIA | I | 8 | IV |
| 2 01141700 | TRANSPOSICION DEL CUBITAL | I | 8 | IV |
| 2 01141800 | NEURORRAFÍA, INJERTO, ESCISIÓN DE LESIÓN TUMORAL DEL NERVIO RADIAL, MEDIANO ETC. | I | 8 | IV |
| 2 01141900 | DESPLAQUETAMIENTO PARA DISMINUIR LA PRESIÓN INTRACRANEANA | I | 8 | IV |
| 2 01142000 | CIFOPLASTIA | I | 8 | IV |
| 2 01150100 | EVACUACION DE HEMATOMA INTRACEREBRALES | I | 9 | IV |
| 2 01150200 | FISTULA DE LCR DE TODO TIPO Y LOCALIZACION | I | 9 | IV |
| 2 01150300 | TUMORES PRIMITIVOS ENCEFALICOS | I | 9 | IV |
| 2 01150400 | TUMORES DE ORIGEN METASTASICOS | I | 9 | IV |
| 2 01150500 | COLOCACION DE BOMBA DE INFUSION CONTINUA PARA LA INSTLIACION DE MORFINA O BACLOFENO | I | 9 | IV |
| 2 01150600 | CRANEOSTENOSIS | I | 9 | IV |
| 2 01150700 | PATOLOGIA DE LA CHARNELA | I | 9 | IV |
| 2 01150800 | DESCOMPRESION NEUROVASCULAR (TRIGEMINO, FACIAL, HIPOGLOSOS | I | 9 | IV |
| 2 01150900 | ARACNOIDITIS MEDULAR O OPTOQUIASMATICA | I | 9 | IV |
| 2 01151000 | COLECCIONES INFRATENTORIALES | I | 9 | IV |
| 2 01151100 | TUMORES ORBITARIOS POR VIA ENDOCRANEANA | I | 9 | IV |
| 2 01151200 | ABSCESOS CEREBRALES | I | 9 | IV |
| 2 01151300 | ANASTOMOSIS DE NERVIOS CRANEALES | I | 10 | V |
| 2 01151400 | ESTIMULADORES CEREBRALES PARA EL DOLOR | I | 9 | IV |
| 2 01151500 | PATOLOGIA HIPOFISIARIA VIA TRANSEPTO ESFENOIDAL PARA ADENOMAS DE HIPOFISIS | I | 10 | V |
| 2 01151600 | ABORDAJE ANTERIOR A LA COLUMNA CERRVICAL. MICODISCECTOMIA CON INJERTO AUTOLOGOO SUSTITULO | I | 10 | V |
| 2 01151700 | CORPECTOMIAS EN COLUMNA CERVICAL CON O SIN COLOCACION DE PROTESIS, PARAESTABILIZACION E PATOLOGIA TRAUMATICA, DEGENERATIVA O TUMORAL | I | 10 | V |
| 2 01151800 | ESTABILIZACION DEL RAQUIS CERVICAL SUBAXIAL CON INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR, YA SEA CON TORNILLOS DE MASA LATERAL (MAGERL) MARCOS Y AAMBRADOS | I | 10 | V |
| 2 01151900 | ESTABILIZACION DEL RAQUIS DORSAL Y LUMBAR CON INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR, YA SEA CON TORNILLOS TRANSPIDICULARESO MARCOS Y ALAMBRADIS SUBLAMINARES | I | 10 | V |
| 2 01152000 | ABORDAJE LATERAL EXTRACAVITARIO PARA DISCECTOMIAS O CORPECTOMIAS DORSALES | I | 10 | V |
| 2 01152100 | TRATAMIENTO DE LA SIRINGOMIELIA, SIRINGOBULBIA CON O SIN SHUNT | I | 10 | V |
| 2 01152200 | DIASTEMATOMIELIA CERVICAL O DORSAL | I | 9 | IV |
| 2 01152300 | TUMORES INTRADURALES EXTRAMEDULARES DEL RAQUIS | I | 9 | IV |
| 2 01152400 | RECONSTRUCCION DE LA FOSA POSTERIOR PARA ARNOLD CHIARI | I | 10 | V |
| 2 01152500 | ESTIMULADOR VAGAL | I | 9 | IV |
| 2 01152600 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PLEXO BRAQUIAL | I | 9 | IV |
| 2 01152700 | COLOCACION DE ELECTRODOS ESPINALES PARA PRUEBA DE ESTIMULACION MEDULAR POR VIA EPIDURAL | I | 9 | IV |
| 2 01153000 | TRAT. ENDOVASCULAR TERAPEUTICO EXTRACRANEAL O PERC | I | | |
| 2 01160100 | FISTULAS ARTERIOVENOSAS DURALES | I | 9 | IV |
| 2 01160200 | ANEURIMAS CEREBRALES DE CUALQUIER TIPO Y LOCALIZACION CLIPADO (SE ADICIONA EL 50% EN CASO DE ANEURISMA MULTIPLES) | I | 10 | V |
| 2 01160300 | ANEURIMAS CEREBRALES DE CUALQUIER TIPO Y LOCALIZACION - POE VIA ENDOVASCULAR (LOS RESTANTES PROCEDIMIENTOS SE REALIZAN A UN EQUIVALENTE DE 100 UN) | I | 10 | V |
| 2 01160301 | EMBOLIZACION DE ANEURISMAS CON BALON REMODELING Y | I | 10 | V |
| 2 01160302 | EMBOLIZACION DE ANEURISMAS CON COIL DESPRENDIBLES | I | 10 | V |
| 2 01160303 | EMBOLIZACION DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS CERE | I | 10 | V |
| 2 01160304 | EMBOLIZACION DE MALFORMACION VASCULAR CEREBRAL CON POLIMERO (ONIX/ SQUID/PHIL) | I | 10 | V |

**Indicaciones: Malformación arterio vensos (MAV)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | • **Incluye: material descartable (introductores, catéteres, guías, agujas de punción, etc), Material Implantable (viales de polimero), Gastos de sala de intervención, Medicamentos específicos para el procedimiento; medicamentos incluidos en el formulario terapéutico ambulatorio y de internación.**<br>• **Exclusiones Generales: Internación en Sala, UTI o Unidad Coronaria gastos de pension.** | | | | |
| 2 01160305 | EMBOLIZACION DE ANEURISMA CEREBRAL CON TECNOLOGIA DE DERIVADOR DE FLUJO | | I | 10 | V |
| | | **Indicaciones: Aneurisma Cerebrales con indicación especifica de utilización de derivador de flujo cerebral. Se debe presentar los estudios diagnósticos específicos.** | | | |
| | • **Incluye: material descartable (introductores, catéteres, guías, agujas de punción, etc), Gastos de sala de intervención, Medicamentos específicos para el procedimiento; medicamentos incluidos en el formulario terapéutico ambulatorio y de internación**<br>• **Exclusiones Generales: Internación en Sala, UTI o Unidad Coronaria** | | | | |
| 2 01160400 | TUMORES DE HIPOFISIS O REGION PERISELAR POR VIA TRANSCRANEANA | | I | 9 | IV |
| 2 01160500 | MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS CEREBRALES O MEDULARES CON RESOLUCION QUIRURGICA | | I | 10 | V |
| 2 01160600 | MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS CEREBRALES O MEDULARES POR VIA ENDOVASCULAR (LOS RESTANTES PROCEDIMIENTOS SE REALIZAN A UN | | I | 10 | V |
| 2 01160700 | TUMORES OSEOS DE LA BASE DEL CRANEO | | I | 10 | V |
| 2 01160800 | TUMORES DEL ANGULO PONTOCEREBELOSO | | I | 10 | V |
| 2 01160900 | TUMORES INTRAVENTRICULARES | | I | 9 | IV |
| 2 01161000 | BYPASS DE ALTO FLUJO | | I | | |
| 2 01161100 | TUMORES U OTRA PATOLOGIA INTRAMEDULAR O DE COLA DE CABALLO | | I | 9 | IV |
| 2 01161200 | ABORDAJES ANTERIORES A LA COLUMNA DORSAL O LUMBAR CON O SIN FIJACION PROTESICA; | | I | 10 | V |
| | **INCLUYE LA TECNICA ALIF, OLIF Y XLIF, (hay que aclarar que si es parte de un procedimiento combinado anterior- posterior para estabiliazion espinal se facturara el procedimiento postrior por separado** | | | | |
| 2 01161300 | ESTABILIZACION DEL RAQUIS DORSAL O LUMBAR EN MAS DE 4 NIVELES | | I | 10 | V |
| 2 01161400 | CORRECCION DE DESBALANCE SAGITAL POR OSTEOTOMIA DE SUSTRACCION PEDICULAR U OSTEOTOMIA DE SMITH- PETERSONE PONTE MULTIPLE, ETC | | I | 10 | V |
| | **Incluye la estabilizacion del raquis dorzal o lumbar** | | | | |
| 2 01161500 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ESCOLEOSIS IDIOPATICA (DEL ADOLESCENTE) | | I | 10 | V |
| 2 01161600 | CORPECTOMIAS LUMBARES TOTALES (O SUBTOTALES POR VIA POSTERIOR CON ESTABILIZACION DEL RAQUIS) | | I | 10 | V |
| 2 01161700 | SACRECTOMIAS SUBTOTALES (CON CONSERVACION DE 50% DE LAS ARTICULACIONES SACROILICA POR CORDOMAS U OTROS TUMORES. | | I | 10 | V |
| 2 01161800 | REDUCCION DE ESPONDILOLISTESIS DE ALTOS GRADOS | | I | 9 | IV |
| 2 01161900 | FIJACION OCCIPITOCERVICAL | | I | 9 | IV |
| 2 01162000 | ARTRODESIS C1-C2 CON TORNILLOS POR TECNICA DE HARMSO MARGERL | | I | 10 | V |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 01162100 | CORRECCIÓN DE CIFOSIS CERVICAL POR OSTEOTOMÍAS NIVEL 3, 4 Y 5 | | I | 10 | V |
| 2 01170100 | TUMORES DE LA BASE DE CRANEO | | I | 10 | V |
| | | | | 10 | V |
| 2 01170200 | ABORDAJE TRANS-ORALES A LA UNION OCCIPITOCERVICAL | | I | | |
| 2 01170300 | TUMORES DEL TRONCO CEREBRAL | | I | 10 | V |
| 2 01180100 | ARTERIOGRAFIA CEREBRAL POR CATETERISMO | | A | | |
| 2 01180100 | ARTERIOGRAFIA CEREBRAL POR CATETERISMO | | I | 7 | III |
| 2 01190100 | ANGIOPLASTIA INTRACEREBRAL - TRATAMIENTO ACV | | I | 7 | III |
| 2 01190200 | ANGIOPLASTIA CAROTIDEA CON STENT | | I | 7 | III |

**Indicaciones: Obstrucción carotidea con indicación de resolución quirúrgica.**

- **Incluye: material descartable (introductores, cateteres, guías, agujas de punción, etc), Stent autoexpandible más filtro de Protección Cerebral, Gastos de sala de intervención, Medicamentos específicos para el procedimiento.**
- **Exclusiones Generales: Internación en Sala, UTI o Unidad Coronaria (Gastos de pensión).**

**OPERACIONES EN EL APARATO DE LA VISION**

| **PRACTICAS QUIRURGICAS** | UNIDAD OFTALMOLOGICA (U O ) |
|---|---|
| | **HONORARIOS**<br>Incluye: cirujano y ayudantes (equivalentes al 25% de la U O pactada)<br>Si requiere ayudante este arancel se considera incluído en los valores pactados como honorarios (equivalen al 25% de la Uo pactada para esa prestación)<br><br>**Honorarios Cirugias Multiples:**<br>100% de la mayor<br>50% de las restantes - misma via de abordaje<br>75% de las restantes - distinta vía de abordaje<br>50% - misma patología por doble via de abordaje.<br>Si la cirugia es en ambos ojos en la misma seción se reconocerá el 100% del valor para cada ojo. |
| | **GASTOS QUIRÚRGICOS**<br>Se sumaran a la facturación de los honorarios profesionales como Unidad Oftalmología.<br>Si la Cirugia es en ambos ojos se reconocera el 100% de los gastos Quirúrgicos de la primera y el 50% de los gastos quirúrgicos de la segunda.<br><br>**Instrumentista quirúrgica:** Honorarios incluidos en gastos quirúrgicos. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 02100100 | LESIONES MACULARES (EDEMA MACULAR DIABETICO) | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02100200 | LESIONES VASCULARES CON ISQUEMIA EN UN CUADRANTE - TRATAMIENTO COMPLETO | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02100300 | DESGARROS Y AGUJEROS DE RETINA | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02100400 | YAG LASER (CAPSULOTOMIA POSTERIOR - DOS SESIONES INCLUIDAS - TRATAMIENTO COMPLETO | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02100500 | TRABECULOPLASTIA, IRIDOTOMIA, IRIDOPLASTIA (LASER DE ARGON<br>Indicaclones: Glaucoma de Angulo Estrecho, Bloqueo Pupilar. | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02100600 | LASER MEDIANTE OFTALMOSCOPIA BINOCULAR INDIRECTA | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02100700 | LASER MEDIANTE OFTALMOSCOPIA BINOC- PREMATUROS en sala de neonatologia | OFTALMOLOGIA | I | V | 9 |
| 2 02100800 | LESIONES VASCULARES CON ISQUEMIA EN DOS O MAS CUADRANTES | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02100900 | OBSTRUCCIONES VASCULARES (CON ISQUEMIA EN MAS DE 3 CUADRANTES | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02101000 | RETINOPATIA DIABETICA SEVERA (PANFOTOCOAGULACION) | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02101100 | TROMBOSIS DE VENA CENTRAL TIPO ISQUEMICA | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02101200 | CIRUGIA REFRACTIVA CON EXCIMER LASER (UNILATERAL)<br>.Indícaciones: tratamiento de Miopia, Hipermetropia, o Astigmatismo. | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02101300 | DACRIOCISTORINOSTOMIA CON LASER<br>ndicaciones: Obstrucción Via Lagrimal Inferior, Dacriocistocele, Dacriocistitis Crónica. | OFTALMOLOGIA | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 02110100 | ESCISION DE LESION PALPEBRAL CHALAZION - BIOPSIA | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02110100 | ESCISION DE LESION PALPEBRAL CHALAZION - BIOPSIA | OFTALMOLOGIA | I | 2 | |
| 2 02110200 | ENTROPION, ECTROPION, BLEFAROPLASTIA | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02110200 | ENTROPION, ECTROPION, BLEFAROPLASTIA | OFTALMOLOGIA | I | 2 | |
| 2 02110300 | PTOSIS PALPEBRAL (FASANELLA O SUSPENSORIA) | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02110300 | PTOSIS PALPEBRAL (FASANELLA O SUSPENSORIA) | OFTALMOLOGIA | I | 4 | I |
| 2 02110400 | PTOSIS PALPEBRAL CON RESECCION DEL ELEVADOR | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02110400 | PTOSIS PALPEBRAL CON RESECCION DEL ELEVADOR | OFTALMOLOGIA | I | 4 | I |
| 2 02110500 | RECONSTRUCCION DE PARPADOS SIMPLE | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02110600 | RECONSTRUCCION DE PARPADO COMPLEJA (TUMOR) | OFTALMOLOGIA | I | 4 | I |
| 2 02110600 | RECONSTRUCCION DE PARPADO COMPLEJA (TUMOR) | OFTALMOLOGIA | I | 4 | I |
| 2 02110700 | CIRUGIA DE DISTRIQUIASIS | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02110700 | CIRUGIA DE DISTRIQUIASIS | OFTALMOLOGIA | I | 4 | I |
| 2 02110800 | CIRUGIA DE IMPLANTE DE ORO (IMPLANTE EXCLUIDO) | OFTALMOLOGIA | A | | |
| | (implante excluido) Implante. Indicación: Retracción del Parpado Superior por Parálisis. | | | | |
| 2 02110800 | CIRUGIA DE IMPLANTE DE ORO (IMPLANTE EXCLUIDO) | OFTALMOLOGIA | I | 7 | III |
| 2 02120100 | ESCISION LESION CONJUNTIVAL (PTERIGION, NEVUS, EPI | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02120100 | ESCISION LESION CONJUNTIVAL (PTERIGION, NEVUS, EPI | OFTALMOLOGIA | I | 2 | |
| 2 02120300 | CONJUNTIVOPLASTIA CON INJERTO DE LIMBO | OFTALMOLOGIA | A | | |
| | .Indicaciones: Pterigion Recidivado, Escicion de Tumor Limbo Conjuntival. | | | | |
| 2 02120300 | CONJUNTIVOPLASTIA CON INJERTO | OFTALMOLOGIA | I | 7 | III |
| 2 02120400 | PERITOMIA, PERITECTOMIA | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02120400 | PERITOMIA, PERITECTOMIA | OFTALMOLOGIA | I | 4 | I |
| 2 02120500 | SUTURA CONJUNTIVA - BIOPSIA DE CONJUNTIVA | OFTALMOLOGIA | A | | |
| | .Indicaciones: Trauma Conjuntiva¡, Toma de Muestra para Examen. | | | | |
| 2 02120500 | SUTURA CONJUNTIVA - BIOPSIA DE CONJUNTIVA | OFTALMOLOGIA | I | 3 | I |
| 2 02130100 | QUERATOCENTESIS - CAUTERIZACION - TOMA DE MATERIAL | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02130100 | QUERATOCENTESIS - CAUTERIZACION - TOMA DE MATERIAL | OFTALMOLOGIA | I | 4 | I |
| 2 02130200 | SUTURA DE CORNEA (SIN PROLAPSO DE IRIS) | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02130200 | SUTURA DE CORNEA (SIN PROLAPSO DE IRIS) | OFTALMOLOGIA | I | 4 | I |
| 2 02130300 | SUTURA DE CORNEA (CON PROLAPSO DE IRIS) | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02130300 | SUTURA DE CORNEA (CON PROLAPSO DE IRIS) | OFTALMOLOGIA | I | 6 | II |
| 2 02130600 | CROSSLINKING UNILATERAL | OFTALMOLOGIA | A | | |
| | Incluye medicamento y tratamiento con radiofrecuencia.Irtdicaciones: Ectasia Corneal. | | | | |
| 2 02130700 | ANILLOS INTRACORNEALES UNILATERAL | OFTALMOLOGIA | A | | |
| | .Excluye: anillos. Indicaciones: Tratamiento de ectasias corneales y astigmatismos irregulares. | | | | |
| 2 02140100 | ESTRABISMOS | OFTALMOLOGIA | A | | |
| | Incluye: cualquier tecnica o cantidad de musculo a tratar. | | | | |
| 2 02140100 | ESTRABISMOS | OFTALMOLOGIA | I | 5 | II |
| 2 02150100 | IRIDECTOMIA, IRIDOTOMIA, COREOPLASTIA | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02150100 | IRIDECTOMIA, IRIDOTOMIA, COREOPLASTIA | OFTALMOLOGIA | I | 5 | II |
| 2 02150200 | IRIDOCICLETOMIA O IRIDOCICLOTOMIA POR TUMORES | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02150200 | IRIDOCICLETOMIA O IRIDOCICLOTOMIA POR TUMORES | OFTALMOLOGIA | I | 6 | II |
| 2 02150300 | TRABECULECTOMIA - TRABECULOTOMIA - VISCOCANALOSTO- | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02150300 | TRABECULECTOMIA - TRABECULOTOMIA - VISCOCANALOSTO- | OFTALMOLOGIA | I | 7 | III |
| 2 02150400 | TRABECULECTOMIA CON IMPLANTE VALVULAR (NO INCLUYE | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02150400 | TRABECULECTOMIA CON IMPLANTE VALVULAR (NO INCLUYE | OFTALMOLOGIA | I | 7 | III |
| 2 02160100 | EXTRACCION INTRACAPSULAR | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02160100 | EXTRACCION INTRACAPSULAR | OFTALMOLOGIA | I | 3 | I |
| 2 02160200 | CATARATA + IMPLANTE LIO, MANUAL (LENTE PMMA) EXTRA | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02160200 | CATARATA + IMPLANTE LIO, MANUAL (LENTE PMMA) EXTRA | OFTALMOLOGIA | I | 6 | II |
| 2 02160300 | FACOEMULSIFICACION + IMPLANTE DE LIO (LENTE PMMA) | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02160300 | FACOEMULSIFICACION + IMPLANTE DE LIO (LENTE PMMA) | OFTALMOLOGIA | I | 7 | III |
| 2 02160400 | IMPLANTE SECUNDARIO EN CAMARA ANTERIOR (INCLUYE VITRECTOMIA | OFTALMOLOGIA | A | | |
| 2 02160400 | IMPLANTE SECUNDARIO EN CAMARA ANTERIOR (INCLUYE VI | OFTALMOLOGIA | I | 7 | III |
| 2 02160500 | IMPLANTE SECUNDARIO EN CAMARA POSTERIOR EN AFAQUIA EXTRACAPSULAR | OFTALMOLOGIA | A | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 02160500 | IMPLANTE SECUNDARIO EN CAMARA POSTERIOR EN AFAQUIA | OFTALMOLOGIA | | I | 7 | III |
| 2 02160600 | IMPLANTE SECUNDARIO EN CAMARA POSTERIOR EN AFAQUIA EXTRACAPSULAR. CON SUTURA LIO A ESCALERA Y VITRECTOMIA | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02160600 | IMPLANTE SECUNDARIO EN CAMARA POSTERIOR EN AFAQUIA | OFTALMOLOGIA | | I | 7 | III |
| 2 02160700 | EXTRACCION DE LIO DE CAMARA ANTERIOR O POSTERIOR | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02160700 | EXTRACCION DE LIO DE CAMARA ANTERIOR O POSTERIOR | OFTALMOLOGIA | | I | 6 | II |
| 2 02160900 | FACOTRAVECULECTOMIA | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02160900 | FACOTRAVECULECTOMIA | OFTALMOLOGIA | | I | 3 | I |
| 2 02170100 | RETINOPEXIA NEUMATICA (MAS CRIO, DIATERMIA O FOTO- | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02170100 | RETINOPEXIA NEUMATICA (MAS CRIO, DIATERMIA O FOTO- | OFTALMOLOGIA | | I | 6 | II |
| 2 02170200 | RETINOPEXIA CON ESCLERECTOMIA E IMPLANTE | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| | Incluye:perfluorocarbono y aceite de silicon. Paquimetria topografia corneal, si correspondiera. | | | | | |
| 2 02170200 | RETINOPEXIA CON ESCLERECTOMIA E IMPLANTE | OFTALMOLOGIA | | I | 6 | II |
| 2 02170300 | INYECCION INTRAVITREA EN QUIROFANO | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| | INCLUYE la aplicación de las drogas o fármacos correspondientesy los insumos quirúrgicos. Excluye las drogas o fármacos. | | | | | |
| 2 02170300 | INYECCION INTRAVITREA EN QUIROFANO | OFTALMOLOGIA | | I | 4 | I |
| 2 02170400 | VITRECTOMIA SIMPLE | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| | .Indicaciones: Hemovitreo, luxación, Cristalino, Luxación lente Intraocular, Endoftalmitis. | | | | | |
| 2 02170400 | VITRECTOMIA SIMPLE | OFTALMOLOGIA | | I | 4 | I |
| 2 02180100 | VITRECTOMIA COMPLEJA CON PEELING DE MEMBRANA, RETINOTOMIA. RETINECTOMIA / ENDOLASER, GAS Y ACEITE | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| | Incluye Set de Vitrectomia. | | | | | |
| 2 02180100 | VITRECTOMIA COMPLEJA CON PEELING DE MEMBRANA, RETI | OFTALMOLOGIA | | I | 4 | I |
| 2 02180200 | EXTRACCION DE ACEITE POST VITRECTOMIA COMPLEJA | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02180200 | EXTRACCION DE ACEITE POST VITRECTOMIA COMPLEJA | OFTALMOLOGIA | | I | 4 | I |
| 2 02190100 | INYECCION RETROBULBAR EN QUIROFANO | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| | .Incluye: Anestesia Retrobulbar, Alcoholización del Nervio Optico | | | | | |
| 2 02190100 | INYECCION RETROBULBAR EN QUIROFANO | OFTALMOLOGIA | | I | 1 | |
| 2 02190200 | ENUCLEACION - EVISCERACION (NO INCLUYE PROTESIS) | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| | . Excluye implante. Indicaciones: Tumor Intraocular, Endoftalmitis, Estallido de Globo Ocular traumático, Ojo Ciego Doloroso. | | | | | |
| 2 02190200 | ENUCLEACION - EVISCERACION (NO INCLUYE PROTESIS) | OFTALMOLOGIA | | I | 4 | I |
| 2 02200100 | SONDAJE LAGRIMAL BAJO ANESTESIA GENERAL (NO INCLUYe anestesia ni sus gastos) | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02200100 | SONDAJE LAGRIMAL BAJO ANESTESIA GENERAL (NO INCLUY | OFTALMOLOGIA | | I | 3 | I |
| 2 02200200 | SONDAJE LAGRIMAL CON ANESTESIA | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| | .Excluye: Set de Intubación.Indicación: Obstrucción via lagrimal. | | | | | |
| 2 02200300 | OCLUSION, CAUTERIZACION, TAPONAMIENTO PUNTO LAGRIMAL | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| | Indicaciones. Ojo Seco. | | | | | |
| 2 02200300 | OCLUSION, CAUTERIZACION, TAPONAMIENTO PUNTO LAGRIM | OFTALMOLOGIA | | I | 2 | |
| 2 02200400 | DRENAJE DE ABCESO DE SACO O GLANDULA | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02200400 | DRENAJE DE ABCESO DE SACO O GLANDULA | OFTALMOLOGIA | | I | 3 | I |
| 2 02200500 | RECONSTRUCCION POST TRAUMATICA | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02200500 | RECONSTRUCCION POST TRAUMATICA | OFTALMOLOGIA | | I | 7 | III |
| 2 02200600 | DACRIOCISTORINOSTOMIA | OFTALMOLOGIA | | A | 7 | III |
| 2 02200700 | DACRIORINOSTOMIA CON TUBO DE JONES (NO INCLUYE TUBO) | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02200800 | REUBICACION DE TUBO DE JONES DESPUES DE LOS 30 DIAS | OFTALMOLOGIA | | A | 7 | III |
| 2 02210100 | EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL O SUBTENONIANO | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02210100 | EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL O SUBTEN- | OFTALMOLOGIA | | I | 3 | I |
| 2 02210200 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACORNEAL | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02210200 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACORNEAL | OFTALMOLOGIA | | I | 3 | I |
| 2 02210300 | HERIDA PERFORANTE CON CUERPO EXTRAÑO EN CAMARA ANTERIOR | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02210300 | HERIDA PERFORANTE CON CUERPO EXTRAÑO EN CAMARA ANT | OFTALMOLOGIA | | I | 6 | II |
| 2 02210400 | LAVADO DE CAMARA ANTERIOR (COMO UNICA OPERACION) | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02210400 | LAVADO DE CAMARA ANTERIOR (COMO UNICA OPERACION) | OFTALMOLOGIA | | I | 3 | I |
| 2 02210500 | HERIDA PERFORANTE CON LESION DE CORNEA, ESCLERA, IRIS Y CRISTALINO (PUEDE IR LIO) | OFTALMOLOGIA | | A | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Incluye: iris y cristalino (puede ir de ser necesario LIO. | | | | | |
| 2 02210500 | HERIDA PERFORANTE CON LESION DE CORNEA, ESCLERA, I | OFTALMOLOGIA | | I | 6 | II |
| 2 02210600 | HERIDA PERFORANTE CON CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR QUE REQUIERE SU EXTRACCION Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo Incluye: Set Quirúrgico. | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02210600 | HERIDA PERFORANTE CON CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR Q | OFTALMOLOGIA | | I | 6 | II |
| 2 02210700 | SUTURA HERIDA PALPEBRAL SIN COMPROMISO DE VIA LAGRIMAL Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo Incluye: Set Quirúrgico. | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02210700 | SUTURA HERIDA PALPEBRAL SIN COMPROMISO DE VIA LAGR | OFTALMOLOGIA | | I | 7 | III |
| 2 02210800 | SUTURA HERIDA PALPEBRAL, CON COMPROMISO DE VIA LAGRIMAL (INCLUYE INTUBACION CON SILICON Y EXTRACCION A LOS 2 MESES) Practica relacionada en su prescripción, real ización y facturación a médico oftalmólogo . Excluye: set y extracción del tubo a los 2 meses. | OFTALMOLOGIA | | A | 7 | III |
| 2 02210900 | HERIDA ESCLERAL DE MAS DE 4MM POR DETRAS DEL LIMBO QUE REQUIERE TRATAMIENTO PROFILACTICO DE DR | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02210900 | HERIDA ESCLERAL DE MAS DE 4MM POR DETRAS DEL LIMBO | OFTALMOLOGIA | | I | 4 | II |
| 2 02211000 | FRACTURA PISO ORBITARIO (NO INCLUYE PROTESIS) | OFTALMOLOGIA | | I | 7 | III |
| 2 02220100 | INYECCION SUBCONJUNTIVAL O SUBTENONIANA (INCLUYE F ARMACOS E INSUMOS]) | OFTALMOLOGIA | | A | | |
| 2 02220100 | INYECCION SUBCONJUNTIVAL O SUBTENONIANA (INCLUYE F | OFTALMOLOGIA | | I | 1 | |
| | **OPERACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS** | | | | | |
| 2 03010100 | RECONST. PABELLON AURIC.C/INJERTO CARTILAGO Y PIEL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | A | | |
| 2 03010100 | RECONST. PABELLON AURIC.C/INJERTO CARTILAGO Y PIEL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 4 | I |
| 2 03010200 | OTOPLASTIA O RECONST. PABELLONCUCUR.,ANSIF. O SIMI | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 4 | I |
| 2 03010500 | INCISION Y DRENAJE DE AURICULA.SUTURA DEL PABELLON | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | A | | |
| 2 03010500 | INCISION Y DRENAJE DE AURICULA.SUTURA DEL PABELLON | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | | |
| 2 03010600 | CIRUGIA DE AGENESIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 6 | II |
| 2 03010700 | RESECCION DE OSTEOMA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 4 | I |
| 2 03011000 | EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO DE OIDO CON ANESTESI | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | A | | |
| 2 03011000 | EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO DE OIDO CON ANESTESI | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 2 | I |
| 2 03020100 | MIRINGOPLASTIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | A | | |
| 2 03020100 | MIRINGOPLASTIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 4 | I |
| 2 03020200 | TIMPANOPLASTIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | A | | |
| 2 03020200 | TIMPANOPLASTIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 5 | II |
| 2 03020300 | MIRINGOTOMIA CON/SIN COLOCACION TUBO DRENAJE (I/C) | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | A | | |
| 2 03020300 | MIRINGOTOMIA CON/SIN COLOCACION TUBO DRENAJE (I/C) | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 2 | - |
| 2 03020600 | ESTAPEDECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 5 | II |
| 2 03020700 | MASTOIDECTOMIA SIMPLE O RADICAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 7 | III |
| 2 03021000 | CIRUGIA DEL GLOMUS YUGULARIS | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 7 | III |
| 2 03021100 | CIRUGIA DE SEGUNDA Y TERCERA PORC. DE NERVIO FACIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 6 | II |
| 2 03021200 | TIMPANO-MASTOIDECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 7 | III |
| 2 03030100 | LABERINTECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 6 | II |
| 2 03030300 | CIRUGIA DEL SACO ENDOLINFATICO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 5 | II |
| 2 03030500 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FRACTURA DEL PEÑASCO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 7 | IV |
| 2 03030700 | IMPLANTE OSEO INTEGRADO ACTIVO Y/O PASIVO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 7 | V |
| 2 03030800 | IMPLANTES DISPOSITICOS AUDIOLOGICOS COCLEARES UNIL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 10 | V |
| 2 03030900 | IMPLANTES AUIDOLOGICOS BILATERALES SIMULTANEOS | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 10 | I |
| 2 03031000 | TRATAMI INTRATIMPANICOS CON CORTICOIDE/GENTA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 3 | IV |
| 2 03031100 | CIRUGIA DE FISTULAS LCR OTONEUROLOGICAS | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 9 | I |
| 2 03040500 | ESCISION TUMORES ENDONASALES P/RINOTOMIA LATERAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | I | 5 | II |
| 2 03040900 | SEPTUMPLASTIA P/IMP. CARTILAGO AUTOG. INC/TOMA INJ | EQUIPO QUIRURGICO ORL | | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 03040900 | SEPTUMPLASTIA P/IMP. CARTILAGO AUTOG. INC/TOMA INJ | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| 2 03041000 | SEPTUMPLASTIA P/PERF. O IMPLANT. ACRIL. FOSAS NASA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| 2 03041200 | TURBINECTOMIA PARCI. O COMPLETA SIMPLEUNICA O MULT | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03041200 | TURBINECTOMIA PARCI. O COMPLETA SIMPLEUNICA O MULT | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 4 | I |
| 2 03041400 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ BAJO ANESTES | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 2 | I |
| 2 03041500 | REDUCCION DE FRACTURA NASAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03041500 | REDUCCION DE FRACTURA NASAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 3 | I |
| 2 03041600 | RINOSEPTUMPLASTIA FUNCIONAL. AUDITORIA PREVIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 8 | IV |
| 2 03050100 | CIERRE FIST. MENINGEA POR VIA ENDOSCOPICA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 7 | III |
| 2 03051200 | SINUSOTOMIA MAXILAR SIMPLE VENTANA ANTRAL UNILATER | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 4 | I |
| 2 03051300 | SINUSOTOMIA MAXILAR SIMPLE BILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 03051600 | CIRUGIA DE FOSA PTERIGOMAXILAR EXPLOR. ESCIS. TUMO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| 2 03060100 | LARINGECTOMIA MAS VACIAMIENTO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 9 | IV |
| 2 03060200 | LARINGOFARINGECTOMIA CON VAC,RECONSTRUCCION CON CO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 7 | III |
| 2 03060300 | LARINGECTOMIA TOTAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 7 | III |
| 2 03060400 | LARINGECTOMIA PARCIAL. | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| 2 03060500 | LARINGOPLASTIA CORDOPEXIA ARITENOIDEOPEXIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| 2 03060600 | LARINGOTOMIA MEDIANA E INFERIOR, LARINGOFISURA, | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 03060700 | INCISION Y DRENAJE DE LARINGE, ABSCESO, PERICONDRI | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 03060800 | MICROCIRUGIA DE LARINGE | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03060800 | MICROCIRUGIA DE LARINGE | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 7 | III |
| 2 03061100 | FONOCIRUGIA. CIRUGIA DE ALTA PRECISIÊN, DEBE CONSI | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 8 | IV |
| 2 03061200 | MICROCIRUGIA DE LARINGE CON LASER | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 9 | IV |
| 2 03061300 | LARINGOTRAQUEPLASTIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03061300 | LARINGOTRAQUEPLASTIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 8 | IV |
| 2 03061400 | RECAMBIO DE VALVULA FONATORIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03061400 | RECAMBIO DE VALVULA FONATORIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 4 | I |
| 2 03070100 | INCISION Y DRENAJE DE LESION DE ORIGEN DENTARIOIO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03070100 | INCISION Y DRENAJE DE LESION DE ORIGEN DENTARIOIO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 3 | I |
| 2 03070200 | EXTIRPACION DE TUMORES DE GERMEN DENTARIO.AMELO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 3 | I |
| 2 03070300 | GINGIVECTOMIA PARCIAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 3 | I |
| 2 03070400 | GINGIVECTOMIA TOTAL AMPLIADA. TUMORES | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 4 | I |
| 2 03070500 | OP. COMANDO ENCIA O TRIGONORETROMOLAR, ESCISION DE | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 03070600 | BIOPSIA DE ENCIA. SUTURA DE ENCIA. | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03070600 | BIOPSIA DE ENCIA. SUTURA DE ENCIA. | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 03080100 | PAROTIDECTOMIA TOTAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03080100 | PAROTIDECTOMIA TOTAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 7 | III |
| 2 03080200 | PAROTIDECTOMIA TOTAL CON VACIAMIENTO CERVICAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03080200 | PAROTIDECTOMIA TOTAL CON VACIAMIENTO CERVICAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 8 | IV |
| 2 03080300 | PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL O PARCIAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03080300 | PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL O PARCIAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 03080400 | SUBMAXILECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03080400 | SUBMAXILECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 03080500 | SUBMAXILECTOMIA CON VACIAMIENTO CERVICAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03080500 | SUBMAXILECTOMIA CON VACIAMIENTO CERVICAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 7 | III |
| 2 03080600 | INCISION Y DRENAJE DE GLANDULA PAROTIDA SUBMAXILAR | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03080600 | INCISION Y DRENAJE DE GLANDULA PAROTIDA SUBMAXILAR | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 03080700 | BIOPSIA POR PUNCION DE GLANDULA SALIVAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03080700 | BIOPSIA POR PUNCION DE GLANDULA SALIVAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 03080800 | EXTIRPACION DE RANULA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 03080800 | EXTIRPACION DE RANULA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 | 03080900 | EXTRACCION ENDORAL DE CALCULOS SALIVALES. BIOPSIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03080900 | EXTRACCION ENDORAL DE CALCULOS SALIVALES. BIOPSIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 | 03090100 | OPERACIÓN COMANDO DE PISO DE BOCA CON VACIAMIENTO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03090100 | OPERACIÓN COMANDO DE PISO DE BOCA CON VACIAMIENTO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 7 | III |
| 2 | 03090200 | ESCISION AMPLIADA DE MUCOSA BUCAL Y RECONSTRUCCION | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03090200 | ESCISION AMPLIADA DE MUCOSA BUCAL Y RECONSTRUCCION | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 | 03090300 | ESTOMATOPLASTIA C/INJERTO INCLUYE TOMA DE INJERTO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03090300 | ESTOMATOPLASTIA C/INJERTO INCLUYE TOMA DE INJERTO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 | 03090400 | INCISION Y DRENAJE DE PISO DE BOCA. BIOPSIA DE MUC | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03090400 | INCISION Y DRENAJE DE PISO DE BOCA. BIOPSIA DE MUC | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 3 | I |
| 2 | 03090500 | CIERRE DE FISTULA EXTERNA DE BOCA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03090500 | CIERRE DE FISTULA EXTERNA DE BOCA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 3 | I |
| 2 | 03090600 | EXCERESIS ENDORAL DE TUMOR BENIGNO MENOR DE 10MM ( | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03090600 | EXCERESIS ENDORAL DE TUMOR BENIGNO MENOR DE 10MM ( | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 4 | I |
| 2 | 03090700 | EXERESIS ENDOORAL DE TUMOR MALIGNO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03090700 | EXERESIS ENDOORAL DE TUMOR MALIGNO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 4 | I |
| 2 | 03090800 | EXERESIS ENDOORAL DE TUMOR CON RESECCION OSEA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 | 03100400 | ESCISION AMPLIA EN CUÑA DE LABIO POR TUMOR MALIGNO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 4 | I |
| 2 | 03100500 | QUEILOPLASTIA DE BERNARD, BOROW O SIMILAR, ESCISION DE TUMOR DE LABIO INFERIOR Y RECONSTRUCCION INMEDIATA POR DESLIZAMIENTO O COLGAJO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 | 03100600 | RESECCION DE LESION DE LABIO Y VACIAMIENTO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| 2 | 03100700 | ESCISION LOCAL DE LESION DE LABIO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03100700 | ESCISION LOCAL DE LESION DE LABIO | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 | 03100800 | INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO DE LABIO, SUTURA Y/O | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03100800 | INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO DE LABIO, SUTURA Y/O | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 | 03100900 | RESECCION DEL BORDE BERMELLON (LIP-SHAVING) | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 3 | I |
| 2 | 03110100 | OPERACIÓN COMANDO DE LENGUA.GLOSECTOMIA TOTAL CON | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 8 | IV |
| 2 | 03110200 | GLOSECTOMIA SUBTOTAL , RECESION EN CUÑA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 | 03110300 | ESCISION LOCAL DE LESION BENIGNA DE LENGUA ORAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 3 | I |
| 2 | 03110400 | GLOSOPLASTIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 | 03110500 | GLOSOTOMAA CON DRENAJE DE ABSCESO EXERESIS DE CUER | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03110500 | GLOSOTOMAA CON DRENAJE DE ABSCESO EXERESIS DE CUER | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 | 03110600 | ANGIOMA INTRAMUSCULAR | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| 2 | 03120100 | PALATOPLASTIA PALADAR BLANDO O DURO.P/TIEMPO OPERA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| 2 | 03120200 | RESECCION PARCIAL DE PALADAR POR LESION BENIGNA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 | 03120202 | RECESION PARCIAL DE PALADAR POR LESION MALIGNA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 9 | IV |
| 2 | 03120300 | RESECCION TOTAL DE PALADAR | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| 2 | 03120400 | RESEC. TOT. PALADAR Y REC.INMEDIATA CON INJERTO O | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 7 | III |
| 2 | 03120500 | RESECCION DEL PALADAR POR LESION MALIGNA CON VACIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 9 | IV |
| 2 | 03120600 | INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO DE PALADAR, SUTURA, | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03120600 | INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO DE PALADAR, SUTURA, | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 | 03120700 | RESECCION PARCIAL POR LESION MALIGNA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| 2 | 31301100 | AMIGDALECTOMIA, ADENOIDECTOMIA. ADENOAMIGDALECTOMI | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 | 03130110 | AMIGDALECTOMIA, ADENOIDECTOMIA. ADENOAMIGDALECTOMI | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 | 03130200 | ESCISION O CAUTERIZACION DE AMIGDALA LINGUAL, REST | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 03130200 | ESCISION O CAUTERIZACION DE AMIGDALA LINGUAL, REST | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 3 | I |
| 2 03130300 | INCISION Y DRENAJE AMIGDALAS TEJIDOS PERIAMIGDALIN | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03130300 | INCISION Y DRENAJE AMIGDALAS TEJIDOS PERIAMIGDALIN | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 03130400 | EXERESIS DE LESION MALIGNA DE FARINGE CON VACIAM. | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 9 | IV |
| 2 03130500 | FARINGOPLASTIA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| 2 03130600 | FARINGUECTOMIA PARCIAL, TUMORES | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 7 | III |
| 2 03130700 | EXERESIS DE LESION BENIGNA DE FARINGE, FISTULA O | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 03130800 | FARINGOTOMIA, EXPLORACION, EXTRACCION DE CUERPO EX | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 4 | I |
| 2 03130900 | CIERRE DIRECTO DE FARINGOSTOMA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 4 | I |
| 2 03131000 | SUTURA DE FARINGE | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 4 | I |
| 2 03131100 | BIOPSIA DE LESION DE FARINGE | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03131100 | BIOPSIA DE LESION DE FARINGE | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 03131200 | ESCISION RADICAL DE LESION DE NASOFARINGE | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03131200 | ESCISION RADICAL DE LESION DE NASOFARINGE | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 03131300 | BIOPSIA DE LESION DE NASOFARINGE | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03131300 | BIOPSIA DE LESION DE NASOFARINGE | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | | |
| 2 03131500 | DRENAJE DE ABSCESO PERIFARINGEO (ABORDAJE EXTERNO) | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03131500 | DRENAJE DE ABSCESO PERIFARINGEO (ABORDAJE EXTERNO) | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 03131600 | CIERRE DE FISTULA ANTROBUCAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 03131700 | RESECCION DE TUMORES PARAFARINGEOS POR VIA COMBINA | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 5 | II |
| 2 03140101 | CIRUGÍA ENDOSCÓPICA RINOSINUSAL UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03140101 | CIRUGÍA ENDOSCÓPICA RINOSINUSAL UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| 2 03140201 | CIRUGÍA ENDOSCÓPICA RINOSINUSAL BILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | A | | |
| 2 03140201 | CIRUGÍA ENDOSCÓPICA RINOSINUSAL BILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO ORL | I | 6 | II |
| | **OPERACIONES EN EL SISTEMA ENDOCRINO** | | | | |
| 2 04010100 | TIROIDECTOMIA TOTAL CON VACIAMIENTO GANGLIONAR UNI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 04010200 | TIROIDECTOMIA TOTAL CON VACIAMIENTO GANGLIONAR RAD | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 04010300 | TIROIDECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL BILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 04010400 | LOBECTOMIA O HEMITIROIDECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 04010500 | EXERESIS DE QUISTE TIROGLOSO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 04010600 | PUNCION BIOPSIA DE TIROIDES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 04010600 | PUNCION BIOPSIA DE TIROIDES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 04010700 | INCISION Y DRENAJE DE QUISTE TIROGLOSO INFECTADO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 04010700 | INCISION Y DRENAJE DE QUISTE TIROGLOSO INFECTADO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 04010800 | RESECCION POR TUMOR PARATIROIDEO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 04010900 | RESECCION E IMPLANTE DE TEJIDO PARATIROIDEO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 04011000 | CIRUGIA DEL HIPERPARATIROIDISMO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 04011100 | REOPERACIONES POR HIPERPARATIROIDISMO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 04011200 | TIROIDECTOMIA POR BOCIO ENDOTORACICO (VIA CERVICAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 04011300 | TIROIDECTOMIA POR BOCIO ENDOTORACICO (ESTERNOTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 04030100 | HIPOFISECTOMIA TRANSEPTO ESFENOIDAL. | ESPECIALISTA | I | 9 | IV |
| | **OPERACIONES EN EL TORAX** | | | | |
| 2 05010100 | RESECCION DE TUMORES PARIETALES QUE INCLUYAN PLEUR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 05010200 | OPERACIONES PLASTICAS POR TORAX EN CARINA O EXCAVA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 05010300 | OPERACIONES DE COLAPSO SIN RESECCION MUSCULOCOSTAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05010500 | PUNCION PARA BLOQUEO ANESTESICO INTERCOSTAL . | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 05010500 | PUNCION PARA BLOQUEO ANESTESICO INTERCOSTAL . | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 05010600 | VENTANA TORACICA PARA TRATAMIENTO DEL EMPIEMA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 05010700 | TORACOFRENOLAPAROTOMIA EXPLORADORA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 05010800 | REPARACION DE HERNIAS DIAFRAGMATICAS A TRAVES DE T | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 05010900 | RESECCION DE TUMORES PARIETALES QUE INCLUYAN PLEUR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 05011000 | RESECCION AMPLIA DE PARED TORACICA CON REEMPLAZO P | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 05011100 | EXTRACCION DE ALAMBRES ESTERNALES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 05011100 | EXTRACCION DE ALAMBRES ESTERNALES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 05011200 | EXTRACCION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 05011300 | ESTABILIZACION DE PARED TORACICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 05011400 | BIOPSIA DE TUMOR DE PARED TORACICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 05011500 | RESECCION QUIRURGICA DE TUMORES DE PARTES BLANDAS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 05011600 | RESECCION DE PRIMERA COSTILLA O DE COSTILLA CERVIC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 05020100 | TRAQUEOPLASTIA CERVICAL POST-RESECCION TRAQUEAL. P | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05020200 | TRAQUEOSTOMIA O TRAQUEOTOMIA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 05020300 | TRAQUERRAFIA DE ACCESO CERVICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 05020400 | RESECCION DE TRAQUEA CERVICAL. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 05020500 | PUNCION TRAQUEAL. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 05020500 | PUNCION TRAQUEAL. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 05020600 | RESECCIONES TRAQUEALES QUE REQUIEREN REEMPLAZO PRO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05020700 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ESTENOSIS SUB-GLOTICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05030100 | TRAQUEOPLASTIA O BRONCOPLASTIA POR ACCESO TORACICO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05030200 | BRONCOTOMIA Y/O BRONCORRAFIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 05030300 | COLOCACION DE CATETER INTRACAVITARIO PULMONAR, CAV | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 05030400 | TORACOTOMIA O TORACOSCOPIA PARA TRATAMIENTO DE FIS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 05030500 | TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE TUMOR O ESTENOSIS TRAQUEAL O BRONQUIAL (ELECTROBISTURI O LASER) | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 05030501 | MINI INVASIVO TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE TUMOR O | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 05030600 | COLOCACION DE DILATADORES AUTOEXPANDIBLES DE LA LU | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 05030700 | TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE FISTULAS BRONQUIALES CO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 05030701 | MINI INVASIVO TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE FISTULAS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 05040100 | RESECCIONES PULMONARES QUE INCLUYAN, RESECCION DE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 05040200 | ESCISION LOCAL DE LESION PULMONAR O BIOPSIA PULMONAR O BIOPSIA PULMONAR POR TORACOTOMÍA O VIDEOTORACOSCOPÍA, RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O METASTÁSICO, RESECCIONES PULMONARES ATÍPICAS. CIRUGÍA RESECTIVAEN EL NEUMOTÓRAX." | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 05040201 | MINI INVASIVO ESCISION LOCAL DE LESION PULMONAR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05040300 | RESECCION DE TUMORES BENIGNOS EN EL MEDIASTINO,ABS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05040500 | BIOPSIA QUIRURGICA DE TUMOR DE MEDIASTINO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 05040501 | BIOPSIA QUIRURGICA DE TUMOR DE MEDIASTINO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 05040600 | TORACOTOMIA AMPLIA EXPLORADORA PARA TRATAMIENTO DE NEUMOTÒRAX, HEMOTÒRAX, EMPIEMA, QUILOTÓRAX, ETC. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 05040601 | MINI INVASIVO TORACOTOMIA AMPLIA EXPLORADORA PARA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 05040700 | AVENAMIENTO PLEURAL POR SONDA. PLEURODESIS POR NEO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 05040800 | PUNCION PLEURAL DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA. DRENAJE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 05040800 | PUNCION PLEURAL DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA. DRENAJE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 05040900 | PUNCION PLEURAL CON AGUJAS ESPECIALES (VILM,COOPER | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 05041000 | BIOPSIA DE GRASA PREESCALENICA (BIOPSIA DE DANIELS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 05041200 | PLEUROSCOPIA, TORACOSCOPIA O TORACOTOMIA DIAGNOST | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 05041300 | TRATAMIENTO POR VIA TORACOSCOPICA O TORACOTOMIA O | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 05041400 | LOBECTOMIA PULMONAR. SEGMENTECTOMIA PULMONAR. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05041401 | MINI INVASIVO LOBECTOMIA PULMONAR. SEGMENTECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 05041500 | NEUMONECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05041600 | TRAQUEOTOMIA MEDIASTINAL CON RESECCION DE MANUBRIO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05041700 | RESECCION Y REPARACION DE CARINA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05041800 | RESECCION DE LESIONES PULMONARES BILATERALES POR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05041900 | PUNCION PULMONAR DIAGNOSTICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 05041900 | PUNCION PULMONAR DIAGNOSTICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 05042000 | RESECCION DE TUMORES MALIGNOS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05042100 | RESECCION AMPLIADA DE TUMORES MALIGNOS MEDIASTINA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 05042200 | PUNCION DE MEDIASTINO. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 05042200 | PUNCION DE MEDIASTINO. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 05042300 | TRATAMIENTO PLASTICO DE LA MEDIASTINITIS (CON EPI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05042400 | COLOCACION DE VALVULA PLEUROPERITONEAL, CUALQUIER VIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 05042401 | MINI INVASIVO COLOCACION DE VALVULA PLEUROPERITON | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 05042500 | VENTANA PLEUROPERICARDICA POR TORACOTOMIA O VIDEOTORACOSCOPIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05042501 | MINI INVASIVO VENTANA PLEUROPERICARDICA POR TORAC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 05042600 | RESECCION DE TUMORES PLEURALES LOCALIZADOS POR TOR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05042601 | MINI INVASIVO RESECCION DE TUMORES PLEURALES LOCA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 05042700 | RESECCION DE TUMORES PLEURALES DIFUSOS SIN RESECC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05042800 | PLEURECTOMIA PARIETAL MAS NEUMONECTOMIA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05042801 | MINI INVASIVO PLEURECTOMIA PARIETAL MAS NEUMONECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 05042900 | DECORTICACION DE PULMON | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 05043000 | REDUCCION QUIRURGICA VOLUMETRICA PULMONAR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05043001 | MINI INVASIVO REDUCCION QUIRURGICA VOLUMETRICA PU | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 05043100 | SIMPATICECTOMIA TORACICA VIDEOTORACOSCOPICA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 05043101 | MINI INVASIVO SIMPATICECTOMIA TORACICA VIDEOTORAC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 05043300 | VENTANA PERICARDIO PEROTEONAL SUBXIFOIDEA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 05043400 | INSTILACION DE SUBSTANCIAS PARA PLEURODESIS O FIBRINOLISIS A TRAVÉS DE DRENAJE O PUNCIÓN PLEURAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 05050101 | VIDEOTORACOSCOPIA DIAGNOSTICA | | I | 5 | II |
| 2 05050201 | VIDEOTORACOSCOPIA TERAPEUTICA C/MENOR PROCED. O | | I | 5 | II |
| 2 05050301 | VIDEOTORACOSCOPIA TERAPEUTICA C/MAYOR PROCED.- O | | I | 6 | II |
| | **OPERACIONES EN LA MAMA** | | | | |
| 2 06011700 | RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJOS CUTÁNEOS O **Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturacion a medico especialista en mastologia y cirugia plastica.** | | I | 7 | III |
| 2 06011800 | RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO MIOCUTÁNEO **Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturacion a medico especialista en mastologia y cirugia plastica.** | | I | 7 | III |
| 2 06011900 | RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO LIBRE Y MICROAN | | I | 7 | III |
| 2 06020100 | MASTECTOMIA RADICAL UNILATERAL **(con reseccion del pactoral mayor, pectoral menor y vaciamiento axilar) Practica relacionada en su prescripcion realizacion y facturacion a medico especialista en mastologia, incluye la toma de muestra para congelacion** | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 9 | IV |
| 2 06020200 | MASTECTOMIA SUBRADICAL UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | A | | |
| 2 06020200 | MASTECTOMIA SUBRADICAL UNILATERAL **(con conservacion del pectoral y vaciamiento axilar)** Practica relacionada en su prescripcion realizacion y facturacion a medico especialista en mastologia, incluye la toma de muestra para congelacion | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 9 | IV |
| 2 06020300 | MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | A | | |
| 2 06020300 | MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL **Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturacion a medico especialista en mastologia.** | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 5 | II |
| 2 06020400 | MASTECTOMIA SUBCUTANEA TRATAMIENTO QX GINECOMASTIA | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 5 | II |
| 2 06020500 | MASTOPLASTIA UNILATERAL DE AUMENTO **(con protesis)Practica relacionada en su prescripcion realizacion y facturacion a medico especialista en cirugia plastica.** | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | A | 6 | II |
| 2 06020500 | MASTOPLASTIA UNILATERAL DE AUMENTO | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | | |
| 2 06020600 | MASTOPLASTIA BILATERAL DE AUMENTO | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | A | | |
| 2 06020600 | MASTOPLASTIA BILATERAL DE AUMENTO **INTERNACION Practica relacionada en su prescripcion realizacion y facturacion a medico especialista en cirugia plastica.** | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 7 | III |
| 2 06020700 | MAMILOPLASTIA EN UNO O DOS TIEMPOS **INTERNACION Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturacion a medico especialista en cirugia plastica .** | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 2 | I |
| 2 06020800 | BIOPSIA INSICIONAL DE LESION MAMARIA. PUNCION CORE | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | A | | |
| 2 06020800 | BIOPSIA INSICIONAL DE LESION MAMARIA. PUNCION CORE | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 3 | I |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 06020900 | TUMORECTOMIA O DRENAJE ABCESO O HEMATOMA MAMARIO<br>**Practica relacionada en su prescripcion realizacion y facturacion a medico especialista en mastoligia y en cirugia general** | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | A | | |
| 2 06020900 | TUMORECTOMIA O DRENAJE ABCESO O HEMATOMA MAMARIO<br>**Practica relacionada en su prescripcion realizacion y facturacion a medico especialista en mastologia, ginecologia y en cirugia general** | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 3 | I |
| 2 06021000 | CUADRANTECTOMIA O BIOPSIA RADIO QUIRURGICA | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | A | | |
| 2 06021000 | CUADRANTECTOMIA O BIOPSIA RADIO QUIRURGICA<br>**Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturacion a medico especialista en mastologia.** | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 5 | II |
| 2 06021100 | CUADRANTECTOMIA O TUMORECTOMIA VACIAMIENTO AXILAR | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | A | | |
| 2 06021100 | CUADRANTECTOMIA O TUMORECTOMIA VACIAMIENTO AXILAR | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 8 | IV |
| 2 06021200 | PUNCION ASPIRACION CON AGUJA FINA O QUISTE MAMARIO | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | A | | |
| 2 06021200 | PUNCION ASPIRACION CON AGUJA FINA O QUISTE MAMARIO | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 1 | I |
| 2 06021300 | BIOPSIA GANGLIO CENTINELA O LINFADENECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | A | | |
| 2 06021300 | BIOPSIA GANGLIO CENTINELA O LINFADENECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 7 | III |
| 2 06021400 | MASTOPLASTIA DE REDUCCION | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 6 | II |
| 2 06021500 | RESECCION DE RECIDIVA LOCAL | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | A | | |
| 2 06021500 | RESECCION DE RECIDIVA LOCAL | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 4 | I |
| 2 06021600 | CIRUGIA CONSERVADORA MAMARIA UNILATERAL CON GANGLI | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 9 | IV |
| 2 06021700 | CIRUGIA CONSERVADORA MAMARIA BILATERAL CON GANGLIO | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 10 | V |
| 2 06021800 | MASTECTOMIA CONSERVADORA MAS GANGLIO UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 9 | IV |
| 2 06021900 | MASTECTOMIA CONSERVADORA MAS GANGLIO BILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 10 | V |
| 2 06022000 | CAMBIO DE EXPANSOR POR PROTESIS DEFINITIVA CAPSULO | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 9 | IV |
| 2 06022100 | COMPLICACION ONCOPLASTICA, DEHISCENCIA, INFECCION, | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 7 | III |
| 2 06022200 | COLOCACION/EXTRACCION EXPANSOR MAMARIO O IMPLANTE | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | A | | |
| 2 06022200 | COLOCACION/EXTRACCION EXPANSOR MAMARIO O IMPLANTE | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 4 | I |
| 2 06022300 | MASTECTOMIA SUBCUTANEA CON CICATRIZ UNICA E INJERT | EQUIPO QUIRURGICO MASTOLOGIA | I | 7 | III |
| | **OPERACIONES EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR** | | | | |
| 2 07010100 | SEPTOSTOMIA INTERAURICULAR CARDIOTOMIAVALVULOTOMIA | ESPECIALISTA | I | 9 | IV |
| 2 07010200 | SEPTOSTOMIA CON BALON DE RASHBIND INCL. CAT.CARDI | ESPECIALISTA | I | 9 | IV |
| 2 07010300 | COLOCAC. DEL MARCAPASO DEF.C/ELECTRODO ENDOCAVITAR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07010300 | COLOCAC. DEL MARCAPASO DEF.C/ELECTRODO ENDOCAVITAR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 07010302 | COLOC.MARCAPASOS ENDOCAV.BICAMERALAURIC.Y/O VENTRI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07010302 | COLOC.MARCAPASOS ENDOCAV.BICAMERALAURIC.Y/O VENTRI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 07010400 | COLOCACION DE MARCAPASO DEFINITIVO C/ELECT.EPICAR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 07010500 | CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASORECOLOCACION. | ESPECIALISTA | A | | |
| 2 07010500 | CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASORECOLOCACION. | ESPECIALISTA | I | 4 | I |
| 2 07010600 | IMPLANT. CIRCULACION ASIST.EXT.PROLONG. HASTA 5 DI | ESPECIALISTA | I | 7 | III |
| 2 07010700 | MANTEN.DE CIRCULAC.ASISTIDAEXTER.P/CONTRAPUL.DIAS | ESPECIALISTA | I | 6 | II |
| 2 07010800 | CARDIORRAFIA,SUTURA DE CORAZON HERIDA TRAUMATISMO. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07010900 | PERICARDIOTOMIA C/EXPLOR.C/DRENAJE C/EXT.CPO.EXTRA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07011000 | BIOPSIA DE PERICARDIO. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 07011100 | PERICARDIOCENTESIS (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA) | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 07011200 | CATETERISMO DE CORAZON P/ COLOC. DE MARCAP. TRANSI | ESPECIALISTA | I | 5 | II |
| 2 07011300 | IMPLANTE DE CARDIODEFRIBILADOR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07011301 | MINI INVASIVO IMPLANTE DE CARDIODEFRIBILADOR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07011400 | IMPLANTE DE CARDIORESINCRONIZADOR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 07011401 | MINI INVASIVO IMPLANTE DE CARDIORESINCRONIZADOR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 07011500 | EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÐOS INTRACARDIACOS O IN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 07020100 | TRAT. QUIRURG.DE LAS CARDIOPATIAS CONJENITAS COMP | ESPECIALISTA | I | 9 | IV |
| 2 07020200 | TRAT. QUIRURGICO DE LAS CARDIOP. CONG. COMPLEJAS. | ESPECIALISTA | I | 9 | IV |
| 2 07020300 | REEMPLAZO DE VALVULA CARD. POR PROTESIS E INJERTO. | ESPECIALISTA | I | 10 | V |
| 2 07020400 | DOBLE REEMPLAZO VALVULAR CARDIACO. | ESPECIALISTA | I | 10 | V |
| 2 07020500 | REEMPLAZO DE UNA VALVULA CARDIACA Y PLASTICA. | ESPECIALISTA | I | 9 | IV |
| 2 07020600 | CIERRE DEFEC.SEPTALESAURICULARES Y/O VENTRICULARES | ESPECIALISTA | I | 9 | IV |
| 2 07020700 | TRATAM. QUIRUR. DE ANEURISMAS DEL CAYADO AORTICO | ESPECIALISTA | I | 10 | V |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 07020800 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS ANEUR AORTA DES O A | ESPECIALISTA | I | 10 | V |
| 2 07020900 | DERIV. (BYPASS) AORTO CORONARIA UNIC/DO/TRIP.I/INJ | ESPECIALISTA | I | 10 | V |
| 2 07021000 | DERIVACION (BYPASS) MAMARIO CORONARIA | ESPECIALISTA | I | 10 | V |
| 2 07021100 | RESECCION DE ANEURISMA VENTRICULAR COMO UNICA INT | ESPECIALISTA | I | 10 | V |
| 2 07021200 | RESECCION DE ANEURISMA VENTRICULARCIRUGIA DE REVAS | ESPECIALISTA | I | 9 | IV |
| 2 07030100 | CIRUG.GRANDES TRONCOS ARTERIOVEN. DE CAV.TORAC.EMB | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 07040100 | TRATAMIENTO QUIRURGICO POR CUALQUIER VIA DEL ANEUR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 07040200 | CIRUGIA DE LAS RAMAS VISCERALES DE LA AORTA ABDOMI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07040300 | DERIVACION AORTO O ILIACOFEMORAL UNILATERAL (CON O | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07040400 | DERIVACION AORTO BIFEMORAL (CON O SIN SIMPATICECTO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07040400 | DERIVACION AORTO BIFEMORAL (CON O SIN SIMPATICECTO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 07040500 | DERIVACION AORTOILIACO, UNI O BILATERAL (CON O SIN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07040600 | OTRAS DERIVACIONES ARTERIALES EN CAVIDAD ABDOMINAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07040700 | ANASTOMOSIS PORTOCAVA O ESPLENORRENAL O MESENTERIC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07040800 | CIRUGIA DE LA VENA CAVA. LIGADURA, CERCLAJE, CLIPS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 07040900 | COLOCACION DE FILTRO (MOBIN UDDIN O SIMILAR) EN VE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 07041000 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ANEURISMA DE AORTA ABDO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 07041100 | CIRUGIA DE LAS RAMAS VISCERALES DE LA AORTA ABDOMI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07050100 | CIRUGIA DE LA ARTERIA CAROTIDA O VERTEBRAL TROMBOE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07050200 | SUTURA O LIGADURA DE LOS VASOS PROFUNDOS DEL CELLO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 07050300 | GLOMECTOMIA. TUMOR DE GLOMUS CAROTIDEO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 07060100 | EMBOLECTOMIA EN ARTERIAS PERIFERICAS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 07060101 | MINI INVASIVO EMBOLECTOMIA EN ARTERIAS PERIFERICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 07060200 | TROMBOENDOARTERECTOMIA DE VASO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 07060201 | MINI INVASIVO TROMBOENDARTERECTOMIA DE VASOS PERIFÉRICOS CON O SIN ARTERIOPLASTIA (INCLUYE TOMA DE EVENTUAL INJERTO VENOSO) | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07060300 | DERIVACION DE VASOS PERIFERICOS CON INJERTO VENOSO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 07060400 | DERIVACION DE VASOS PERIFERICOS CON INJERTO SINTET | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 07060500 | TRATAMIENTO DEL ANEURISMA O DE LAS FISTULAS ARTERI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 07060600 | ANASTOMOSIS ARTERIAL. ARTERIORRAFIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 07060700 | SHUNT O FISTULA ARTERIOVENOSA PERIFERICA PARA HEMODIALISIS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07060700 | SHUNT O FISTULA ARTERIOVENOSA PERIFERICA PARA HEMO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 07060800 | DISECCION DE ARTERIAS PARA PERFUSION REGIONAL. EXP | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 07060900 | PUNCIÓN ARTERIAL PARA INYECCION MEDICAMENTOSA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07060900 | PUNCIÓN ARTERIAL PARA INYECCION MEDICAMENTOSA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 07061000 | LIGADURA UNILATERAL DE TRONCOS VENOSOS FROFUNDOS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 07061100 | TROMBECTOMIA VENOSA PROFUNDA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 07061101 | MINI INVASIVO TROMBECTOMIA VENOSA PROFUNDA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 07061200 | TRAT. CONVENCIONAL INSUF. VENOSA SUPERFICIAL UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07061200 | TRAT. CONVENCIONAL INSUF. VENOSA SUPERFICIAL UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 07061201 | M. INVASIVO INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL UNILA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 07061300 | TRAT. CONVENCIONAL INSUF. VENOSA SUPERFICIAL BILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07061300 | TRAT. CONVENCIONAL INSUF. VENOSA SUPERFICIAL BILAT | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 07061301 | M. INVASIVO INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL BILAT | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 07061400 | OPERACION DE LINTON,COCKETTO SIMILARES | ESPECIALISTA | I | 6 | II |
| 2 07061500 | FLEBOTOMIA CON COLOCACION DE CATETER. DISECCION DE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07061500 | FLEBOTOMIA CON COLOCACION DE CATETER. DISECCION DE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 07061600 | FLEBECTOMIAS SEGMENTARIAS. RESECCION DE PAQUETES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07061600 | FLEBECTOMIAS SEGMENTARIAS. RESECCION DE PAQUETES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 07061700 | ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS COMPLEJO (CON VENA O PROTESIS) PROXIMALES AL ANTEBRAZO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07061700 | ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS COMPLEJO (CON VE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 07061800 | COLOCACION DE CATETERES VENOSOS CENTRALES MPLANTAB | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 07061800 | COLOCACION DE CATETERES VENOSOS CENTRALES MPLANTAB | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 07061801 | MINI INVASIVO COLOCACION DE CATETERES VENOSOS CEN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07061801 | MINI INVASIVO COLOCACION DE CATETERES VENOSOS CENTRALES IMPLANTABLES O SEMIMPLANTABLES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 07061900 | COLOCACION DE CATETERES VENOSOS CENTRALES POR PUNC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07061900 | COLOCACION DE CATETERES VENOSOS CENTRALES POR PUNC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 07062500 | TRATAMIENTO POR CUALQUIER TECNICA DE LA INSUFICIENCIA DE PERFORANTES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 07062600 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA DE MIEMBRO INFERIOR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 07062700 | RESECCION QUIRURGICA DEL LINFOCELE. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 07070900 | CAVOGRAFIA ABDOM.Y TORACICAY/O SELEC. DE SUS AFLUE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07070900 | CAVOGRAFIA ABDOM.Y TORACICAY/O SELEC. DE SUS AFLUE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 07071500 | EMBOLIZACIÓN DE VÁRICES PÉLVICAS (SÍNDROME DE CONGESTION PELVIANA) | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07071500 | EMBOLIZACIÓN DE VÁRICES PÉLVICAS (SÍNDROME DE CONG | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 07071501 | MINI INVASIVO EMBOLIZACION DE VARICES PELVICAS (S | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 07071600 | FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIOR O SUPERIOR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 07071600 | FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIOR O SUPERIOR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 07080100 | MODULO IMPLANTE DE MARCAPASO DEFINITIVO | H. Y GASTOS (FIJO) | I | 4 | I |
| | **OPERACIONES EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMINAL** | | | | |
| 2 08010100 | ESOFAGECTOMIA TOTAL POR VIA TORACICA O ABDOMINAL Y RECONSTRUCCION EN TIEMPO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 08010101 | MINI INVASIVO ESOFAGECTOMIA TOTAL POR VIA TORACIC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 10 | V |
| 2 08010200 | ESOFAGOGASTRECTOMIA SEGMENTARIA (OPERACION DE BION | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 08010201 | MINI INVASIVO ESOFAGOGASTRECTOMIA SEGMENTARIA (OP | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08010300 | ESOFAGECTOMIA TOTAL, SIN RECONSTRUCCION DEL TRANSI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08010301 | MINI INVASIVO ESOFAGECTOMIA TOTAL, SIN RECONSTRUC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08010400 | OPERACION DERIVATIVA DEL ESOFAGO CON COLON, SIN RE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 08010500 | CARDIOMIOTOMIA EXTRAMUCOSA (OPERACION DE HELLER). | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08010501 | MINI INVASIVO CARDIOMIOTOMIA EXTRAMUCOSA (OPERACI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 08010600 | OPERACIONES DERIVATIVAS DEL ESOFAGO CON ESTOMAGO O | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08010601 | MINI INVASIVO OPERACIONES DERIVATIVAS DEL ESOFAGO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08010800 | ESOFAGOTOMIA O ESOFAGORRAFIA POR VIA TORACICA O AB | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08010900 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL DIVERTICULO ESOFAGICO I | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08011000 | ESOFAGOTOMIA O ESOFAGORRAFIA DE ESOFAGO CERVICAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08011100 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL DIVERTICULO DE ESOFAGO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08011101 | MINI INVASIVO TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL DIVERTIC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08011200 | INTUBACION DEL ESOFAGO POR GASTROTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08011400 | REOPERACION ANTIRREFLUJO GASTROESOFAGICO, POR VIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08011600 | ESOFAGECTOMIA DISTAL CON GASTRECTOMIA TOTAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08011700 | ESOFAGOSTOMIA TEMPORARIA O DEFINITIVA, COMO UNICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08011800 | CIERRE DE ESOFAGOSTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08011900 | COLOCACION DE BALON DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE PARA V | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 08012000 | OPERACIONES PALIATIVAS POR HIPERTENSION PORTAL (TR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08020100 | DERMOLIPECTOMIA, CON O SIN RECONSTRUCCION DEL OMBL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08020200 | HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA O ISQUIORRECTAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08020200 | HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA O ISQUIORRECTAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08020400 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ONFALOCELE. | ESPECIALISTA | I | 5 | II |
| 2 08020500 | HERNIOPLASTIA BILATERAL. | ESPECIALISTA | I | 5 | II |
| 2 08020700 | CIERRE DE LA PARED ABDOMINAL POR EVISCERACION | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08020800 | LAPAROTOMIA EXPLORADORA, CON O SIN TOMA DE BIOPSIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08020900 | ENTEROLISIS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08020901 | MINI INVASIVO ENTEROLISIS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08021000 | LAPAROSCOPIA EXPLORADORA, CON O SIN TOMA BIOPSIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 08021200 | PERITONEOCENTESIS EVACUADORA, DIAGNOSTICA, PARA NE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08021200 | PERITONEOCENTESIS EVACUADORA, DIAGNOSTICA, PARA NE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 08021300 | ESCISION DE TUMOR RETROPERITONEAL (EXCLUIDOS EL RI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08021301 | MINI INVASIVO ESCISION DE TUMOR RETROPERITONEAL ( | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 08021400 | DRENAJE DE ABSCESO INTRAPERITONEAL POR VIA ABDOMIN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08021401 | MINI INVASIVO DRENAJE ABSCESO INTRAPER VIA ABDOM | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08021500 | LAPAROSTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 08021600 | DRENAJE DE ABSCESO INTRAPERITONEAL POR VIA PERCUTA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 08021601 | MINI INVASIVO DRENAJE ABSCESO INTRAPER VIA PRECUT | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08021800 | HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVENCIONAL UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08021800 | HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVENCIONAL UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08021900 | HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVENCIONAL INGUINO ESCROTAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08021900 | HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVENCIONAL INGUINO ESCROTAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08022000 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL CONVENCIONAL CON ANILLO HASTA 3 CM | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08022000 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL CONVENCIONAL CON ANILLO HASTA 3 CM | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08022100 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL CONVENCIONAL CON ANILLO DE MAS DE 3 CM | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08022100 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL CONVENCIONAL CON ANILLO DE MAS DE 3 CM | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08022200 | HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA CON ANILLO SIMPLE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08022200 | HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA CON ANILLO SIMPLE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08022300 | HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA CON ANILLO MULTIPLE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08022300 | HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA CON ANILLO MULTIPLE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08022400 | PLICATURA POR DIASTASIS DE RECTO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08022500 | HERNIOPLASTIA CRURAL CONVENCIONAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08022500 | HERNIOPLASTIA CRURAL CONVENCIONAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08022600 | HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVENCIONAL BILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08022600 | HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVENCIONAL BILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08022700 | HERNIOPLASTIA INGUINAL RECIDIVADA CONVENCIONAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08022700 | HERNIOPLASTIA INGUINAL RECIDIVADA CONVENCIONAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08022800 | HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCOPICA UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08022800 | HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCOPICA UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08022900 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL LAPAROSCOPICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08022900 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL LAPAROSCOPICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08023000 | HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA LAPAROSCOPICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08023000 | HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA LAPAROSCOPICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08023100 | HERNIOPLASTIA CRURAL LAPAROSCOPICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08023100 | HERNIOPLASTIA CRURAL LAPAROSCOPICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08023200 | HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL LAPAROSCOPICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08023200 | HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL LAPAROSCOPICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08023300 | HERNIOPLASTIA INGUINAL RECIDIVADA LAPAROSCOPICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 08023300 | HERNIOPLASTIA INGUINAL RECIDIVADA LAPAROSCOPICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08023400 | CIERRE DE PARED CON MALLA PROFILACTICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08023500 | EVENTROPLASTIA LAPAROSCOPICA CON MALLA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08023600 | EVENTROPLASTIA CONVENCIONAL CON ANILLO MENOR A 08 | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08023700 | EVENTROPLASTIA CONVENCIONAL CON ANILLO MAYOR A 08 | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08023800 | EVENTROPLASTIA CONVENCIONAL CON PROCEDIMIENTOS DE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 08023900 | EVENTROPLASTIA CONVENCIONAL CON SEPARACION DE COMP | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 08024100 | RESECCION DE TUMOR DE PARED | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08024200 | RESECCION DE TUMOR DE PARED LAPAROSCOPICO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08030100 | GASTRECTOMIA TOTAL/SUBTOTAL AMPLIADA, POR CANCER | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 08030101 | MINI INVASIVO GASTRECTOMIA TOTAL/SUBTOTAL AMPLIAD | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 10 | V |
| 2 08030200 | GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR PATOLOGIA BENIGNA VAGOTO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08030201 | MINI INVASIVO GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR PATOLOGIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 08030300 | GASTROTOMIA EXPLOR. EXT.POLIPO CUERPO EXTRAÑO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08030301 | MINI INVASIVO GASTROTOMIA EXPLORADORA. EXTIRPACIO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08030400 | GASTROSTOMIA COMO UNICA OPERA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08030500 | GASTRORRAFIA O DUODENORRAFIA POR LESION TRAUMATICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| | RAFIA GASTRICA | | | | |
| 2 08030501 | MINI INVASIVO GASTRORRAFIA O DUODENORRAFIA POR LE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08030600 | GASTROENTEROANASTOMOSIS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08030601 | MINI INVASIVO GASTROENTEROANASTOMOSIS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08030700 | VAGOTOMIA TRONC. PILOROPLASTIA O GASTROENTEROANAST | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08030701 | MINI INVASIVO VAGOTOMIA TRONCULAR Y PILOROPLASTIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08030800 | PILOROMIOTOMIA. PILOROPLASTIA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08030801 | MINI INVASIVO PILOROMIOTOMIA. PILOROPLASTIA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08030900 | RECONST. GASTROENTEROAN. RANSFORMACION EN Y DE ROU | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08030901 | MINI INVASIVO RECONSTRUCCION DE GASTROENTEROANAST | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08031000 | CIERRE DE FISTULA GASTROCOLICA O GASTROYEYUNOCOLIC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08031001 | MINI INVASIVO CIERRE DE FISTULA GASTROCOLICA O GA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08031100 | CIERRE DE GASTROSTOMIA U OTRA FISTULA EXTERNA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08031200 | VAGOTOMIA TRONCULAR. VAGOTOMIA SUPERSELECTIVA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08031300 | PARCHE YEYUNAL EN DUODENO POR LESIONES TRAUMATICAS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08031400 | VOLVULO GASTRICO, DEVOLVULACION Y GASTROPEXIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08031500 | RESECCION SEGMENTARIA DE DUODENO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08031600 | INTERPOSICION DE YEYUNO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08031700 | GASTROPLASTIA PARA LA OBESIDAD MORBIDA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 08031900 | MODULO BY PASS GASTROYEYUNAL P/LA OBESIDAD MORBIDA | | A | 9 | IV |

**Practica relacionada para su prescripción, realización y facturación a médico, médico Cirujano, especialista en Clínica Quirúrgica**

**INCLUYE:**
**-Evaluación integral del paciente (cirugía, clínica médica, nutrición, psicología, programa de actividad física) , para considerarlo candidato a la cirugía de la obesidad mórbida.**
**-Sutura Mecánica para cirugía bariatrica-SET ENDOGIA.**
**-Sutura mecánica y pinzas especiales. Trocares y drenajes.**
**-Uso de aparato de bisturí armónico**
**EXCLUYE:**
- **Gastos quirúrgicos o Gasto operatorio 494 U**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 08032000 | REVISION SIMPLE DE CX BARIATRICA (EXTRACC BANDA) | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08032100 | CONVERISON DE CX PRIMARIA A CX DEFINITIVA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 10 | V |
| 2 08040100 | ENTERECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08040101 | MINI INVASIVO ENTERECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08040200 | ESCISION DIVERTICULO DE MECKEL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08040201 | MINI INVASIVO ESCISION DIVERTICULO DE MECKEL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08040300 | ENTEROTOMIA. ENTEROSTOMIA TEMPORARIA O DEFINITIVA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08040301 | MINI INVASIVO ENTEROTOMIA. ENTEROSTOMIA TEMPORARI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08040400 | DERIVACIONES INTESTINALES INTERNAS (ENTEROENTERICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08040500 | OPERACION PLASTICA EN ILEOSTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08040600 | PLICATURA DE INTESTINO DELGADO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08040700 | DEVOLVULACION O DESINVAGINACION INTESTINAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08040800 | YEYUNOSTOMIA DE ALIMENTACION | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 08040900 | INTERPOSICION DE YEYUNO O ILEON EN ANISOPERISTALT | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08050100 | COLECTOMIA TOTAL CON ANASTOMOSIS ILEORRECTAL EN UN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 | 08050101 | MINI INVASIVO COLECTOMIA TOTAL CON ANASTOMOSIS IL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 10 | V |
| 2 | 08050200 | COLECTOMIA TOTAL (SIN ANASTOMOSIS) | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 | 08050201 | MINI INVASIVO COLECTOMIA TOTAL (SIN ANASTOMOSIS) | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 | 08050300 | HEMICOLECTOMIA (DERECHA O IZQUIERDA) INCLUYE OSTOM | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 | 08050301 | MINI INVASIVO HEMICOLECTOMIA (DERECHA O IZQUIERDA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 | 08050400 | OPERACION TIPO HARTMANN, LAHEY O SIMILARES. COLECTOMIA SEGMENTADA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 | 08050500 | RESECCION ANTERIOR DEL RECTO(OPERACION DE DIXON U OTRAS) CON ANASTOMOSIS A 8CM O MAS DEL MARGEN ANAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08050501 | MINI INVASIVO RESECCION ANTERIOR DEL RECTO(OPERAC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 | 08050600 | OPERACIONES RADICALES PARA EL MEGACOLON, TIPO DUHA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 | 08050700 | CON DOS EQUIPOS QUIRURGICOS: CIRUJANO ABDOMINAL CI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08050702 | OPER.RADICALES P/MEGACOLONSIGMOIDEORRECTAL V.PERIN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08050800 | PROCTOCOLECTOMIA TOTAL (INCLUYE ILEOSTOMIA) | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08050801 | MINI INVASIVO PROCTOCOLECTOMIA TOTAL (INCLUYE ILE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 10 | V |
| 2 | 08050900 | PROCTOSIGMOIDECTOMIA ABDOMINOPERINEAL (INCLUYE COL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08051000 | CON DOS EQUIPOS QUIRURGICOS: CIRUJANO ABDOMINAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08051002 | PROCTOSIGMOIDECTOMIA EFECT.P/2 EQ.QUIRUR. VIA PERI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08051100 | PROTECTOMIA POR VIA TRANSANAL O POSTERIOR(INCLUYE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 | 08051200 | PROTECTOMIA POR VIA TRANSANAL O POSTERIOR (INCLUYE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08051800 | PROCTORRAFIA. CIERRE DE FISTULA RECTOVAGINAL O REC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 | 08051900 | PROLAPSO RECTAL: PROCTOPEXIA POR VIA ABDOMINAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08051901 | MINI INVASIVO PROLAPSO RECTAL: PROCTOPEXIA POR VI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08052000 | CIERRE DE FISTULA RECTOVESICAL, COLOVESICAL, RECTO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08052001 | MINI INVASIVO CIERRE DE FISTULA RECTOVESICAL, COL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08052100 | COLOSTOMIA TEMPORARIA O DEFINITIVA, COMO UNICA OP | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08052200 | PLASTICA DE COLOSTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 | 08052300 | DRENAJE DE ABSCESO PELVIRRECTAL O DEL FONDO DE SAC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 | 08052400 | APENDICECTOMIA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 | 08052401 | MINI INVASIVO APENDICECTOMIA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 | 08052500 | EXTRACCION INSTRUMENTAL DE FECALOMAS ALTOS CON AN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 2 | I |
| 2 | 08052600 | EXTRACCION MANUAL DE FECALOMA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 | 08052600 | EXTRACCION MANUAL DE FECALOMA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 | 08052700 | DEVOLVULACION DE COLON POR LAPAROTOMIA O LAPAROSC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08052800 | RECTOCELE: PERINEORRAFIA ANTERIOR O POSTERIOR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08052900 | MIECTOMIA RECTOANAL (OPERACION DE LYNN) | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08053000 | RECONSTRUCCION DEL TRANSITO LUEGO DE OPERACIONESTI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08053100 | RESECCION ANTERIOR DEL RECTO BAJA, CON ANASTOMOSIS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08053101 | MINI INVASIVO RESECCION ANTERIOR DEL RECTO BAJA, | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 | 08053200 | PROCTOCOLECTOMIA TOTAL CON BOLSA ILEAL Y ANASTOMO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08053201 | MINI INVASIVO PROCTOCOLECTOMIA TOTAL CON BOLSA IL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 10 | V |
| 2 | 08053300 | PROCTOSIGMOIDECTOMIA CON BOLSA COLONICA Y ANASTOMO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08053400 | EXENTERACION PELVIANA (OPERACION DE BRUNSCHWING)TO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08053500 | EXERESIS DE TUMOR PRESACRO (TERATOMA U OTROS).INCL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 | 08053600 | RESECCION TRANSANAL O POR VIA POSTERIOR DE LESIONE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08053800 | ELECTROFULGURACION DEL CANCER DE RECTO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 | 08053900 | CIERRE DE COLOSTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08060100 | TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS ANAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 | 08060300 | ESFINTEROPLASTIA TIPO PICKREL O SIMILAR (INCLUYE C | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 | 08060400 | ESFINTEROPLASTIA TIPO PLICATURA O SIMILAR. ESFINTE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08060500 | CERCLAJE DE ANO. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 | 08060600 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS HEMORROIDES CON Y SIN PROLAPSO MUCOSO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 | 08060600 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS HEMORROIDES CON Y SI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08060700 | ESCISION DE HEMORROIDES TROMBOSADA. TROMBECTOMIA.. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 | 08060700 | ESCISION DE HEMORROIDES TROMBOSADA. TROMBECTOMIA.. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 | 08060900 | TRATAMIENTO DE HEMORROIDES CON LIGADURA ELASTICA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | 3 | I |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 08060900 | TRATAMIENTO DE HEMORROIDES CON LIGADURA ELASTICA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 | 08061000 | TRAT.ESCLEROSANTE EN HEMORROIDESP/SESION MAX.3 SES | ESPECIALISTA | A | | |
| 2 | 08061000 | TRAT.ESCLEROSANTE EN HEMORROIDESP/SESION MAX.3 SES | ESPECIALISTA | I | | |
| 2 | 08061100 | FISTULECTOMIA O FISTULOTOMIA (FISTULAS SIMPLES) | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 2 | I |
| 2 | 08061200 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA FISURA ANAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 | 08061200 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA FISURA ANAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 | 08061400 | ESCISION DE LESION DE PIEL PERIANAL (PLICOMAS CUTA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 | 08061400 | ESCISION DE LESION DE PIEL PERIANAL (PLICOMAS CUTA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 | 08061500 | ESCISION O FULGURACION DE CONDILOMAS ACUMINADOS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 | 08061500 | ESCISION O FULGURACION DE CONDILOMAS ACUMINADOS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 | 08061600 | DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 2 | I |
| 2 | 08061600 | DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 | 08061700 | TRATAMIENTO RADICAL DEL ABSCESO PERIANAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 | 08061700 | TRATAMIENTO RADICAL DEL ABSCESO PERIANAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 | 08061800 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA FISTULA PERIANAL COMP | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 | 08061800 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA FISTULA PERIANAL COMP | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 | 08061900 | ESCISION LOCAL AMPLIA DE TUMOR MALIGNO DE ANO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 | 08061900 | ESCISION LOCAL AMPLIA DE TUMOR MALIGNO DE ANO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 | 08062000 | HEMORROIDECTOMIAC/WHITEHEAD O SIMILAR-PROLAPSO MUC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 | 08070100 | HEPATECTOMIA DERECHA O IZQUIERDA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 | 08070101 | MINI INVASIVO HEPATECTOMIA DERECHA O IZQUIERDA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 10 | V |
| 2 | 08070200 | SEGMENTECTOMIA HEPATICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 | 08070201 | MINI INVASIVO SEGMENTECTOMIA HEPATICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08070300 | HEPATECTOMIA PARCIAL Y/O METASTASECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 | 08070301 | MINI INVASIVO HEPATECTOMIA PARCIAL Y/O METASTASEC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 | 08070400 | HEPATOSTOMIA (MARSUPIALIZACION DE QUISTES HIDATIDI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08070401 | MINI INVASIVO HEPATOSTOMIA (MARSUPIALIZACION DE Q | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08070500 | SUTURA DE HIGADO (POR TRAUMATISMO, HERIDA, DESGARR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 | 08070501 | MINI INVASIVO SUTURA DE HIGADO (POR TRAUMATISMO, | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 | 08070600 | BIOPSIA DE HIGADO POR LAPARATOMIA O LAPAROSCOPIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 | 08070600 | BIOPSIA DE HIGADO POR LAPARATOMIA O LAPAROSCOPIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08070700 | PUNCION DE HIGADO PERCUTANEA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 | 08070700 | PUNCION DE HIGADO PERCUTANEA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08070800 | COLECISTOSTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08070801 | MINI INVASIVO COLECISTOSTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08070900 | COLECISTECTOMIA -CON O SIN COLEDOCOTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08070901 | M. INVASIVO COLECISTECTOMIA CON-SIN COLEDOCOTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08071000 | SECCION DE AMP. DE VATER, TRANSDUODENAL PAPILOTOMIA CON O SIN COLEDOCOTOMIA, CON O SIN COLECISTECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 | 08071100 | TRATAMIENTO DE CALCULOS COLEDOCIANOS, CON O SIN COLECISTECTOMIA Y/O COLECISTECTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08071101 | MINI INVASIVO TRATAMIENTO DE CALCULOS COLEDOCIANO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08071200 | ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVAS SIMPLES.(COLECISTOYEYUNOSTOMIA, COLEDOCODUODENOSTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08071201 | MINI INVASIVO ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVAS SIMPLES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08071300 | ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVAS COMPLEJAS (HEPATICOYEYUNOSTOMIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 | 08071301 | MINI INVASIVO ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVAS COMPLEJ | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 | 08071400 | OPERACIONES REPARADORAS DE LA VIA BILIAR (NIVEL BAJO BISMUTH TIPO I Y II | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| 2 | 08071500 | EXTRACCION INSTRUMENTAL PERCUTANEA COMPLETA CALCULOS COLEDOCIANOS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 | 8071600 | OPERACIONES REPARADORAS DE LA VÌA BILIAR (NIVEL ALTOBISMUTH TIPO III Y IV) | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 | 08071700 | RESECCIÓN DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL POR QUISTE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 | 08071800 | TRATAMIENTO PERCUTANEO DE LAS ESTENOSIS DE LA VIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08071900 | DRENAJE PERCUTANEO DE LA VIA BILIAR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08072000 | DRENAJE PERCUTANEO DE COLECCION INTRAHEPATICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08072100 | LIGADURA O EMBOLIZACION DE LA ARTERIA HEPATICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 | 08072200 | CIRUGIA DE RESCATE ONCOLOGICO COMPLEJA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 10 | V |
| 2 | 08072201 | MINI INVASIVO CIRUGIA DE RESCATE ONCOLOGICO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 10 | V |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 08080100 | DUODENOPANCREATECTOMIA CEFALICA,DEL 95% (OP. DE FR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 08080101 | MINI INVASIVO DUODENOPANCREATECTOMIA CEFALICA, DE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 10 | V |
| 2 08080200 | PANCREATOYEYUNOANASTOMOSIS TIPO PUESTOW, PARTINGTO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08080201 | MINI INVASIVO PANCREATOYEYUNOANASTOMOSIS TIPO PUE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08080300 | ENUCLEACION SIMPLE DE TUMOR BENIGNO.ESCISION DE LE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08080301 | MINI INVASIVO CISTOGASTROANASTOMOSIS, CISTOYEYUNO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08080400 | PANCREATECTOMIA CORPOROCAUDAL O CAUDAL SIN CONSER | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08080401 | MINI INVASIVO ENUCLEACION SIMPLE DE TUMOR BENIGNO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08080500 | BIOPSIA QUIRURGICA DE TUMOR PANCREATICO.SUTURA PAN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08080501 | MINI INVASIVO PANCREATECTOMIA CORPOROCAUDAL O CAU | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 08080600 | PANCREATECTOMIA CORPOROCAUDAL O CAUDAL CON CONSER | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08080601 | MINI INVASIVO BIOPSIA QUIRURGICA DE TUMOR PANCREA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08080700 | SECUESTRECTOMIA PANCREATICA Y/O PERIPANCREATICA PO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 08080701 | MINI INVASIVO PANCREATECTOMIA CORPOROCAUDAL O CAU | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 9 | IV |
| 2 08080800 | ISTMECTOMIA CON CONSERVACION DE CABEZA Y PANCREAS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08080801 | MINI INVASIVO SECUESTRECTOMIA PANCREATICA Y/O PER | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08080900 | PAPILECTOMIA CON REINSERCION DE COLEDOCO Y WIRSUNG | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08081000 | DRENAJE EXTERNO QUIRURGICO DE PSEUDOQUISTE, COLECC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 08081001 | MINI INVASIVO PAPILECTOMIA CON REINSERCION DE COL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08081100 | DRENAJE EXTERNO PERCUTANEO DE PSEUDOQUISTE, COLECC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 08081101 | MINI INVASIVO DRENAJE EXTERNO QUIRURGICO DE PSEUD | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08081200 | DRENAJE EXTERNO PERCUTANEO DE PSEUDOQUISTE, COLECC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 08081201 | MINI INVASIVO DRENAJE EXTERNO PERCUTANEO DE PSEUD | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 08081300 | BIOPSIA PERCUTANEA GUIADA DE TUMOR PANCREATICO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 08090100 | ESPLENECTOMIA TOTAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08090101 | MINI INVASIVO ESPLENECTOMIA TOTAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 08090200 | PUNCION ESPLENICA PERCUTANEA, BIOPSIA PERCUTANEA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08090300 | ESPLENECTOMIA SEGMENTARIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 08090301 | MINI INVASIVO ESPLENECTOMIA SEGMENTARIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 08090400 | SUTURA PARENQUIMATOSA (ESPLENORRAFIA). ESPLENOPEXI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 08090401 | MINI INVASIVO SUTURA PARENQUIMATOSA (ESPLENORRAFI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| | **OPERACION EN VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS** | | | | |
| 2 09010100 | LINFADENECTOMÍA AXILAR O INGUINAL RADICAL, CLÁSICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 09010200 | LINFADENECTOMÍA CERVICAL, AXILAR O INGUINAL RADICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 09010300 | ESCISIÓN DE LESIÓN DE CONDUCTOS LINFÁTICOS (LINFAN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 09010400 | DRENAJE DE SENO LINFÁTICO - DERIVACIÓN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 09010500 | LINFADENECTOMÍA. BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 2 | I |
| 2 09010500 | LINFADENECTOMÍA. BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | A | | |
| 2 09010700 | BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO POR PUNCIÓN. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 09010700 | BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO POR PUNCIÓN. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 09010800 | DISECCIÓN QUIRÚRGICA PARA LINFOADENOGRAFÍA (LINFOC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | | |
| 2 09010900 | BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN MELANOMA, CÁNCER | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 3 | I |
| 2 09011000 | LINFADENECTOMÍA CERVICAL RADICAL, UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 09011100 | LINFADENECTOMÍA CERVICAL RADICAL, BILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 09011200 | LINFADENECTOMÍA ILIOBTURATRIZ RADICAL, UNILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 09011201 | MINI INVASIVO LINFADENECTOMIA ILIOBTURATRIZ RADIC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 6 | II |
| 2 09011300 | LINFADENECTOMÍA ILIOBTURATRIZ RADICAL, BILATERAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 5 | II |
| 2 09011301 | MINI INVASIVO LINFADENECTOMIA ILIOBTURATRIZ RADIC | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 7 | III |
| 2 09011400 | LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA, CAVOAÓRTICA (ABDOMIN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 4 | I |
| 2 09011401 | MINI INVASIVO LINFADENECTOMIA LUMBOAORTICA, CAVOA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | I | 8 | IV |
| | **OPERACIONES EN EL APARATO URINARIO Y GEN. MASCULINO** | | | | |

**Intervenciones múltiples: (Esp. en UROLOGIA)**

Operaciones múltiples realizadas en un mismo acto quirúrgico y por una misma vía de abordaje: 100% la de mayor valor y las restantes al 50%.
Operaciones múltiples realizadas en un mismo acto quirúrgico y por distintas vías de abordaje 100% la de mayor valor y las restantes al 75%.
Operaciones múltiples realizadas por equipos multidisciplinarios 100% de cada práctica, en función de la especialidad de cada equipo quirúrgico.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 10010600 | TRANSPLANTE RENALC/AUTOR.ESPECIAL DE LA OBRA SOCIA | ESPECIALISTA | I | 9 | IV |
| 2 | 10010700 | LUMBOTOMIAS EXPLOR. DRENAJE PERIRRENAL, BIOPSIA RE | ESPECIALISTA | I | 4 | I |
| 2 | 10010800 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA FISTULA LUMBAR CON RI | ESPECIALISTA | | 4 | I |
| 2 | 10010900 | BIOPSIA RENAL PERCUTANEA. PIELOGRAFIA PERCUTANEA | ESPECIALISTA | I | | |
| 2 | 10010900 | BIOPSIA RENAL PERCUTANEA. PIELOGRAFIA PERCUTANEA | ESPECIALISTA | A | | |
| 2 | 10012001 | MODULO AMBULATORIO POSTRANSPLANTE RENAL 1ER.SEMEST | POR PRESUPUESTO | I | | |
| 2 | 10012001 | MODULO AMBULATORIO POSTRANSPLANTE RENAL 1ER.SEMEST | POR PRESUPUESTO | A | | |
| 2 | 10012002 | MODULO AMBULATORIO POSTRASPLANTE RENAL 2DO.SEMEST | POR PRESUPUESTO | I | | |
| 2 | 10012002 | MODULO AMBULATORIO POSTRASPLANTE RENAL 2DO.SEMEST | POR PRESUPUESTO | A | | |
| 2 | 10012003 | MODULO AMBULATORIO POSTRANSPLANTE RENAL(DESPUES AÑ | POR PRESUPUESTO | I | | |
| 2 | 10012003 | MODULO AMBULATORIO POSTRANSPLANTE RENAL(DESPUES AÑ | POR PRESUPUESTO | A | | |
| 2 | 10012100 | MODULO PARA BIOPSIA DE RIÑON TRANSPLANTADO | POR PRESUPUESTO | I | 7 | III |
| 2 | 10012100 | MODULO PARA BIOPSIA DE RIÑON TRANSPLANTADO | POR PRESUPUESTO | A | | |
| 2 | 10012200 | MODULO ACTUALIZACION ANUAL PRETRASPLANTE | POR PRESUPUESTO | A | | |
| 2 | 10012300 | MODULO PRETRANSPLANTE, RECEPTOR RENAL | POR PRESUPUESTO | I | | |
| 2 | 10012300 | MODULO PRETRANSPLANTE, RECEPTOR RENAL | POR PRESUPUESTO | A | | |
| 2 | 10012400 | MODULO PRETRANSPLANTE, DONANTE RENAL | POR PRESUPUESTO | I | | |
| 2 | 10012400 | MODULO PRETRANSPLANTE, DONANTE RENAL | POR PRESUPUESTO | I | | |
| 2 | 10012500 | MODULO TRANSPLANTE RENAL - DONANTE VIVO | POR PRESUPUESTO | I | 9 | IV |
| 2 | 10012502 | MODULO TRANSPLANTE RENAL - DONANTE CADAVERICO | POR PRESUPUESTO | I | | |
| 2 | 10030600 | ELECTROCOAG. O RESEC. END. TUMORES URETRALES, O VA | ESPECIALISTA | I | | |
| 2 | 10040400 | RESEC. ENDOSC.TRANSURETRAL PROSTATA,RESEC.ENDOS.FI | ESPECIALISTA | I | 4 | I |
| 2 | 10070300 | OPERACION PLASTICA DEL PENEPOR TIEMPO OPERATORIO | ESPECIALISTA | I | | |
| 2 | 10070600 | CAVERNOSTOMIA. PUNCION DE CUERPOS CAVERNOSOS | ESPECIALISTA | I | 4 | I |
| 2 | 10070700 | RESECCION DE ESCLEROSIS EN CUERPOS CAVERNOSOS | ESPECIALISTA | I | | |
| 2 | 10070800 | SHUNT CAVERNOESPONJOSO O CAVERNOSAFENO | ESPECIALISTA | I | 4 | I |
| 2 | 10071000 | CIRCUNCISION | ESPECIALISTA | I | | |
| 2 | 10071100 | INCISION DORSAL O LATERAL DE PREPUCIO FRENULOTOMI | ESPECIALISTA | A | | |
| 2 | 10071100 | INCISION DORSAL O LATERAL DE PREPUCIO FRENULOTOMI | ESPECIALISTA | I | | |
| 2 | 10071300 | REDUCCION MANUAL DE PARAFIMOSIS | ESPECIALISTA | A | | |
| 2 | 10071300 | REDUCCION MANUAL DE PARAFIMOSIS | ESPECIALISTA | I | | |
| 2 | 10090100 | LITOTRIPCIA EXTRACOPPREA POR ONDA DE CHOQUE (ESWL) | | I | 3 | I |
| | | Incluye: Modulo Litotricia Extracorpórea lito- 10mm. Modulo Litotricia Extracorpórea lito+ 10 mm | | | | |
| 2 | 10090100 | LITOTRIPCIA EXTRACOPPREA POR ONDA DE CHOQUE (ESWL) | | A | | |
| | | Incluye: Modulo Litotricia Extracorpórea lito- 10mm. Modulo Litotricia Extracorpórea lito+ 10 mm<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías menores ambulatorias. | | | | |
| 2 | 10090300 | LITOTRICIA ENDOSCOPICA URETERAL NEUMÁTICA | | I | 4 | I |
| | | Indicaciones: Lito hasta 7 mm en ureter inferior<br>Incluye: Ureterolitotricia Endoscópica Rígida c/s pielografia ascendente c/s colocacion de cateter doble J en caso de requerirlo.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | | |
| 2 | 10090300 | LITOTRICIA ENDOSCOPICA URETERAL NEUMÁTICA | | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Indicaciones: Lito hasta 7 mm en ureter inferior<br>Incluye: Ureterolitotricia Endoscópica Rígida c/s pielografia ascendente c/s colocacion de cateter doble J en caso de requerirlo.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías menores ambulatorias.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10090301 | LITOTRICIA URETERAL CON FLEX Y LASER | I | 6 | III |
| | | Indicaciones: Litos ureter superior y medio (cualquier tamaño) / lito de 8 mm o mayor en ureter inferior c/s pielografia ascendente c/s colocacion de cateter doble J en caso de requerirlo.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías mayores ambulatorias.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10090301 | LITOTRICIA URETERAL CON FLEX Y LASER | I | | |
| 2 | 10090302 | LITOTRICIA RENAL CON LASER CIRR | A | 7 | III |
| | | Practica relacionada a : prescripción, realización y facturación a médico, médico especialista en Urología<br>Indicaciones: Lito pielorrenal<br>C/s pielografia ascendente c/s colocacion de cateter doble J en caso de requerirlo.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10090500 | MODULO NEFROLITRICIA PERCUTANEA | I | 7 | III |
| | | Indicaciones: Lito coraliforme completo o incompleto<br>Incluye: Nefrolitotricia Percutánea Rígida - Endopielotomía Percutánea<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10090500 | MODULO NEFROLITRICIA PERCUTANEA | I | | |
| 2 | 10090501 | MODULO NEFROLITRICIA PERCUTANEA + COMORBILIDAD | I | 7 | III |
| | | Practica relacionada a : prescripción, realización y facturación a médico, médico especialista en Urología.<br>Indicaciones: Lito coraliforme en pacientes con Obesidad IMC +40 doble sistema pielocalicial, doble sistema ureteral, cirugias previas, malformaciones, anticoagulados. El valor de la cirugía se basará en el procedimiento quirúrgico en sí, independientemente del número de comorbilidades presentes. No se agregaran adicionales.<br>C/s pielografia ascendente c/s colocacion de cateter doble J en caso de requerirlo.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10090502 | MODULO MINIPERC LASER | I | 7 | III |
| | | Practica relacionada a : prescripción, realización y facturación a médico especialista en Urologia.<br>Indicaciones: Litos caliz inferior o calicial multiple /nefrocalcinosis<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10090600 | LITOTRICIA VESICAL | I | 3 | I |
| | | Indicaciones: Litotripsia de calculos vesicales menores de 1 cm.<br>Incluye: Litotricia Vesical con instrumental rígido, pneumatico<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10090600 | LITOTRICIA VESICAL | A | | |
| | | Indicaciones: Litotripsia de calculos vesicales menores de 1 cm.<br>Incluye: Litotricia Vesical con instrumental rígido, pneumatico<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. La provisión será realizada a través del circuito habitual del ISSN.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías menores ambulatorias. | | | |
| 2 | 10090601 | LITOTRICIA VESICAL LASER | I | 4 | I |
| | | Indicaciones:litos mayores a 1 cm o multiples, malformaciones anatomicas (Estrechez Uretral, divertículos)<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10090601 | LITOTRICIA VESICAL LASER | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Indicaciones:litos mayores a 1 cm o multiples, malformaciones anatomicas (Estrechez Uretral, divertículos)<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías menores ambulatorias. | | | |
| 2 | 10090700 | MODULO ENDOSCOPIA ALTA | I | 3 | I |
| | | Indicaciones: Ureteroscopia diagnostica. Incompatibilidad si se incluye en otras practicas en donde es el parte del acto quirurgico. | | | |
| 2 | 10090700 | MODULO ENDOSCOPIA ALTA | A | | |
| | | Indicaciones: Ureteroscopia diagnostica. Incompatibilidad si se incluye en otras practicas en donde es el parte del acto quirurgico.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías menores ambulatorias. | | | |
| 2 | 10090800 | NEFROSTOMIA PERCUTANEA | | | |
| | | Indicaciones: Imposibilidad de colocación de JJ, malformaciones, cirugias previas<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco.<br>Auditoria Médica: Justificación mediante protocolo quirúrgico. Aplica norma de cirugias multiples cuando no se pudo colocar el cateter doble J por ureteroscopia por lo que convierten. | I | 3 | I |
| 2 | 10090800 | NEFROSTOMIA PERCUTANEA | A | | |
| | | Indicaciones: Imposibilidad de colocación de JJ, malformaciones, cirugias previas<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías menores ambulatorias.<br>Auditoria Médica: Justificación mediante protocolo quirúrgico. Aplica norma de cirugias multiples cuando no se pudo colocar el cateter doble J por ureteroscopia por lo que convierten. | | | |
| 2 | 10090801 | MODULO COLOCACION DOBLE J UNILATERAL | I | 4 | I |
| | | Indicaciones: Obstruccion aguda via excretora, previo a cirugia abdominopelviana<br>En las operaciones realizadas de urgencias,ingreso por guardia, se facturará un 20% sobre la complejidad correspondiente. En caso de ser bilateral aplica norma de cirugias multiples.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10090801 | MODULO COLOCACION DOBLE J UNILATERAL | A | | |
| | | Indicaciones: Obstruccion aguda via excretora, previo a cirugia abdominopelviana<br>En las operaciones realizadas de urgencias,ingreso por guardia, se facturará un 20% sobre la complejidad correspondiente. Esto se encuentra sujeto a auditoria posterior y deberá ser debidamente justificado. En caso de ser bilateral aplica norma de cirugias multiples.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco.Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías menores ambulatorias. | | | |
| 2 | 10090802 | MODULO COLOCACION DOBLE J UNILATERAL + COMORBILIDADES | I | 4 | I |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Indicaciones: Obstruccion aguda via excretora, previo a cirugia abdominopelviana<br>En las operaciones realizadas de urgencias,ingreso por guardia, se facturará un 20% sobre la complejidad correspondiente. Esto se encuentra sujeto a auditoria posterior y deberá ser debidamente justificado. En caso de ser bilateral aplica norma de cirugias multiples.<br>Comorbilidades asociadas: pacientes con Obesidad IMC +40, doble sistema pielocalicial, doble sistema ureteral, cirugias previas, malformaciones, anticoagulados. El valor de la cirugía se basará en el procedimiento quirúrgico en sí, independientemente del número de comorbilidades presentes. No se agregaran adicionales.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco | | | | |
| 2 | 10090802 | MODULO COLOCACION DOBLE J UNILATERAL + COMORBILIDADES | A | | | |
| | | Indicaciones: Obstruccion aguda via excretora, previo a cirugia abdominopelviana<br>En las operaciones realizadas de urgencias,ingreso por guardia, se facturará un 20% sobre la complejidad correspondiente. Esto se encuentra sujeto a auditoria posterior y deberá ser debidamente justificado. En caso de ser bilateral aplica norma de cirugias multiples.<br>Comorbilidades asociadas: pacientes con Obesidad IMC +40, doble sistema pielocalicial, doble sistema ureteral, cirugias previas, malformaciones, anticoagulados. El valor de la cirugía se basará en el procedimiento quirúrgico en sí, independientemente del número de comorbilidades presentes. No se agregaran adicionales.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. La provisión será realizada a través del circuito habitual del ISSN.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías menores ambulatorias. | | | | |
| 2 | 10091000 | RESECCION ENDOSCOPICA TRANSURETRAL(RTU) | I | 5 | II | |
| | | Indicaciones: Monopolar, ureterocele, vejiga hiperactiva/hiperreflexica.<br>Incluye: Tratamiento endoscopico del Ureterocele. RTU de Vejiga Monopolar. Aplicación intra vesical de Botox. RTU de tumores uretrales/valvas.<br>Excluye: ansa de corte y coagulacion /aguja cistoscopica de Williams para botox. | | | | |
| 2 | 10091000 | RESECCION ENDOSCOPICA TRANSURETRAL(RTU) | A | | | |
| | | Indicaciones: Monopolar, ureterocele, vejiga hiperactiva/hiperreflexica.<br>Incluye: Tratamiento endoscopico del Ureterocele. RTU de Vejiga Monopolar. Aplicación intra vesical de Botox. RTU de tumores uretrales/valvas.<br>Excluye: ansa de corte y coagulacion /aguja cistoscopica de Williams para botox.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías menores ambulatorias. | | | | |
| 2 | 10091201 | CIRUGIA GENITAL MASCULINA ALTA COMPLEJIDAD | I | 3 | I | |
| | | Indicaciones: Orquidectomia no tumoral, Orquidopexia bilateral. Epididimectomia uni o bilateral . Hidrocele uni o bilateral. Varicocele. Quiste de epididimo<br>Inclusiones: Orquiectomia sub albuginea bilateral por tumor de prostata. Orquidopexia bilateral. Epididimectomia bilateral | | | | |
| 2 | 10091201 | CIRUGIA GENITAL MASCULINA ALTA COMPLEJIDAD | A | | | |
| | | Indicaciones: Orquidectomia no tumoral, Orquidopexia bilateral. Epididimectomia uni o bilateral . Hidrocele uni o bilateral. Varicocele. Quiste de epididimo<br>Inclusiones: Orquiectomia sub albuginea bilateral por tumor de prostata. Orquidopexia bilateral. Epididimectomia bilateral<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías menores ambulatorias. | | | | |
| 2 | 10091202 | CIRUGIA GENITAL MASCULINA BAJA COMPLEJIDAD - VASECTOMIA | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Indicaciones: Postioplastia, frenulotomia, escision de lesion de pene/ biopsia de pene, vasectomia, reduccion manual de parafimosis, cauterizacion quimica de lesion de pene x sesion.<br>Inclusiones: Orquidopexia unilateral. Hidrocele, Varicocele, Quiste de epididimo. Escrotoplastia. Epididimectomia unilateral. Vasectomia bilateral. Escision de lesión de pene/biopsia. Postioplastia. Frenulotomia/ Op de Duhamell. Reduccion manual de parafimosis. | | | | |
| 2 | 10091202 | CIRUGIA GENITAL MASCULINA BAJA COMPLEJIDAD | I<br>A | 3 | I | |
| | | Indicaciones: Postioplastia, frenulotomia, escision de lesion de pene/ biopsia de pene, vasectomia, reduccion manual de parafimosis, cauterizacion quimica de lesion de pene x sesion.<br>Inclusiones: Orquidopexia unilateral. Hidrocele, Varicocele, Quiste de epididimo. Escrotoplastia. Epididimectomia unilateral. Vasectomia bilateral. Escision de lesión de pene/biopsia. Postioplastia. Frenulotomia/ Op de Duhamell. Reduccion manual de parafimosis.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías menores ambulatorias (se realiza con sedacion y requiere sala de recuperación anestésica). Se realizarian en internacion solo si, el paciente se encuentra internado por otra causa. | | | | |
| 2 | 10091300 | CIRUGIA RECONSTRUCTIVA PELVIANA Y URETRAL I | I | 3 | I | |
| | | Indicaciones: uretrotomia interna, meatotomia, uretrografia con radioscopia en quirofano<br>Inclusiones: Uretrotomia interna. Meatotomia. Uretrografia con radioscopia en quirofano. Orquiectomia unilateral por tumor.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | | |
| 2 | 10091300 | CIRUGIA RECONSTRUCTIVA PELVIANA Y URETRAL I | A | | | |
| | | Indicaciones: uretrotomia interna, meatotomia, uretrografia con radioscopia en quirofano<br>Inclusiones: Uretrotomia interna. Meatotomia. Uretrografia con radioscopia en quirofano. Orquiectomia unilateral por tumor.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías menores ambulatorias | | | | |
| 2 | 10091400 | CIRUGIA RECONSTRUCTIVA PELVIANA Y URETRAL II | I | 4 | I | |
| | | Indicaciones: Tratamiento de la incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) por via vaginal / Sling<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | | |
| 2 | 10091501 | CIRUGIA RECONSTRUCTIVA PELVIANA Y URETRAL III | I | 6 | II | |
| | | Indicaciones: Cirugia compartimiento vaginal anterior (prolapso de vejiga /cupula/enterocele) convencional o vlp<br>Inclusiones: Tto de prolapso vesical y rectal. Tto prolapso de cupula /enterocele x via vaginal. Tto prolapso de cupula /enterocele VLP.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | | |
| 2 | 10091502 | CIRUGIA RECONSTRUCTIVA PELVIANA Y URETRAL IV | I | 8 | IV | |
| | | Indicaciones: Derivacion urinaria - Ureterolitotomia / Uretroplatias T-T<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | | |
| 2 | 10091600 | CIRUGÍA VLP O CONVENCIONAL I | A<br>I | 6 | II | |
| | | Indicaciones: Biopsia Prostata, varicolap, penectomia parcial, vasectomia VLP (Solo para repermeacion de conducto deferente - recidiva. Obsesidad extrema con escroto plano). Orquidectomia unilateral por Testiculo criptorquideo inguinal.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco | | | | |
| 2 | 10091600 | CIRUGÍA VLP O CONVENCIONAL I | A | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Indicaciones: Biopsia Prostata, varicolap, penectomia parcial, vasectomia VLP (Solo para repermeacion de conducto deferente - recidiva. Obsesidad extrema con escroto plano). Orquidectomia unilateral por Testiculo criptorquideo inguinal.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías mayores ambulatorias. | | | |
| 2 | 10091601 | CIRUGIA VLP O CONVENCIONAL I + COMORBILIDADES | I | 6 | II |
| | | Indicaciones: Biopsia Prostata, varicolap, penectomia parcial, vasectomia VLP (Solo para repermeacion de conducto deferente - recidiva. Obsesidad extrema con escroto plano). Orquidectomia unilateral por Testiculo criptorquideo inguinal.<br>Comorbilidades: Obesidad con IMC +40 , doble sistema pielocalicial, doble sistema ureteral, cirugias previas, malformaciones, anticoagulados. El valor de la cirugía se basará en el procedimiento quirúrgico en sí, independientemente del número de comorbilidades presentes. No se agregaran adicionales.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10091601 | CIRUGIA VLP O CONVENCIONAL I + COMORBILIDADES | A | | |
| | | Indicaciones: Biopsia Prostata, varicolap, penectomia parcial, vasectomia VLP (Solo para repermeacion de conducto deferente - recidiva. Obsesidad extrema con escroto plano). Orquidectomia unilateral por Testiculo criptorquideo inguinal.<br>Comorbilidades: Obesidad con IMC +40 , doble sistema pielocalicial, doble sistema ureteral, cirugias previas, malformaciones, anticoagulados. El valor de la cirugía se basará en el procedimiento quirúrgico en sí, independientemente del número de comorbilidades presentes. No se agregaran adicionales.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías mayores ambulatorias. | | | |
| 2 | 10091700 | CIRUGÍA VLP O CONVENCIONAL II | I | 7 | III |
| | | Indicaciones: Biopsia renal, Ureterolitotomia, reimplante ureteral unilateral, pielografia percutanea, quistectomia renal, lumbotomia exploradora, tratamiento de las fistulas urinarias, adenomectomia prostatica, amputacion radical de pene<br>Incluye: c/s colocacion de cateter doble J en caso de requerirlo. En fistula urinaria: incluye fistulografia en igual acto qx.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco | | | |
| 2 | 10091700 | CIRUGÍA VLP O CONVENCIONAL II | A | | |
| | | Indicaciones: Biopsia renal, Ureterolitotomia, reimplante ureteral unilateral, pielografia percutanea, quistectomia renal, lumbotomia exploradora, tratamiento de las fistulas urinarias, adenomectomia prostatica, amputacion radical de pene<br>Incluye: c/s colocacion de cateter doble J en caso de requerirlo. En fistula urinaria: incluye fistulografia en igual acto qx.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías mayores ambulatorias. | | | |
| 2 | 10091701 | CIRUGIA VLP O CONVENCIONAL II + COMORBILIDADES | I | 7 | III |
| | | Indicaciones: Biopsia renal, Ureterolitotomia, reimplante ureteral unilateral, pielografia percutanea, quistectomia renal, lumbotomia exploradora, tratamiento de las fistulas urinarias, adenomectomia prostatica, amputacion radical de pene.<br>Incluye: c/s colocacion de cateter doble J en caso de requerirlo. En fistula urinaria: incluye fistulografia en igual acto qx. Comorbilidades asociadas: Obesidad IMC + 40, doble sistema pielocalicial, doble sistema ureteral, cirugias previas, malformaciones, anticoagulados. El valor de la cirugía se basará en el procedimiento quirúrgico en sí, independientemente del número de comorbilidades presentes. No se agregaran adicionales.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10091701 | CIRUGIA VLP O CONVENCIONAL II + COMORBILIDADES | A | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Indicaciones: Biopsia renal, Ureterolitotomia, reimplante ureteral unilateral, pielografia percutanea, quistectomia renal, lumbotomia exploradora, tratamiento de las fistulas urinarias, adenomectomia prostatica, amputacion radical de pene.<br>Incluye: c/s colocacion de cateter doble J en caso de requerirlo. En fistula urinaria: incluye fistulografia en igual acto qx. Comorbilidades asociadas: Obesidad IMC + 40, doble sistema pielocalicial, doble sistema ureteral, cirugias previas, malformaciones, anticoagulados. El valor de la cirugía se basará en el procedimiento quirúrgico en sí, independientemente del número de comorbilidades presentes. No se agregaran adicionales.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco.<br>Estado ambulatorio: Asociado a módulo de cirugías mayores ambulatorias. | | | |
| 2 | 10091800 | CIRUGÍA VLP O CONVENCIONAL III | I | 8 | IV |
| | | Indicaciones: Nefrectomia radical. Nefrectomia por anulación funcional. Plástica de uréter. Linfadectomias (inguinal, iliobturatriz, lumboaortica, cavoaortica,), Reimplante ureteral bilateral, Prostatectomia por tumor benigno.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10091801 | CIRUGIA VLP O CONVENCIONAL III + COMORBILIDADES | A | 8 | IV |
| | | Indicaciones: Nefrectomia radical. Nefrectomia por anulación funcional. Plástica de uréter. Linfadectomias (inguinal, iliobturatriz, lumboaortica, cavoaortica,), Reimplante ureteral bilateral, Prostatectomia por tumor benigno. Comorbilidades asociadas: Obesidad IMC + 40, doble sistema pielocalicial, doble sistema ureteral, cirugias previas, malformaciones, anticoagulados. El valor de la cirugía se basará en el procedimiento quirúrgico en sí, independientemente del número de comorbilidades presentes. No se agregaran adicionales.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco | | | |
| 2 | 10091900 | CIRUGÍA VLP O CONVENCIONAL IV | I | 8 | IV |
| | | Indicaciones: Adrenalectomia, nefroureterectomia, Pieloplastia , Nefrectomia Parcial, Nefrectomia por Pielonefritis cronica, Pielolitotomia.<br>Incluye: c/s toma de biopsia, c/s recoleccion de orina<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco | | | |
| 2 | 10091901 | CIRUGIA VLP O CONVENCIONAL IV + COMORBILIDADES | I | 8 | IV |
| | | Indicaciones: Adrenalectomia, nefroureterectomia, Pieloplastia , Nefrectomia Parcial, Nefrectomia por Pielonefritis cronica, Pielolitotomia.<br>Incluye: c/s toma de biopsia, c/s recoleccion de orina<br>Comorbilidades asociadas: Obesidad IMC + 40, doble sistema pielocalicial, doble sistema ureteral, cirugias previas, malformaciones, anticoagulados. El valor de la cirugía se basará en el procedimiento quirúrgico en sí, independientemente del número de comorbilidades presentes. No se agregaran adicionales.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | |
| 2 | 10092000 | CAMBIO NEFROSTOMIA /TALLA VESICAL | I | | |
| | | Indicaciones: Urostomizados crónicos<br>El estado internacion es solo si esta internado por otra causa y es necesario tambien realizarle esta practica. | | | |
| 2 | 10092000 | CAMBIO NEFROSTOMIA /TALLA VESICAL | A | | |
| | | Indicaciones: Urostomizados crónicos<br>El estado internacion es solo si esta internado por otra causa y es necesario tambien realizarle esta practica. | | | |
| 2 | 10092100 | EXTRACCIÓN JJ ENDOSCÓPICO | I | 2 | I |
| | | Si se requiere hacer litotricia y el paciente tiene un cateter doble J se aplica regla de cirugias multiples.<br>El estado internacion es solo si esta internado por otra causa y es necesario tambien realizarle esta practica | | | |
| 2 | 10092100 | EXTRACCIÓN JJ ENDOSCÓPICO | A | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Si se requiere hacer litotricia y el paciente tiene un cateter doble J se aplica regla de cirugias multiples. | | | | |
| 2 | 10092200 | DRENAJE PERIRRENAL/TALLA VESICAL | | I | 2 | I |
| | | Indicaciones: Abceso retroperitoneal, Retencion urinaria, biopsia ganglio. Confección percutánea o quirúrgica de talla vesical.<br>Auditoría Médica: sujeto a auditoria posterior en el caso de Retencion urinaria aguda. La talla vesical se realiza cuando no se pudo colocar sonda vesical. Incluye la recoleccion de orina como muestra para cultivo. Drenaje de absceso c/s toma de biopsia o cultivo como unica practica incluida en este codigo.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco.<br>El estado internacion es solo si esta internado por otra causa y es necesario tambien realizarle esta practica. | | | | |
| 2 | 10092200 | DRENAJE PERIRRENAL/TALLA VESICAL | | A | | |
| | | Indicaciones: Abceso retroperitoneal, Retencion urinaria, biopsia ganglio. Confección percutánea o quirúrgica de talla vesical.<br>Auditoría Médica: sujeto a auditoria posterior en el caso de Retencion urinaria aguda. La talla vesical se realiza cuando no se pudo colocar sonda vesical. Incluye la recoleccion de orina como muestra para cultivo. Drenaje de absceso c/s toma de biopsia o cultivo como unica practica incluida en este codigo.<br>Excluye: Insumos quirúrgicos pertinentes al procedimiento especifíco. | | | | |
| 2 | 10092900 | RTU BIPOLAR VEJIGA | | I | 8 | IV |
| | | Practica relacionada a : prescripción, realización y facturación a médico, medico especialista en Urología<br>Indicaciones: Tumor unico o multiple / Exclusiones: Material (ANSA de corte y ANSA de coagulacion), | | | | |
| 2 | 10093000 | RTU BIPOLAR PROSTATA | | I | 8 | IV |
| | | Indicaciones: HPB, esclerosis de lodge<br>Incluye: RTU Prostata BIPOLAR<br>Exclusiones: Material (ANSA de corte y ANSA de coagulacion) | | | | |
| 2 | 10093100 | CIRUGÍA UROLÓGICA ALTA COMPLEJIDAD I | | I | 7 | III |
| | | Indicaciones: Derivacion urinaria (bricker)/ Ureterostomia cutanea uni 0 bilateral. Plastica de pene por tiempo quirurgico, Cistectomia parcial abierta o VLP, Shunt caverno-esponjoso. | | | | |
| 2 | 10093200 | CIRUGIA UROLOGICA ALTA COMPLEJIDAD NIVEL 2 | | I | 10 | V |
| | | Indicaciones: Cistoplastia de ampliacion convencional o vlp. Cistectomia radical. Prostatectomia radical abierta. | | | | |
| | | **OPERACION OBSTETRICA Y EN EL AP GENITAL FEMENINO** | | | | |
| 2 | 11030100 | TRAT. INCONTINENCIA + COLOCACION SLING TOT O TVT | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 | 11030100 | TRAT. INCONTINENCIA + COLOCACION SLING TOT O TVT | | I | 6 | II |
| 2 | 11030200 | TRAT. INCONTINENCIA CON SLING PUBOVAGINAL | | A | | |
| 2 | 11030200 | TRAT. INCONTINENCIA CON SLING PUBOVAGINAL | | I | 8 | IV |
| 2 | 11030300 | RECONST. PROLAPSO VAGINAL II/III C/S MAT. SINTETIC | | A | | |
| 2 | 11030300 | RECONST. PROLAPSO VAGINAL II/III C/S MAT. SINTETIC | | I | 6 | II |
| 2 | 11030400 | PROLAPSO COMP.- RECONST. VAGINAL + SUSP Y FIJACION | | I | 10 | V |
| 2 | 11030500 | PROLAPSO VAGINAL - TEC. OBLITERATIVA. | | A | | |
| 2 | 11030500 | PROLAPSO VAGINAL - TEC. OBLITERATIVA. | | I | 4 | I |
| 2 | 11030600 | URETROPLASTIA - DIVERTICULO FISTULA UTEROVAGINAL. | | I | 6 | II |
| 2 | 11030700 | RESECCION MATERIAL SINT. EXP. COMPLEJA >2CM | | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 11030700 | RESECCION MATERIAL SINT. EXP. COMPLEJA >2CM | I | 6 | II |
| 2 | 11041000 | MODULO INTEGRADO PARTO- NACIMIENTO | I | | |

**Definición:** Comprende el conjunto de prestaciones médico asistenciales brindadas para la atención del Parto y la Atención del Recién Nacido

**Inclusiones:**

* La internación hasta dos días como máximo, para la madre.
* Los gastos y derechos quirúrgicos del parto y eventuales patologías relacionadas con el parto.
* Asistencia obstétrica y del recién nacido por el tiempo estipulado; consultas del puerperio hasta el alta médica, incluyendo las interconsultas.
* Los gastos de laboratorio de baja, mediana complejidad y pesquisa neonatal ampliada (según recomendaciones nacionales y provinciales vigentes).
* Los gastos de radiología
* Medicamentos y material descartable, salvo las Exclusiones, de las cuales se dejan expresa constancia.
* Monitoreo del trabajo de parto. * Para el recien nacido se incluye hasta 1 dia en la unidad de cuidados criticos neonatales (UCIN o cuidados especiales) / * vacunas para recien nacido y la madre segun calendario nacional vigente

**Exclusiones:**

* Curso psico profilaxis del parto.
* Cobaltoterapia, medicina nuclear, radioterapia e inmunomarcadores, estudios genéticos, fecundación asistida, estudios hemodinámicos, Holter, polisomnografía, potenciales evocados, electroencefalograma, electromiograma, mapeo cerebral, monitoreo de presión intracraneana, tomografTa computada, resonancia magnética, litotricia extracorpórea, doppler color, cámara gamma, angiografía digital, trasplante de órganos en general, hemodiálisis, drogas radioactivas, necropsia del neonato, prestaciones de hemoterapia, sangre y derivados. Las prácticas y/o estudios no nomenclados y los medicamentos, drogas y material descartable utilizados en ellas.
* Las internaciones por las siguientes causas:
Rotura prematura de membrana en embarazos de menos de treinta y seis (36) semanas.
Pretérmino (embarazo mayor de veinte (20) semanas y menor de treinta y siete semanas).
* Internaciones por patologías clínicas y/o quirúrgicas generales relacionadas o no con el embarazo, cualquiera sea el momento en que ocurran, por ejemplo:
Hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, incompatibilidad por Rh, colagenopatías, retardo del crecimiento, madre VDRL (+) no tratada, corioanmionitis materna, hijo de madre diabética.
* Internaciones de la madre en áreas especiales y/o de sectores intensivos, incluyendo las prestaciones, medicamentos y materiales descartables brindados en dicho sector.
* Cualquier tipo de cirugía no relacionada con el parto, aún en el mismo acto quirúrgico.
* Asistencia respiratoria mecánica.
* Malformaciones congénitas mayores con diagnóstico prenatal y/o no detectadas
* Anatomía patológica.
* Odontología.

| | | |
|---|---|---|
| I | 6 | II |

Medicamentos: Gammaglobulina, Surfactante pulmonar, Fibrinolídcos, Cefalosporinas posteriores a las de 3a generación y posteriores, monobactámicos, carbapenems, glicopéptidos, antivirales, interferón, andmicóficos de uso parenteral, citostáficos, quimioterápicos, inmunomoduladores, factores estimuladores de colonias, Albúmina humana, procoagulantes: complejo protombínico humano, factores andhemofilicos, linfoglobulina antilinfocitaria, anticuerpos monoclonales, alimentación parenteral y enteral, sus productos habituales (lípidos, aminoácidos, etc), insulina humana, hormonas, eritropoyetina, medicación anti SIDA y complicaciones del SIDA, Somatostatina, ondasentrón.
Otros materiales descartables expresamente excluidos del módulo: Catéter de SwanGanz, agujas especiales para biopsias, punción esplénica, linfografía, escleroterapia, Seldinger, Chiva, Won u otras, cánulas de todo tipo (aórticas, venosas, arteriales y de perfusión arterial, de Rabinovich, traqueal y Safetyflex). catéter doble y triple lumen, punta de Scheaver, SteriDrape, adhesivos, pegamentos y cementos biológicos, extractores de cálculos Cook y similares, ansa de tungsteno, filtros para la vena cava, filtro desangre (ultrafiltraciones), electrodos para marcapasos, set para nefrostomía, material radiactivo, tubo de intubación selectiva, marcapasos definitivos, cardiodesfibriladores reimplantables.
* Pensión de acompañantes, extras de la paciente y/o del acompañante.
* Otoemisiones acústicas (OEA) como pesquisa auditiva para los recién nacidos se podrá facturar extra módulo con código asignado a tal fin (31.03.07) adjuntando resultado del mismo en la Historia clínica. Sabiendo la importancia de este estudio y la obligatoriedad por ley, se decide autorizar su realización en el período neonatal indicado o dentro del 1 mes de vida en forma ambulatoria.
Para el recién nacido - Unidad de Cuidados Críticos Neonatales (UCIN o Cuidados Especiales), por las patologías no excluidas.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 11041100 | MODULO INTEGRADO CESAREA - NACIMIENTO | H. Y GASTOS (FIJO) | I | 6 | II |

**Definición:** Comprende el conjunto de prestaciones médico asistenciales brindadas para la atención de la Cesárea y la Atención del Recién Nacido.

**Inclusiones:**

* La internación hasta tres días como máximo, para la madre
* Los gastos y derechos quirúrgicos de cesárea, eventuales patologías relacionadas con la misma. Como así también los gastos y pensión correspondientes a la realización de Ligadura Tubaria en el mismo acto quirúrgico.
* consultas del puerperio hasta el alta médica, incluyendo las interconsultas
laboratorio de baja, mediana complejidad y pesquisa
neonatal ampliada (según recomendaciones nacionales y provinciales vigentes)
Los gastos de radiología
Medicamentos y material descartable, salvo las Exclusiones, de las cuales se dejan expresa constancia
Monitoreo del trabajo de parto

**Exclusiones:**

* Curso psicoprofilaxis del parto
* Cobaltoterapia, medicina nuclear, radioterapia e inmunomarcadores, estudios genéticos, fecundación asistida, estudios hemodinámicos, holter, polisomniografía, potenciales evocados, electroencefalograma, electromiograma, mapeo cerebral, monitoreo de presión intracraneana, tomografía computada, resonancia magnética, litotricia extracorpórea, doppler color, cámara gamma, angiografía digital, trasplante de órganos en general, hemodiálisis, drogas radioactivas, necropsia del neonato, prestaciones de hemoterapia, sangre y derivados .Las prácticas y/o estudios no nomenclados y los medicamentos, drogas y material descartable utilizados en ellas
* Las internaciones por las siguientes causas:
Rotura prematura de membrana en embarazos de menos treinta y seis (36) semanas
* Pretérmino (embarazo mayor de veinte (20) semanas y menor de treinta y siete semanas)
* Internaciones por patologías clínicas y/o quirúrgicas generales relacionadas o no con el embarazo, cualquiera sea el momento en que ocurran, por ejemplo: Hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, incompatibilidad por Rh, colagenopatías, retardo del crecimiento, madre VDRL (+) no tratada, corioanmionitis materna, hijo de madre diabética
* Internaciones de la madre en áreas especiales y/o de sectores intensivos, incluyendo las prestaciones, medicamentos y materiales descartables brindados en dicho sector
* Cualquier tipo de cirugía no relacionada con la cesárea, aún en el mismo acto quirúrgico
* Asistencia respiratoria mecánica
* Malformaciones congénitas mayores con diagnóstico prenatal y/o no detectadas
* Anatomía patológica
* Odontología

* Medicamentos: Gammaglobulina, Surfactante pulmonar, Fibrinolíticos, Cefalosporinas posteriores a las de 38 generación y posteriores, monobactámicos, carbapenems, glicopéptidos, antivirales, interferón, antimicóficos de uso parenteral, citostáticos, quimioterápicos, inmunomoduladores, factores estimuladores de colonias, Albúmina humana, procoagulantes: complejo protombínico humano, factores antihemofílicos, linfoglobulina antilinfocitaria, anticuerpos monoclonales, alimentación parenteral y enteral, sus productos habituales (lípidos, aminoácidos, etc.), insulina humana, hormonas, eritropoyetina, medicación anti SIDA y complicaciones del SIDA, Somatostatina, ondansetron.
* Otros materiales descartables expresamente excluidos del módulo: Catéter de SwanGanz, agujas especiales para biopsias, punción esplénica, linfografía, escleroterapia, Seldinger, Chiva, Won u otras, cánulas de todo tipo (aórticas, venosas, arteriales y de perfusión arterial, de Rabinovich, traqueal y Safetyfiex). cateter doble y triple lumen, punta de Scheaver, SteriDrape, adhesivos, pegamentos y cementos biológicos, extractores de cálculos Cook y similares, ansa de tungsteno, filtros para la vena cava, filtro desangre (ultrafiltraciones), electrodos para marcapasos, set para nefrostomía, material radiactivo, tubo de intubación selectiva, marcapasos definitivos, cardiodesfibriladores implantables.
* Pensión de acompañantes, extras de la paciente y/o del acompañante.
* Otoemisiones acústicas (OEA) como pesquisa auditiva para los recién nacidos se podrá facturar extra módulo con código asignado a tal fin (31.03.07) adjuntando resultado del mismo en la historia clínica. Sabiendo la importancia de este estudio y la obligatoriedad por ley, se decide autorizar su realización en el período neonatal indicado o dentro del 1 mes de vida en forma ambulatoria.
Para el recién nacido - Unidad de Cuidados Críticos Neonatales (UCIN o Cuidados Especiales),

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 11050100 | CA CUELLO VIA CONVENCIONAL - GANGLIO CENT - LINF | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 9 | IV |
| 2 | 11050200 | CA OVARIO VIA CONVENCIONAL - AMPLIADA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 9 | IV |
| 2 | 11050300 | CA ENDOMETRIO VIA CONVENCIONAL - AMPLIADA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 9 | IV |
| 2 | 11050400 | HEMIVULVECT. C GANGLIO, LINF. SUP Y/O PROF | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 9 | IV |
| 2 | 11050500 | VLP ONCOLOGICA - TRAQUELECTOMIA RADICAL | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 10 | V |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 11050600 | VLP ONCOLOGICA - ANEXO HISTERECT. TOTAL AMPLIADA 1 | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 10 | V |
| 2 11050700 | VLP ONCOLOGICA - ANEXO HISTERECT. TOTAL AMPLIADA 2 | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 10 | V |
| 2 11050800 | LINFADENECTOMIA LUMBOAORTICA POR VIA LAPAROSCOPICA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 9 | IV |
| 2 11050900 | HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 9 | IV |
| 2 11051000 | MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 9 | IV |
| 2 11051100 | OPERACIÓN DEL CÁNCER DE VULVA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 9 | IV |
| 2 11060100 | ESCISIÓN DE LESIÓN/PUNCIÓN/DRENAJE/BIOPSIA/CAUTE | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| | | | I | 1 | I |
| 2 11060100 | ESCISIÓN DE LESIÓN/PUNCIÓN/DRENAJE/BIOPSIA/CAUTE | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| | gastos y material necesario para su realizacion Indicaciones: prurito vulvar crónico, vulvodimia y lesión de piel. | | | | |
| 2 11060400 | "BIOPSIA DE VAGINA. PUNCION DE VAGINA (DIAGNOSTICA, EXPLORADORA). PUNCIÓN DE FONDO DE SACO DE DOUGLAS" | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 1 | I |
| | **Indicaciones: lesión vaginal. Sospecha de embarazo ectópico, absceso de cúpula vaginal.** | | | | |
| 2 11060400 | "BIOPSIA DE VAGINA. PUNCION DE VAGINA (DIAGNOSTICA, EXPLORADORA). PUNCIÓN DE FONDO DE SACO DE DOUGLAS" | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| | **Indicaciones: lesión vaginal. Sospecha de embarazo ectópico, absceso de cúpula vaginal.** | | | | |
| 2 11060500 | VULVECTOMÍA RADICAL CON GANGLIO (INCLUYE VACIAMIENTO LINFATICOS IGUALES) | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 8 | IV |
| | **Indicaciones: cáncer de vulva** | | | | |
| 2 11060600 | VULVECTOMIA SIMPLE. | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | |
| | **Indicaciones: cáncer de vulva o glandula de bartholino.** | | A | | |
| 2 11060600 | VULVECTOMIA SIMPLE. | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 3 | I |
| 2 11060700 | ESCISION DE LABIOS MAYORES, LABIOS MENORES, DE GLÁNDULAS DE BARTHOLINO, DE GLÁNDULAS DE SKENE, | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| | **Indicaciones: lesiones malignas de piel de vulva y glandulas de Bartholino o de skene** | | | | |
| 2 11060700 | ESCISION DE LABIOS MAYORES, LABIOS MENORES, DE GLA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 1 | I |
| 2 11060800 | HIMENOTOMIA. INCISION Y DRENAJE DE VULVA, GLANDULAS DE BARTHOLINO, GLANDULAS DE SKENE (ABSCESO) | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| | **Indicaciones: himen imperforado. Absceso de piel y partes blandas en piel glándula de Bartholino o de skene** | | | | |
| 2 11060800 | HIMENOTOMIA. INCISION Y DRENAJE DE VULVA, GLANDULA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 1 | I |
| 2 11060900 | EPISIORRAFIA, PERINEORRAFIA O EPISISOPERINEORRAFIA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| | Indicaciones: perineorrafia fuera del parto, desgarro, lesión traumática de pedné. | | | | |
| 2 11060900 | EPISIORRAFIA, PERINEORRAFIA O EPISISOPERINEORRAFIA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 2 | I |
| 2 11061000 | PERINEOPLASTIA, EPISIOPERINEOPLASTIA. | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| | Indicaciones: defectos de cicatrización de epislotomía o desgarro postparto | | | | |
| 2 11061000 | PERINEOPLASTIA, EPISIOPERINEOPLASTIA. | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 3 | I |
| 2 11061100 | COLPORRAFIA ANTERIOR Y/O POSTERIOR, CON O SIN AMPU | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| | Indicaciones: prolapso, cistorectocele. | | | | |
| 2 11061100 | COLPORRAFIA ANTERIOR Y/O POSTERIOR, CON O SIN AMPU | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 6 | II |
| | Indicaciones: desgarro vaginal traumático | | | | |
| 2 11061200 | COLPORRAFIA POR HERIDA, DESGARRO, ETC. (FUERA DEL | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Indicaciones: desgarro vaginal traumático | | | | | |
| 2 11061200 | COLPORRAFIA POR HERIDA, DESGARRO, ETC. (FUERA DEL | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 1 | I |
| 2 11061300 | COLPORRAFIA POSTERIOR CON RECONSTRUCCION DEL ESFIN | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 3 | I |
| | Indicaciones: desgarro perineal complicado | | | | |
| 2 11061400 | COLPOPEXIA POR VIA ABDOMINAL | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 6 | II |
| | prolapso, prolapso de cúpula vaginal | | | | |
| 2 11061500 | COLPOPEXIA COMBINADA (POR VIA ABDOMINAL Y VAGINAL) | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 8 | IV |
| | Indicaciones: prolapso , prolapso de cúpula vaginal | | | | |
| 2 11061600 | COLPOCLEISIS COMPLETA O PARCIAL | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 3 | I |
| | Indicaciones: prolapso de cúpula vaginal, histerocele. | | | | |
| 2 11061700 | COLPOTOMIA DE DRENAJE, DRENAJE DE ABSCESO Y HEMATOMAS | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| | Indicaciones: absceso y hematoma de cúpula vaginal | | | | |
| 2 11061700 | COLPOTOMIA DE DRENAJE, DRENAJE DE ABSCESO Y HEMATOMAS | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 2 | I |
| | Indicaciones: absceso y hematoma de cúpula vaginal | | | | |
| 2 11061900 | COLPOPEXIA POR VIA LAPAROSCOPICA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 11061900 | COLPOPEXIA POR VIA LAPAROSCOPICA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 8 | IV |
| 2 11062000 | EXERESIS DE EXTRUSION DE MALLA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 11062000 | EXERESIS DE EXTRUSION DE MALLA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 2 | I |
| 2 11070100 | BIOPSIA DE ENDOMETRIO -CURETA DE NOVAK U OTRA SIMI | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | |
| 2 11070200 | CA CUELLO VÍA CONVENCIONAL - HISTERECTOMIA TOTAL A | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 9 | IV |
| 2 11070300 | HISTERECTOMÍA CON PROLAPSO - VÍA ABDOMINAL O VAGIN | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 5 | II |
| | Técnica a cielo abierto. Indicaciones: miomatosis uterina, prolapso, adenomiosis, enfermedad trofoblaslica gestadonal, trastorno del sangrado uterino que no responde a otros tratamientos menos invasivos, hemorragia post parto incohersible. | | | | |
| 2 11070500 | HISTERECTOMÍA PUERPERAL POR TRAST. DE IMPLANTACIÓN | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 9 | IV |
| 2 11070600 | MIOMECTOMIA UTERINA ABDOMINAL. | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 4 | I |
| | Técnica a cielo abierto. Indicaciones: miomas | | | | |
| 2 11070700 | MIOMECTOMIA VAGINAL (MIOMA-NACENS) | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 2 | I |
| 2 11070800 | OPERACION CORRECTORA DE LOS VICIOS DE CONFORMACION | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 5 | II |
| | Técnica a cielo abierto. Indicaciones: malformaciones uterinas. | | | | |
| 2 11071000 | RASPADO UTERINO TERAPEUTICO O AMEU / AEU (ASPIRACION MANUAL O ELECTRICA ENDOUTERINA) | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| | Indicaciones: sangrados uterinos incohersibles, aborto incompleto, ILE (interrupcción legal del embarazo), enfermedad trofoblastica gestacional (mola hidatidiforme) **Exclusion**: Kit AMEU | | | | |
| 2 11071000 | RASPADO UTERINO TERAPEUTICO O AMEU / AEU (ASPIRACION MANUAL O ELECTRICA ENDOUTERINA) | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 3 | I |
| | Indicaciones: sangrados uterinos incohersibles, aborto incompleto, ILE (interrupcción legal del embarazo), enfermedad trofoblastica gestacional (mola hidatidiforme) **Exclusion**: Kit AMEU | | | | |
| 2 11071100 | RASPADO UTERINO DIAGNOSTICO CON O SIN BIOPSIA DE CUELLO | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| | Tecnica: aspiración manual o electrica endoutedna. Indicaciones: metrorragia postenopausia, sangrados uterinos inexplicados en premenopausia, sospecha de cancer endocervical. **Exclusion**: Kit AMEU | | | | |
| 2 11071100 | RASPADO UTERINO DIAGNOSTICO CON O SIN BIOPSIA DE CUELLO | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 2 | I |
| | Tecnica: aspiración manual o electrica endoutedna. Indicaciones: metrorragia postenopausia, sangrados uterinos inexplicados en premenopausia, sospecha de cancer endocervical. **Exclusion**: Kit AMEU | | | | |
| 2 11071200 | AMPUTACION DE CUELLO, TRAQUELECTOMIA, TRAQUELOPLAS | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 5 | II |
| | Indicaciones: lesión maligna de cuello. | | | | |
| 2 11071300 | CONIZACION DE CUELLO CONVENCIONAL O CON LEEP | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Indicaciones: SIL del alto grado - carcinoma in situ de cuello uterino. | | | | |
| 2 11071300 | CONIZACION DE CUELLO CONVENCIONAL O CON LEEP | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 4 | I |
| 2 11071400 | TRAQUELORRAFIA (FUERA DEL PARTO), CERCLAJE DE CUEL<br>Indicaciones: incompetencia itsmico cervical. | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 3 | I |
| 2 11071600 | ESCISION LOCAL DE LESION DE CUELLO(POLIPO) ELECTRO COAGULACION DE CUELLO O CAUTERIZ. DE CUELLO<br>Indicaciones: polipo endocenrical, lesión sospechosa de cuello uterino, ectopía peñorificial congénita, condiloma cervical o vaginal. | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | |
| 2 11071700 | HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA.<br>Indicaciones: tabique vaginal, sangrado uterino inexplicados, sospecha ecografica de polipo endometrial, Hiperplasia endometriales, malforaciones uterinas, metrorrafias de la post menopausia. | | A | | |
| 2 11071800 | HISTEROSCOPIA TERAPEUTICO BAJA COMPLEJIDAD<br>Indicaciones: hiperplasias poliposis, sinequias, tabique vaginal. | | A | | |
| 2 11071800 | HISTEROSCOPIA TERAPEUTICO BAJA COMPLEJIDAD | | I | 4 | I |
| 2 11071900 | HISTEROSCOPIA TERAPEUTICO ALTA COMPLEJIDAD<br>Indicaciones: miomas submucosos, utero tabicado, | | A | | |
| 2 11071900 | HISTEROSCOPIA TERAPEUTICO ALTA COMPLEJIDAD | | I | 7 | III |
| 2 11072000 | CIRUGIA GINECOLOGICA/VIDEO BAJA COMPLEJIDAD<br>Indicaciones: ligadura de trompa, infertilidad drillingovarico, endometdosis leve. | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 11072000 | CIRUGIA GINECOLOGICA/VIDEO BAJA COMPLEJIDAD | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 5 | II |
| 2 11072100 | CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ANEXIAL MEDIANA COMPLEJIDAD - CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ANEXIAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD: QUISTE SIMPLE, QUISTE DEL PARAOVARIO, QUISTE HEMORRÁGICO, TERATOMA, ENDOMETRIOMA, SALPINGECTOMÍA<br>Indicaciones: endometriosis moderada, quiste simple de ovario, quistes endomebiosicos y dermoides, liberación de adherencias embarazo ectópico. | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 11072100 | CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ANEXIAL MEDIANA COMPLEJIDAD - CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ANEXIAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD: QUISTE SIMPLE, QUISTE DEL PARAOVARIO, QUISTE HEMORRÁGICO, TERATOMA, ENDOMETRIOMA, SALPINGECTOMÍA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 7 | III |
| 2 11072200 | CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR ENDOMETRIOSIS PROFUNDA<br>Indicaciones: cirugía oncológica pelviana, endomebiosis severa, prolapso de cúpula vaginal, miornectomía. | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 10 | V |
| 2 11072300 | VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLOGICA EXPLORADORA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 11072300 | VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLOGICA EXPLORADORA<br>Indicaciones: emergencia ginecologica, sospecha de embarazo ectópico, absceso tubo ovarios | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 4 | I |
| 2 11072400 | VLP ONCOLÓGICA - OPERACIÓN DE WERTHEIN MEIGS.<br>Indicaciones: canear de cuello uterino, cancer de ovado y cancer de endometrio | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 10 | V |
| 2 11072500 | LLETZ CERVICAL | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 11072500 | LLETZ CERVICAL | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 3 | I |
| 2 11072600 | RASPADO UTERINO EN EMBARAZO MOLAR | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 11072600 | RASPADO UTERINO EN EMBARAZO MOLAR | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 4 | I |
| 2 11072700 | EVAC. UTERINA TERAP. 14-22 SEM. SIN ASIST. EXPULSI | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 11072700 | EVAC. UTERINA TERAP. 14-22 SEM. SIN ASIST. EXPULSI | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 4 | I |
| 2 | 11072800 | VLP - CORRECCION DE VICIOS UTERINOS | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 | 11072800 | VLP - CORRECCION DE VICIOS UTERINOS | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 7 | III |
| 2 | 11072900 | HISTERECTOMIA VAGINAL EN PACIENTES SIN PROLAPSO | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 | 11072900 | HISTERECTOMIA VAGINAL EN PACIENTES SIN PROLAPSO | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 8 | IV |
| | | **OPERACIONES DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO** | | | | |
| 2 | 11080100 | OOFORECTOMIA, SALPINGECTOMIA. SALPINGOSTOMIA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 5 | II |
| | | Técnica a cielo abierto. Indicaciones: enfermedad inflamatoria pelvica, hidrosalpinx, teratoma, lesiones espescíficas e inespecíficas de ovada (Coronares, infecciones, sospecha de malignidad). Embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pelvica, hidrosalpinx previo a fertilización asistida | | | | |
| 2 | 11080200 | BIOPSIA DE OVARIO O DEBRIDACION A CIELO ABIERTO | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 4 | I |
| | | Indicaciones: teratoma, lesiones espescíficas e inespecíficas de ovado (Cordones, infecciones, sospecha de malignidad) | | | | |
| 2 | 11080301 | LIGADURA DE TROMPAS BILATERAL A CIELO ABIERTO | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 4 | I |
| 2 | 11080800 | DRENAJE DE ABSCESO ANEXIAL POR VIA ABDOMINAL A CI | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 4 | I |
| | | Técnica a cielo abierto. Indicaciones: abceso pelviano o anexial, enfermedad inflamatoria pelvica estadío IR. | | | | |
| | | **OPERACIONES OBSTETRICAS** | | | | |
| 2 | 11090100 | ATENCIÓN DEL PARTO | MODULO INTEGRADO PARTO-NACIMIENTO | | | |
| 2 | 11090200 | EVACUACION UTERINA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO, COM MECANISMO DE PARTO<br>Indicaciones: feto muerto, corioanmionitis, interrupción legal del embarazo. | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 6 | II |
| 2 | 11090300 | ATENC. DEL ALUMBR. O PUERP.Y/O COMPLICACIONES SIN ANESTESIA MEDICA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 2 | I |
| 2 | 11090400 | CERCLAJE UTERINO PROFILACTICO DURANTE EL EMBARAZO<br>Indicaciones: incompetencia itsmico cervical, parto inmaduro | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 5 | II |
| 2 | 11090500 | CIRUGIA CONSERVADORA DE UTERO POST-ACRETISMO PLACENTARIO<br>Indicaciones: incompetencia itsmico cervical, parto inmaduro | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 8 | IV |
| 2 | 11091000 | PUNCION DE VELLOSIDADES CORIONICAS | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| | | Indicaciones: edad materna avanzada mas de 35 años, rastreo de riesgO genético, previa ecografía por ecografiasta acreditado para tal fin. | | | | |
| 2 | 11091000 | PUNCION DE VELLOSIDADES CORIONICAS | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 3 | I |
| 2 | 11091100 | OPERACION CESAREA, GINECOLOGO/OBSTETRA<br>Exdusiva . cuando se realiza corno única intervención por fuera del Módulo Integrado de cesarea - nacimiento (E): paciente internada en UTI) | MODULO INTEGRADO CESAREA - NACIMIENTO | I | 6 | II |
| 2 | 11091200 | ANMIOCENTESIS SIN INCLUIR VALOR DE ECOGRAFIA<br>Induye gastos y material necesario para su realizacion. Excluye ecografia. Indicaciones: madurez pulmonar fetal, RH ) sensibilizada, sospecha de enfermedades virares o genéticas, embarazo en mujeres mayores de 35 años. | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | | | |
| 2 | 11091300 | COLOCACION DE BALON DE BAKRY | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 | 11091300 | COLOCACION DE BALON DE BAKRY | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 3 | I |
| 2 | 11091400 | DRENAJE DE HEMATOMA VULVOVAGINAL POSTPARTO | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 | 11091400 | DRENAJE DE HEMATOMA VULVOVAGINAL POSTPARTO | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 3 | I |
| 2 | 11091500 | DRENAJE ABSCESO/HEMATOMA PARED ABD. ORIGEN GINECOL | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 | 11091500 | DRENAJE ABSCESO/HEMATOMA PARED ABD. ORIGEN GINECOL | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 3 | I |
| 2 | 11091600 | CESAREA POR EMBARAZO MULTIPLE O CX UTERINA PREVIA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 7 | II |
| 2 | 11091700 | PARTO COMPLEJO - FORCEPS, PODALICA, MULTIPLES, ETC | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 6 | II |
| 2 | 11091800 | LAPAROTOMIA POR COMPLICACION OBSTETRICA AGUDA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 6 | II |
| 2 | 11091900 | LAPAROTOMIA EXPLORADORA GINECOLOGICA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | A | | |
| 2 | 11091900 | LAPAROTOMIA EXPLORADORA GINECOLOGICA | EQUIPO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | I | 3 | I |

**OPERACIONES EN EL SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO**

1.3. Vias de abordaje quirurugico
1.3.1. Se debe facturar una sola complejidad por intervención. Excepto cuando se realicen intervenciones multiples o simultaneas.
1.3.2. Intervenciones Multiples y/o Simultaneas
A.Cuando se practiquen intervenciones múltiples direrentes vías por diferentes patologías, ya sean cirugías simultáneas o sucesivas (por el mismo equipo quirúrgico),sean horno o bilateral, se facturará complejidades por separado y el 100% de cada una.
B.Las patologías que deben realizarse por doble vía y en el mismo tiempo quirúrgico, se aplicará un 50% sobre el valor de la complejidad correspondiente.
C.Las patologías que deban realizarse por doble vía, en diferentes actos quirúrgicos, se facturará el 100% del código que correponda a cada acto quirúrgico.
D.Cuando se deba realizar tratamiento a dos patologías diferentes, o sea que no tengan relación entre sí, por la misma vía de abordaje, en el mismo acto quirúrgico, se deberá agregar un 50% al código correspondiente.

1.4. Reintervenciones
En las revisiones de cualquier recidiva o complicación de cualquier patología y/o complejidad, se aplicara un 30% sobre el valor de la complejidad original.
1.5. Injertos óseos
Si alguna práctica determinada requiere la utilización de injerto óseo en cualquiera de sus formas, se agregará al código correspondiente el porcentaje que se estableceenla siguiente tabla, de acuerdo al tipo de injerto:
25% Injerto óseo Autólogo15% Injerto óseo de Banco
1.6. Edades extremas
En las cirugias realizadas a pacientes de hasta 10 años o mayores de 65 años, se facturará un 20% sobre la complejidad correspondiente
1.7. Cirugias no programadas
A En el caso de reaizar practicas (consideradas de guardia y no programadas) en horario nocturno, fin de semana o feriado, se agregará al código un 20% más, que seal ntior. Se considera horario nocturno de 21 hs. a las 07 hs.; Feriados, a las 07 hs. de ese día hasta las 07 hs. del día siguiente.

B. Las practicas realizadas de emergencia, aún en días y horarios hábiles, sufrirán un recargo del 20% sobre el código correspondiente. Esto no podrá ser aplicado encaso decorrespondiente. Esto no podrá ser aplicado en caso de corresponder la aplicación al parrafó anterior 6.1., o sea, que no puede haber sumatoria, tampoco puedehaber sumatoria con la condición descripta en el punto S. Se considera cirugía de emergencia, la que debe realizarse en forma inmediata al ingreso del paciente y que,por su severidad, no puede ser postergada, ya que su no realización pone en -riesgo la vida del paciente, la viabilidad o función de un miembro.

2.2. NORMAS GENERALES - GASTOS
2.2.1. Cuando se realice más de una intervención en un mismo acto quirúrgico se tendrá en cuenta:
A. En las operaciones múltiples realizadas a través de una misma incisión o vía de abordaje dirigidas a tratar una misma patología, el gasto quirúrgico deberáfacturarse de la siguiente manera, el 100% de la mayor y el 30% de las restantes.
B.En las operaciones múltiples realizadas a través de una misma incisión o vía de abordaje dirigidas a tratar patologías o procesos distintos se consideraran como operaciones múltiples, el gasto quirúrgico se facturara de la siguiente forma: el 100% de la mayor y el 30% de la restantes.
C.En el caso de intervenciones realizadas por distintas vías de abordaje o incisiones diferentes en un mismo acto quirúrgico y que no estén específicamente contempladas en sus respectivos códigos en gasto quirúrgico se facturara: 100% de la mayor y el 50% de las restantes.

2 12100100 GASTOS PRACTICA TRAUMATOLOGICA AMBIENTE NO QUIRURGICO GASTO IMPORTE FIJO

**Incluye**: Los gastos por los insumos descartables necesarios para la realizacion del procedimiento (sutura, venda ovata, malla tubular, algodón laminado,sutura mononylon, guantes, agujas, jeringas, solución esteril, gasas,vendas, bisturí) anestesicos locales, antisépticos, entre otros. **Excluye:** Honorarios profesionales Este item se transaccionará conjuntamente con la practica que da origen a la intervención.
Se transacción con practica que este detallada en el listado:(practicas de traumatología)

ITEM PRACTICA 125002 MS.01.02 INMOVILIZACIONES ENYESADAS, YESOS LOCALIZADORES 125005 MS.01.05 EXTIRPACION DE UNA UÑA (COMO UNICO PROCEDIMIENTO) 125006 MS.01.06 EXTRACCION OSTEODESIS PERCUTANEAS EN CONSULTORIO 125007 MS.01.07 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICA 125008 MS.01.08 BLOQUEO ANESTESICO DEL PLEXO BRAQUIAL,DE UN NERVIO PERIFERICO O DEL SIMPATICO 125009 MS.01.09 LIGADURA ARTERIAL Y/O VENOSA (COMO UNICO PROCEDIMIENTO) 125013 MS.01.13 ABORDAJE QUIRURGICO Y EVACUACION DE UN HEMATOMA SUBCUTANEO SUBAPONEUROTICO 125015 MS.01.15 PUNCION O INFILTRACION DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA 125017 MS.01.17 TRACCION DE PARTES BLANDAS 125101 MS.02.01 YESO TORACOBRAQUIAL 125102 MS.02.02 YESOS O FERULAS DINAMICOS 125105 MS.02.05 TRACCIONES ESQUELETICAS 125106 MS.02.06 TOILETTE QUIRURGICA SUPERFICIAL (SUPRAAPONEUROTICA) 125107 MS.02.07 TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD CON INFILTRACION CON TOXINA BOTULINICA, HASTA 4 GRUPOS MUS125108 MS.02.08 TENOTOMIA DE UN TENDON FLEXOR O EXTENSOR EN EL ANTEBRAZO, LA MUÑECA, LA MANO O UN DEDO 125110 MS.02.10 EXTIRPACION RADICAL DE UNA UÑA Y LA MATRIZ UNGUENAL. INCLUYE EVENTUAL INJERTO DE PIEL 125111 MS.02.11 CORRECCION DE DEFORMIDADES UNGUEALES POR MEDIO DE LA EXTIRPACION DE LA UÑA Y LA CORRECCION 125112 MS.02.12 SECCION DEL PEDICULO DE UN COLGAJO. DIFERIDO DE UN COLGAJO, POR CADA TIEMPO. 125113 MS.02.13 TRATAMIENTO DE QUEMADURAS: TOILETTE QUIRURGICA, EVACUACION DE FLICTENAS, DESCOMPRESION 125115 MS.02.15 EXTIRPACION DE UNA LESION CUTANEA BENIGNA (VERRUGA VULGAR, BOTRIOMICOMA, QUERATOACANTOMA, 125116 MS.02.16 EXTIRPACION DE UN GANGLION DE UNA VAINA TENDINOSA DIGITAL. 125118 MS.02.18 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PANADIZOS (ANTRACOIDE, PERIUNGUEAL, SUBUNGUEAL, SUBCUTANEO DEL 126001 RO.01.01 INFILTRACION. ARTROCENTESIS 126002 RO.01.02 TRACCION CUTANEAS 126003 RO.01.03 CALZA DE YESO, FERULA POSTERIOR. . ITEM PRACTICA 126004 RO.01.04 EXTRACCION OSTEODESIS PRECUTANEA EN CONSULTORIO 126005 RO.01.05 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICA 126102 RO.02.02 REDUCCION DE LUXACION DE ROTULA. CON O SIN YESO 126103 RO.02.03 TRACCIONES ESQUELETICAS 126104 RO.02.04 TOILETTE QUIRURGICA SUPERFICIAL (SUPRA APONEUROTICA) 127001 PP.01.01 INMOVILIZACIONES ENYESADAS 127002 PP.01.02 INFILTRACIONES 127003 PP.01.03 ARTROCENTESIS EVACUADORA 127004 PP.01.04 EXTRACCION OSTEODESIS PERCUTANEAS, EN CONSULTORIO 127005 PP.01.05 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICA. 127007 PP.01.07 TRACCIONES CUTANEAS 127102 PP.02.02 EXTRACCIONES DE TUTORES EXTERNOS. 127103 PP.02.03 TRATAMIENTO QUIRURGICO UÑA ENCARNADA. ONISCECTOMIA PARCIAL O TOTAL. MATRICECTOMIA PAR127107 PP.02.07 TRACCIONES ESQUELETICAS Y REVISION PARCIAL (CUADRO DE SHAZ Y/BARA) DE TUTOR EXTERNO 127108 PP.02.08 TRACCIONES ESQUELETICAS 128001 PC.01.01 ARTROCENTESIS / INFILTRACIONES 128002 PC.01.02 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICO 128101 PC.02.01 REDUCCION FRACTURAS DE PELVIS O FEMUR.INCLUYE CINCHA PELVICA O TRACCION ESQUELETICA COMO 128102 PC.02.02 TRACCIONES ESQUELETICAS 128103 PC.02.03 TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD CON INFILTRACION CON TOXINA BOTULINICA, HASTA 4 GRUPOS MUS129001 CO.01.01 COLLAR DE YESO. 129002 CO.01.02 INFILTRACIONES. 129003 CO.01.03 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICO. 129101 CO.02.01 MINERVA DE YESO 129102 CO.02.02 CORSET DE YESO. CORSET DE RISSER.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 12500100 | MS.01.01 PRACTICAS INCRUENTAS | ESPECIALISTA | A | | |
| 2 | 12500100 | MS.01.01 PRACTICAS INCRUENTAS | | A | | |
| 2 | 12500200 | MS.01.02 INMOVILIZACIONES ENYESADAS, YESOS LOCALIZ | | I | | |
| 2 | 12500200 | MS.01.02 INMOVILIZACIONES ENYESADAS, YESOS LOCALIZ | | A | | |
| 2 | 12500400 | MS.01.04 MOVILIZACION ARTICULAR BAJO ANESTESIA | | I | 1 | I |
| 2 | 12500400 | MS.01.04 MOVILIZACION ARTICULAR BAJO ANESTESIA | | A | | |
| 2 | 12500500 | MS.01.05 EXTIRPACION DE UNA UÑA (COMO UNICO PROCED | | I | | |
| 2 | 12500500 | MS.01.05 EXTIRPACION DE UNA UÑA (COMO UNICO PROCED | | A | | |
| 2 | 12500600 | MS.01.06 EXTRACCION OSTEODESIS PERCUTANEAS EN CONS | | I | | |
| 2 | 12500600 | MS.01.06 EXTRACCION OSTEODESIS PERCUTANEAS EN CONS | | A | | |
| 2 | 12500700 | MS.01.07 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICA | | I | 1 | I |
| 2 | 12500700 | MS.01.07 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICA | | A | | |
| 2 | 12500800 | MS.01.08 BLOQUEO ANESTESICO DEL PLEXO BRAQUIAL,DE | | I | | |
| 2 | 12500800 | MS.01.08 BLOQUEO ANESTESICO DEL PLEXO BRAQUIAL,DE | | A | | |
| 2 | 12500900 | MS.01.09 LIGADURA ARTERIAL Y/O VENOSA (COMO UNICO | | I | | |
| 2 | 12500900 | MS.01.09 LIGADURA ARTERIAL Y/O VENOSA (COMO UNICO | | A | | |
| 2 | 12501000 | MS.01.10 ARTERIOGRAFIA O FLEXOGRAFIA POR PUNCION, | | I | | |
| 2 | 12501000 | MS.01.10 ARTERIOGRAFIA O FLEXOGRAFIA POR PUNCION, | | A | | |
| 2 | 12501100 | MS.01.11 DRENAJE, BIOPSIA O EXTERPACION DE UNA ADENOPATIA CERVICAL, AXILAR O EPITROCLEAR | | I | | |
| 2 | 12501100 | MS.01.11 DRENAJE, BIOPSIA O EXTERPACION DE UNA ADE | | A | | |
| 2 | 12501200 | MS.01.12 DRENAJE DE UN HEMATOMA SUBUNGUEAL, POR MEDIO DE LA PERFORACION UNICA O MULTIPLE DE LA UÑA | | I | | |
| 2 | 12501200 | MS.01.12 DRENAJE DE UN HEMATOMA SUBUNGUEAL, POR ME | | A | | |
| 2 | 12501300 | MS.01.13 ABORDAJE QUIRURGICO Y EVACUACION DE UN HEMATOMA SUBCUTANEO | | I | | |
| 2 | 12501300 | MS.01.13 ABORDAJE QUIRURGICO Y EVACUACION DE UN H | | A | | |
| 2 | 12501400 | MS.01.14 ARTROGRAFIA O ARTRO-NEUMOGRAFIA POR PUNCIION, EN MEDIO QUIRURGICO Y CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES | | I | | |
| 2 | 12501400 | MS.01.14 ARTROGRAFIA O ARTRO-NEUMOGRAFIA POR PUNCION | | A | | |
| 2 | 12501500 | MS.01.15 PUNCION O INFILTRACION DIAGNOSTICA O TERA | | I | | |
| 2 | 12501500 | MS.01.15 PUNCION O INFILTRACION DIAGNOSTICA O TERA | | A | | |
| 2 | 12501600 | MS.01.16 EXAMEN RADIOLOGICO BAJO ANESTESIA (GENERA | | I | | |
| 2 | 12501600 | MS.01.16 EXAMEN RADIOLOGICO BAJO ANESTESIA (GENERA | | A | | |
| 2 | 12501700 | MS.01.17 TRACCION DE PARTES BLANDAS | | I | | |
| 2 | 12501700 | MS.01.17 TRACCION DE PARTES BLANDAS | | A | | |
| 2 | 12510100 | MS.02.01 YESO TORACOBRAQUIAL | | I | | |
| 2 | 12510100 | MS.02.01 YESO TORACOBRAQUIAL | | A | | |
| 2 | 12510200 | MS.02.02 YESOS O FERULAS DINAMICOS | | I | | |
| 2 | 12510200 | MS.02.02 YESOS O FERULAS DINAMICOS | | A | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 12510300 | MS.02.02 REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS Y/O LUXACIONES EN FORMA INCRUENTA BAJO ANESTESIA LOCAL. PLEXUAL GENERAL | I | 2 | I |
| 2 | 12510300 | MS.02.02 REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS Y/O LUXACI | A | | |
| 2 | 12510400 | MS.02.04 EXTRACCION CLAVIJAS PERCUTANEAS CON ANESTESIA LOCAL O GENERAL EN QUIROFANO | I | | |
| 2 | 12510400 | MS.02.04 EXTRACCION CLAVIJAS PERCUTANEAS CON ANEST | A | | |
| 2 | 12510500 | MS.02.05 TRACCIONES ESQUELETICAS | I | | |
| 2 | 12510500 | MS.02.05 TRACCIONES ESQUELETICAS | A | | |
| 2 | 12510600 | MS.02.06 TOILETTE QUIRURGICA SUPERFICIAL (SUPRAAPONEUROTICA) | I | 2 | I |
| 2 | 12510600 | MS.02.06 TOILETTE QUIRURGICA SUPERFICIAL (SUPRAAPO | A | | |
| 2 | 12510700 | MS.02.07 TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD CON INFILTRACION CON TOXINA BOTULINICA, HASTA 4 GRUPOS MUSCULARES, SEA UNI O BILATERAL | I | | |
| 2 | 12510700 | MS.02.07 TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD CON INFILT | A | | |
| 2 | 12510800 | MS.02.08 TENOTOMIA DE UN TENDON FLEXOR O EXTENSOR | I | | |
| 2 | 12510800 | MS.02.08 TENOTOMIA DE UN TENDON FLEXOR O EXTENSOR | A | | |
| 2 | 12510900 | MS.02.09 ZETAPLASTIA PARA CORRECCION DE UNA CICATR | I | | |
| 2 | 12510900 | MS.02.09 ZETAPLASTIA PARA CORRECCION DE UNA CICATR | A | | |
| 2 | 12511000 | MS.02.10 EXTIRPACION RADICAL DE UNA UÑA Y LA MATRIZ, INCLUYE EVENTUAL INJERTO DE PIEL | I | | |
| 2 | 12511000 | MS.02.10 EXTIRPACION RADICAL DE UNA UÑA Y LA MATRI | A | | |
| 2 | 12511100 | MS.02.11 CORRECCION DE DEFORMIDADES UNGUEALES POR | I | | |
| 2 | 12511100 | MS.02.11 CORRECCION DE DEFORMIDADES UNGUEALES POR | A | | |
| 2 | 12511200 | MS.02.12 SECCION DEL PEDICULO DE UN COLGAJO. DIFERERIDO DE UN COLGAJO, POR CADA TIEMPO | I | | |
| 2 | 12511200 | MS.02.12 SECCION DEL PEDICULO DE UN COLGAJO. DIFER | A | | |
| 2 | 12511300 | MS.02.13 Tratamiento de quemaduras: toilette quirúrgica, evacuación de flictenas, descompresión por medio de incisiones en la piel o escaras cutáneas en medioquirúrgico , con o sin anestesia. | I | | |
| 2 | 12511300 | MS.02.13 TRATAMIENTO DE QUEMADURAS: TOILETTE QUIRU | A | | |
| 2 | 12511400 | MS.02.14 EXTIRPACION DE UNA LESION PSEUDOTUMORAL, DE LA SINOVIAL DE UNA ARTICULACION ( | I | | |
| 2 | 12511400 | MS.02.14 EXTIRPACION DE UNA LESION PSEUDOTUMORAL, | A | | |
| 2 | 12511500 | MS.02.15 EXTIRPACION DE UNA LESION CUTANEA BENIGNA | I | | |
| 2 | 12511500 | MS.02.15 EXTIRPACION DE UNA LESION CUTANEA BENIGNA | A | | |
| 2 | 12511600 | MS.02.16 EXTIRPACION DE UN GANGLION DE UNA VAINA | I | | |
| 2 | 12511600 | MS.02.16 EXTIRPACION DE UN GANGLION DE UNA VAINA | A | | |
| 2 | 12511700 | MS.02.17 EXTIRPACION DE UN QUISTE MUCOIDE DEL DORS | I | 3 | I |
| 2 | 12511700 | MS.02.17 EXTIRPACION DE UN QUISTE MUCOIDE DEL DORS | A | | |
| 2 | 12511800 | MS.02.18 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PANADIZOS (ANTR | I | | |
| 2 | 12511800 | MS.02.18 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PANADIZOS (ANTR | A | | |
| 2 | 12511900 | MS.02.19 ABORDAJE Y EXTRACCION DE UN CUERPO EXTRAÑ | I | | |
| 2 | 12511900 | MS.02.19 ABORDAJE Y EXTRACCION DE UN CUERPO EXTRAÑ | A | | |
| 2 | 12520100 | MS.03.01 OSTEODESIS PERCUTANEAS EN FRACTURAS DIAFISARIAS DE FALANGE, METACARPIANOS, MUÑECA, CODO | A | | |
| 2 | 12520100 | MS.03.01 OSTEODESIS PERCUTANEAS EN FRACTURAS DIAFISARIAS DE FALANGE, METACARPIANOS, MUÑECA, CODO | I | 3 | I |
| 2 | 12520200 | MS.03.02 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE DEQUERVAI | A | | |
| 2 | 12520200 | MS.03.02 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE DEQUERVAI | I | 3 | I |
| 2 | 12520300 | MS.03.03 FASCIOTOMIA SUBCUTANEA PALMA DE MANO | A | | |
| 2 | 12520300 | MS.03.03 FASCIOTOMIA SUBCUTANEA PALMA DE MANO | I | 3 | I |
| 2 | 12520400 | MS.03.04 SINOVECTOMIA TOTAL MCF O IF. | A | | |
| 2 | 12520400 | MS.03.04 SINOVECTOMIA TOTAL MCF O IF. | I | 3 | I |
| 2 | 12520500 | MS.03.05 SINOVECTOMIA  RADICARPIANA, INTERCARPIANA | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 12520500 | MS.03.05 SINOVECTOMIA RADICARPIANA, INTERCARPIANA, y/o radiocubital inferior,como único procedimiento en esa ARTICULACION | I | 3 | I |
| 2 | 12520600 | MS.03.06 TENOSINOVECTOMIA DEL RETINACULO DORSAL. | A | | |
| 2 | 12520600 | MS.03.06 TENOSINOVECTOMIA DEL RETINACULO DORSAL. | I | 3 | I |
| 2 | 12520700 | MS.03.07 INJERTO LIBRE, PARCIAL O TOTAL DE PIEL CO | A | | |
| 2 | 12520700 | MS.03.07 INJERTO LIBRE, PARCIAL O TOTAL DE PIEL COMO único tratamiento en dedos, Incluye tratamiento del lecho dador | I | 3 | I |
| 2 | 12520800 | MS.03.08 TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD CON INFILTRACION con toxina botulinica, 5. grupos musculares, o mayor, sea un O BILATERAL | A | | |
| 2 | 12520800 | MS.03.08 TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD CON INFILT | I | 3 | I |
| 2 | 12520900 | MS.03.09 BIOPSIAS POR PUNCION A CUALQUIER NIVEL. | A | | |
| 2 | 12520900 | MS.03.09 BIOPSIAS POR PUNCION A CUALQUIER NIVEL. | I | 3 | I |
| 2 | 12521000 | MS.03.10 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA TENOSINIVIT | A | | |
| 2 | 12521000 | MS.03.10 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA TENOSINIVITIS aguda supurada digital odigito palmo carpiana | I | 3 | I |
| 2 | 12521100 | MS.03.11 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UN ABSCESO DE U | A | | |
| 2 | 12521100 | MS.03.11 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UN ABSCESO DE UN espacio aponeurótico de la mano u otro sitio del miembro superior (Tenar, hipotenar, palmar medio,comisura¡, subcutáneo dorsal,subaponeurótico dorsal, del espacio deParona, etc. ) | I | 3 | I |
| 2 | 12521200 | MS.03.12 NEUROTOMIAS O DENERVACIONES A CIELO ABIER | A | | |
| 2 | 12521200 | MS.03.12 NEUROTOMIAS O DENERVACIONES A CIELO ABIER | I | 3 | I |
| 2 | 12521300 | MS.03.13 AMPUTACION QUIRURGICA O DESARTICULACION A | A | | |
| 2 | 12521300 | MS.03.13 AMPUTACION QUIRURGICA O DESARTICULACION A | I | 3 | I |
| 2 | 12521400 | MS.03.14 LUXACION O LESIONES LIGAMENTARIAS DE LA | A | | |
| 2 | 12521400 | MS.03.14 LUXACION O LESIONES LIGAMENTARIAS DE LA | I | 3 | I |
| 2 | 12521500 | MS.03.15 TALLADO Y APLICACION DE UN COLGAJO ROTATO | A | | |
| 2 | 12521500 | MS.03.15 TALLADO Y APLICACION DE UN COLGAJO ROTATO | I | 3 | I |
| 2 | 12530100 | MS.04.01 EXTRACCION MATERIAL DE OSTEOSINTESIS. | A | | |
| 2 | 12530100 | MS.04.01 EXTRACCION MATERIAL DE OSTEOSINTESIS. | I | 4 | I |
| 2 | 12530200 | MS.04.02 OSTEOSINTESIS FRACTURAS DIAFISARIAS MCP Y falanges hasta dos. Más de 2, Seagrega 30% al valor de dichacomplejidad | A | | |
| 2 | 12530200 | MS.04.02 OSTEOSINTESIS FRACTURAS DIAFISARIAS MCP Y falanges hasta dos. Más de 2, Seagrega 30% al valor de dichacomplejidad | I | 4 | I |
| 2 | 12530300 | MS.04.03 OSTEOSINTESIS DE FRACTURA SIMPLE DE OLECR | A | | |
| 2 | 12530300 | MS.04.03 OSTEOSINTESIS DE FRACTURA SIMPLE DE OLECR | I | 4 | I |
| 2 | 12530400 | MS.04.04 ATRODESIS IFP O IFD | A | | |
| 2 | 12530400 | MS.04.04 ATRODESIS IFP O IFD | I | 4 | I |
| 2 | 12530500 | MS.04.05 ARTRODESIS MCF DE LOS DEDOS Y DEL PULGAR. | A | | |
| 2 | 12530500 | MS.04.05 ARTRODESIS MCF DE LOS DEDOS Y DEL PULGAR. | I | 4 | I |
| 2 | 12530600 | MS.04.06 AMPUTACIONES DE UN RAYO COMPLETO (DEDO + | A | | |
| 2 | 12530600 | MS.04.06 AMPUTACIONES DE UN RAYO COMPLETO (DEDO + METACARPIANO) | I | 4 | I |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12530700 | MS.04.07 NEUROLISIS NERVIOS PERIFERICOS. SIND. TUN | A | | |
| 2 12530700 | MS.04.07 NEUROLISIS NERVIOS PERIFERICOS. SIND. TUNEL CARPIANO. CANAL DE GOUYON | I | 4 | I |
| 2 12530800 | MS.04.08 RUPTURA LIGAMENTOS 4 ULTIMOS DEDOS. | A | | |
| 2 12530800 | MS.04.08 RUPTURA LIGAMENTOS 4 ULTIMOS DEDOS. | I | 4 | I |
| 2 12530900 | MS.04.09 FRACTURAS DE METARCARPIANOS O FALANGES.FRACTURA-LUXACION DE BENNETT. REDUCCION ABIERTA | A | | |
| 2 12530900 | MS.04.09 FRACTURAS DE METARCARPIANOS O FALANGES.FR | I | 4 | I |
| 2 12531000 | MS.04.10 TENORRAFIA TENDON EXTENSOR. MAS DE 2 SE AGREGA UN 30% AL VALOR DE DICHA COMPLEJIDAD | A | | |
| 2 12531000 | MS.04.10 TENORRAFIA TENDON EXTENSOR. MAS DE 2 SE AGREGA UN 30% AL VALOR DE DICHA COMPLEJIDAD | I | 4 | I |
| 2 12531100 | MS.04.11 LIBERACION ARTICULAR EN MANO (HASTA 2 ART | A | | |
| 2 12531100 | MS.04.11 LIBERACION ARTICULAR EN MANO (HASTA 2 ART | I | 4 | I |
| 2 12531200 | MS.04.12 TOILETTE DE LA FRACTURA EXPUESTA SIN TRAT | A | | |
| 2 12531200 | MS.04.12 TOILETTE DE LA FRACTURA EXPUESTA SIN TRAT | I | 4 | I |
| 2 12531300 | MS.04.13 REPARACION LIGAMENTARIA EN MCF DEL PULGAR | A | | |
| 2 12531300 | MS.04.13 REPARACION LIGAMENTARIA EN MCF DEL PULGAR | I | 4 | I |
| 2 12531400 | MS.04.14 DRENAJE DE INFECCION O ABSCESO PROFUNDO | A | | |
| 2 12531400 | MS.04.14 DRENAJE DE INFECCION O ABSCESO PROFUNDO | I | 4 | I |
| 2 12531500 | MS.04.15 RESECCION OSEA POR OSTEOMIELITIS | A | | |
| 2 12531500 | MS.04.15 RESECCION OSEA POR OSTEOMIELITIS | I | 4 | I |
| 2 12531600 | MS.04.16 REDUCCION ABIERTA DE LUXACION IRREDUCTIBL | A | | |
| 2 12531600 | MS.04.16 REDUCCION ABIERTA DE LUXACION IRREDUCTIBL | I | 4 | I |
| 2 12531700 | MS.04.17 BIOPSIA A CIELO ABIERTO | A | | |
| 2 12531700 | MS.04.17 BIOPSIA A CIELO ABIERTO | I | 4 | I |
| 2 12531800 | MS.04.18 EXTIRPACION (A CIELO ABIERTO O POR ARTROS | A | | |
| 2 12531800 | MS.04.18 EXTIRPACION (A CIELO ABIERTO O POR ARTROS | I | 4 | I |
| 2 12531900 | MS.04.19 TRATAMIENTO QUIRURGICO (A CIELO ABIERTO O | A | | |
| 2 12531900 | MS.04.19 TRATAMIENTO QUIRURGICO (A CIELO ABIERTO O endoscópico) de las neuropatíascompresivas del miembro superior:Síndrome del túnel carpiano con o sintenosinovectomía de los tendonesflexores, Síndrome del canal de Guyon,Neurodocitis cubital con o sintransposición del cubital, Síndrome delnervio interóseo anterior o posterior,del pronador redondo, Síndrome deWartemberg, Síndrome del espaciocuadrilátero ,supraescapular,infraespinoso, etc. | I | 4 | I |
| 2 12532000 | MS.04.20 REPARACION DE LESIONES LIGAMENTARIAS AGUD | A | | |
| 2 12532000 | MS.04.20 REPARACION DE LESIONES LIGAMENTARIAS AGUD | I | 4 | I |
| 2 12532100 | MS.04.21 MIECTOMIA, MIOTOMIA, DESINSERCION, DESCEN | A | | |
| 2 12532100 | MS.04.21 MIECTOMIA, MIOTOMIA, DESINSERCION, DESCEN | I | 4 | I |
| 2 12532200 | MS.04.22 COLOCACION DE UNA PROTESIS TENDINOSA TEMP | A | | |
| 2 12532200 | MS.04.22 COLOCACION DE UNA PROTESIS TENDINOSA TEMP | I | 4 | I |
| 2 12532300 | MS.04.23 TENODESIS DE UN TENDON FLEXOR O EXTENSOR | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12532300 | MS.04.23 TENODESIS DE UN TENDON FLEXOR O EXTENSOR | I | 4 | I |
| 2 12532400 | MS.04.24 TENOSINOVECTOMIA RADICAL EN LA CARA PALMA | A | | |
| 2 12532400 | MS.04.24 TENOSINOVECTOMIA RADICAL EN LA CARA PALMA | I | 4 | I |
| 2 12532500 | MS.04.25 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA TENOSINOVI- | A | | |
| 2 12532500 | MS.04.25 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA TENOSINOVITIS crónica estenosante.(Enfermedad de De Quervain , dedo o pulgar "en gatillo", etc.) por medio dela sección de la polea tendinosa.Incluye eventual tenosinovectomía y/otenolisis local. | I | 4 | I |
| 2 12532600 | MS.04.26 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UN PSEUDONEURO | A | | |
| 2 12532600 | MS.04.26 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UN PSEUDONEURO | I | 4 | I |
| 2 12532700 | MS.04.27 CORRECCION DE UNA SINDACTILIA CICATRIZAL | A | | |
| 2 12532700 | MS.04.27 CORRECCION DE UNA SINDACTILIA CICATRIZAL | I | 4 | I |
| 2 12532800 | MS.04.28 COLGAJO FILETEADO DE UN DEDO. INCLUYE LA | A | | |
| 2 12532800 | MS.04.28 COLGAJO FILETEADO DE UN DEDO. INCLUYE LA | I | 4 | I |
| 2 12532900 | MS.04.29 REPARACION DE UN PULPEJO CON INJERTOS DE | I | 4 | I |
| 2 12532900 | MS.04.29 REPARACION DE UN PULPEJO CON INJERTOS DE | A | | |
| 2 12533000 | MS.04.30 CUPULECTOMIA RADIAL | A | | |
| 2 12533000 | MS.04.30 CUPULECTOMIA RADIAL | I | 4 | I |
| 2 12533100 | MS.04.31 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA ARTRITIS U | A | | |
| 2 12533100 | MS.04.31 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA ARTRITIS U | I | 4 | I |
| 2 12533200 | MS.04.32 EXTIRPACION DE UN TUMOR GLOMICO SUBUNGUEA | A | | |
| 2 12533200 | MS.04.32 EXTIRPACION DE UN TUMOR GLOMICO SUBUNGUEA | I | 4 | I |
| 2 12533300 | MS.04.33 EXTIRPACION DE UNA LESION TUMORAL O PSEU | A | | |
| 2 12533300 | MS.04.33 EXTIRPACION DE UNA LESION TUMORAL O PSEU | I | 4 | I |
| 2 12533400 | MS.04.34 TUMORES DE PARTES BLANDAS, SUBAPONEUROTIC | A | | |
| 2 12533400 | MS.04.34 TUMORES DE PARTES BLANDAS, SUBAPONEUROTIC | I | 4 | I |
| 2 12533500 | MS.04.35 TRATAMIENTO RADICAL DE UN TUMOR MALIGNO | A | | |
| 2 12533500 | MS.04.35 TRATAMIENTO RADICAL DE UN TUMOR MALIGNO | I | 4 | I |
| 2 12533600 | MS.04.36 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA OSTEOMIELIT | A | | |
| 2 12533600 | MS.04.36 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA OSTEOMIELIT | I | 4 | I |
| 2 12533700 | MS.04.37 TALLADO Y APLICACION DE UN COLGAJO ROTATO | A | | |
| 2 12533700 | MS.04.37 TALLADO Y APLICACION DE UN COLGAJO ROTATO | I | 4 | I |
| 2 12540100 | MS.05.01 SECCION TENDONES FLEXORES EN 1 DEDO, O SU | A | | |
| 2 12540100 | MS.05.01 SECCION TENDONES FLEXORES EN 1 DEDO, O SU | I | 5 | II |
| 2 12540200 | MS.05.02 TRANSFERENCIA TENDINOSA PARA SECCION DE E | A | | |
| 2 12540200 | MS.05.02 TRANSFERENCIA TENDINOSA PARA SECCION DE E | I | 5 | II |
| 2 12540300 | MS.05.03 FRACTURA EXPUESTA EN MANO. TRATAMIENTO CO | A | | |
| 2 12540300 | MS.05.03 FRACTURA EXPUESTA EN MANO. TRATAMIENTO CO | I | 5 | II |
| 2 12540400 | MS.05.04 FRACTURA DE LA CLAVICULA. REDUCCION EN CL | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12540400 | MS.05.04 FRACTURA DE LA CLAVICULA. REDUCCION EN CL | I | 5 | II |
| 2 12540500 | MS.05.05 FRACTURA DE UN HUESO DEL CARPO (ESCAFOIDE | A | | |
| 2 12540500 | MS.05.05 FRACTURA DE UN HUESO DEL CARPO (ESCAFOIDE | I | 5 | II |
| 2 12540600 | MS.05.06 REDUCCION DE CIELO ABIERTO DE LUXACION IR | A | | |
| 2 12540600 | MS.05.06 REDUCCION DE CIELO ABIERTO DE LUXACION IR | I | 5 | II |
| 2 12540700 | MS.05.07 OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DIAFISIARIA DEL | A | | |
| 2 12540700 | MS.05.07 OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DIAFISIARIA DEL | I | 5 | II |
| 2 12540800 | MS.05.08 OSTEOSINTESIS DE FRACTURAS OLECRANON. | A | | |
| 2 12540800 | MS.05.08 OSTEOSINTESIS DE FRACTURAS OLECRANON. | I | 5 | II |
| 2 12540900 | MS.05.09 EXTRACCION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS | A | | |
| 2 12540900 | MS.05.09 EXTRACCION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS | I | 5 | II |
| 2 12541000 | MS.05.10 POLIDACTILEA SIMPLE. DOS O MAS DEDOS | A | | |
| 2 12541000 | MS.05.10 POLIDACTILEA SIMPLE. DOS O MAS DEDOS | I | 5 | II |
| 2 12541100 | MS.05.11 LIBERACION ARTICULAR CODO. | A | | |
| 2 12541100 | MS.05.11 LIBERACION ARTICULAR CODO. | I | 5 | II |
| 2 12541200 | MS.05.12 TRASNPOSICION SIMPLE DEL NERVIO CUBITAL | A | | |
| 2 12541200 | MS.05.12 TRASNPOSICION SIMPLE DEL NERVIO CUBITAL | I | 5 | II |
| 2 12541300 | MS.05.13 TRATAMIENTO DE LA TORTICOLIS CONGENITA. | A | | |
| 2 12541300 | MS.05.13 TRATAMIENTO DE LA TORTICOLIS CONGENITA. | I | 5 | II |
| 2 12541400 | MS.05.14 SINDROME TUNEL CARPIANO COMPLEJO (RECIDIV | A | | |
| 2 12541400 | MS.05.14 SINDROME TUNEL CARPIANO COMPLEJO (RECIDIV | I | 5 | II |
| 2 12541500 | MS.05.15 RECONSTRUCCION COMPLEJA FIBRO-CARTILAGO T | A | | |
| 2 12541500 | MS.05.15 RECONSTRUCCION COMPLEJA FIBRO-CARTILAGO T | I | 5 | II |
| 2 12541600 | MS.05.16 NEURORRAFIA COLATERALES NERVIOSAS EN DEDO | A | | |
| 2 12541600 | MS.05.16 NEURORRAFIA COLATERALES NERVIOSAS EN DEDO | I | 5 | II |
| 2 12541700 | MS.05.17 TENORRAFIA DEL BICEPS | A | | |
| 2 12541700 | MS.05.17 TENORRAFIA DEL BICEPS | I | 5 | II |
| 2 12541800 | MS.05.18 TENORRAFIA DE UNO O MAS TENDONES EXTENSOR | A | | |
| 2 12541800 | MS.05.18 TENORRAFIA DE UNO O MAS TENDONES EXTENSOR | I | 5 | II |
| 2 12541900 | MS.05.19 EXTIRPACION (A CIELO ABIERTO O POR ARTROS | A | | |
| 2 12541900 | MS.05.19 EXTIRPACION (A CIELO ABIERTO O POR ARTROS | I | 5 | II |
| 2 12542000 | MS.05.20 ARTROPLASTIA POR RESECCION ESTERNOCLAVICU | A | | |
| 2 12542000 | MS.05.20 ARTROPLASTIA POR RESECCION ESTERNOCLAVICU | I | 5 | II |
| 2 12542100 | MS.05.21 PSEUDOARTROSIS DE METACARPIANO O FALANGES | A | | |
| 2 12542100 | MS.05.21 PSEUDOARTROSIS DE METACARPIANO O FALANGES | I | 5 | II |
| 2 12542200 | MS.05.22 REEMPLAZO PROTESICO DE UNA ARTICULACION M | A | | |
| 2 12542200 | MS.05.22 REEMPLAZO PROTESICO DE UNA ARTICULACION M | I | 5 | II |
| 2 12542300 | MS.05.23 RESECCION DE UN HUESO DEL CARPO. | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12542300 | MS.05.23 RESECCION DE UN HUESO DEL CARPO. | I | 5 | II |
| 2 12542400 | MS.05.24 ARTROLISIS MF O IF | A | | |
| 2 12542400 | MS.05.24 ARTROLISIS MF O IF | I | 5 | II |
| 2 12542500 | MS.05.25 POLIDACTILIAS, SINDROME DE BANDAS AMNIOTI | A | | |
| 2 12542500 | MS.05.25 POLIDACTILIAS, SINDROME DE BANDAS AMNIOTI | I | 5 | II |
| 2 12542600 | MS.05.26 TRANSFERENCIA TENDINOSAS O MUSCULOTENDINO | A | | |
| 2 12542600 | MS.05.26 TRANSFERENCIA TENDINOSAS O MUSCULOTENDINO | I | 5 | II |
| 2 12542700 | MS.05.27 TENOPLASTIA DEL APARATO EXTENSOR EN EL DO | A | | |
| 2 12542700 | MS.05.27 TENOPLASTIA DEL APARATO EXTENSOR EN EL DO | I | 5 | II |
| 2 12542800 | MS.05.28 RECONSTRUCCION DE UNA POLEA TENDINOSA | A | | |
| 2 12542800 | MS.05.28 RECONSTRUCCION DE UNA POLEA TENDINOSA | I | 5 | II |
| 2 12542900 | MS.05.29 ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA DEL PULGAR | A | | |
| 2 12542900 | MS.05.29 ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA DEL PULGAR | I | 5 | II |
| 2 12543000 | MS.05.30 ARTOPLASTIA-RESECCION TRAPECIOMETACARPIAN | A | | |
| 2 12543000 | MS.05.30 ARTOPLASTIA-RESECCION TRAPECIOMETACARPIAN | I | 5 | II |
| 2 12543100 | MS.05.31 ARTOPLASTIA RADIO-CUBITAL DISTAL | A | | |
| 2 12543100 | MS.05.31 ARTOPLASTIA RADIO-CUBITAL DISTAL | I | 5 | II |
| 2 12543200 | MS.05.32 EXTIRPACION DE UN TUMOR OSEO BENIGNO | A | | |
| 2 12543200 | MS.05.32 EXTIRPACION DE UN TUMOR OSEO BENIGNO | I | 5 | II |
| 2 12543300 | MS.05.33 EXTIRPACION DE UNA LESION TUMORAL O PSEUD | A | | |
| 2 12543300 | MS.05.33 EXTIRPACION DE UNA LESION TUMORAL O PSEUD | I | 5 | II |
| 2 12550100 | MS.06.01 OSTEOTOMIA HUMERO. | A | | |
| 2 12550100 | MS.06.01 OSTEOTOMIA HUMERO. | I | 6 | II |
| 2 12550200 | MS.06.02 ALARGAMIENTOS OSEOS | A | | |
| 2 12550200 | MS.06.02 ALARGAMIENTOS OSEOS | I | 6 | II |
| 2 12550300 | MS.06.03 ARTROPLASTIA POR RESECCION, NO PROTESICA | A | | |
| 2 12550300 | MS.06.03 ARTROPLASTIA POR RESECCION, NO PROTESICA | I | 6 | II |
| 2 12550400 | MS.06.04 ARTROPLASTIA ACROMIOCLAVICULAR. REPARAC I | A | | |
| 2 12550400 | MS.06.04 ARTROPLASTIA ACROMIOCLAVICULAR. REPARAC I | I | 6 | II |
| 2 12550500 | MS.06.05 PLASTICA LIGAMENTARIA DE CODO Y ACROMIOCL | A | | |
| 2 12550500 | MS.06.05 PLASTICA LIGAMENTARIA DE CODO Y ACROMIOCL | I | 6 | II |
| 2 12550600 | MS.06.06 ARTROSCOPIA SIMPLE HOMBRO(CUERPO LIBRES, | A | | |
| 2 12550600 | MS.06.06 ARTROSCOPIA SIMPLE HOMBRO(CUERPO LIBRES, | I | 6 | II |
| 2 12550700 | MS.06.07 ARTROSCOPIA SIMPLE DE MUÑECA Y CODO IMPIG | A | | |
| 2 12550700 | MS.06.07 ARTROSCOPIA SIMPLE DE MUÑECA Y CODO IMPIG | I | 7 | III |
| 2 12550800 | MS.06.08 REPARACION ABIERTA O ARTROSCOPICA DE LESI | A | | |
| 2 12550800 | MS.06.08 REPARACION ABIERTA O ARTROSCOPICA DE LESI | I | 6 | II |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 12550900 | MS.06.09 FRACTURAS EXPUESTAS DE HUMERO Y ANTEBRAZO | A | | | |
| 2 | 12550900 | MS.06.09 FRACTURAS EXPUESTAS DE HUMERO Y ANTEBRAZO | I | 6 | II | |
| 2 | 12551000 | MS.06.10 FRACTURAS DEL RADIO DISTAL METAFISIARIAS. | A | | | |
| 2 | 12551000 | MS.06.10 FRACTURAS DEL RADIO DISTAL METAFISIARIAS. | I | 6 | II | |
| 2 | 12551100 | MS.06.11 FRACTURAS DE LA APOFISIS CORONOIDES. | A | | | |
| 2 | 12551100 | MS.06.11 FRACTURAS DE LA APOFISIS CORONOIDES. | I | 6 | II | |
| 2 | 12551200 | MS.06.12 FRACTURA DIAFISARIA DEL CUBITO Y DEL RAD | A | | | |
| 2 | 12551200 | MS.06.12 FRACTURA DIAFISARIA DEL CUBITO Y DEL RAD | I | 6 | II | |
| 2 | 12551300 | MS.06.13 FRACTURAS DE LA DIAFISIS DEL HUMERO. REDU | A | | | |
| 2 | 12551300 | MS.06.13 FRACTURAS DE LA DIAFISIS DEL HUMERO. REDU | I | 6 | II | |
| 2 | 12551400 | MS.06.14 FRACTURAS DE LA CUPULA RADIAL. OSTEOSINTE | A | | | |
| 2 | 12551400 | MS.06.14 FRACTURAS DE LA CUPULA RADIAL. OSTEOSINTE | I | 6 | II | |
| 2 | 12551500 | MS.06.15 TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD DEL CARPO | A | | | |
| 2 | 12551500 | MS.06.15 TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD DEL CARPO | I | 6 | II | |
| 2 | 12551600 | MS.06.16 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE KIEMBOCK | A | | | |
| 2 | 12551600 | MS.06.16 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE KIEMBOCK | I | 6 | II | |
| 2 | 12551700 | MS.06.17 TRATAMIENTO DEL SINDROME DEL ESCALENO | A | | | |
| 2 | 12551700 | MS.06.17 TRATAMIENTO DEL SINDROME DEL ESCALENO | I | 6 | II | |
| 2 | 12551800 | MS.06.18 REEPLAZO PROTESICO EN HUESOS DEL CARPO | A | | | |
| 2 | 12551800 | MS.06.18 REEPLAZO PROTESICO EN HUESOS DEL CARPO | I | 6 | II | |
| 2 | 12551900 | MS.06.19 POLIDACTILEA COMPLEJA (2 O MAS DEDOS, SE | A | | | |
| 2 | 12551900 | MS.06.19 POLIDACTILEA COMPLEJA (2 O MAS DEDOS, SE | I | 6 | II | |
| 2 | 12552000 | MS.06.20 MACRODACTILEA | A | | | |
| 2 | 12552000 | MS.06.20 MACRODACTILEA | I | 6 | II | |
| 2 | 12552100 | MS.06.21 BRAQUIDACTILEA. | A | | | |
| 2 | 12552100 | MS.06.21 BRAQUIDACTILEA. | I | 6 | II | |
| 2 | 12552200 | MS.06.22 INJERTO TENDON FLEXOR(2 O MAS TENDONES EN | A | | | |
| 2 | 12552200 | MS.06.22 INJERTO TENDON FLEXOR(2 O MAS TENDONES EN | I | 6 | II | |
| 2 | 12552300 | MS.06.23 TRANSFERENCIA TENDINOSA EN PARALISIS SIMP | A | | | |
| 2 | 12552300 | MS.06.23 TRANSFERENCIA TENDINOSA EN PARALISIS SIMP | I | 6 | II | |
| 2 | 12552400 | MS.06.24 EXERESIS DE LA COSTILLA CERVICAL. | A | | | |
| 2 | 12552400 | MS.06.24 EXERESIS DE LA COSTILLA CERVICAL. | I | 6 | II | |
| 2 | 12552500 | MS.06.25 TRANSPOSICION SIMPLE DE DEDO DE LA MANO. | A | | | |
| 2 | 12552500 | MS.06.25 TRANSPOSICION SIMPLE DE DEDO DE LA MANO. | I | 6 | II | |
| 2 | 12552600 | MS.06.26 REEMPLAZO PROTESICO EN MCF O IF. | A | | | |
| 2 | 12552600 | MS.06.26 REEMPLAZO PROTESICO EN MCF O IF. | I | 6 | II | |
| 2 | 12552700 | MS.06.27 OSTEOSINTESIS HOMBRO (EXTRAARTICULARES) O | A | | | |
| 2 | 12552700 | MS.06.27 OSTEOSINTESIS HOMBRO (EXTRAARTICULARES) O | I | 6 | II | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12552800 | MS.06.28 OSTEOSINTESIS DE FRACTURA INTRAARTICULAR | A | | | |
| 2 12552800 | MS.06.28 OSTEOSINTESIS DE FRACTURA INTRAARTICULAR | I | 6 | II | |
| 2 12552900 | MS.06.29 AMPUTACION QUIRURGICA DEL BRAZO, CODO, AN | A | | | |
| 2 12552900 | MS.06.29 AMPUTACION QUIRURGICA DEL BRAZO, CODO, AN | I | 6 | II | |
| 2 12553000 | MS.06.30 SINOSTOSIS RADIO CUBITAL EN EL NIÑO. | A | | | |
| 2 12553000 | MS.06.30 SINOSTOSIS RADIO CUBITAL EN EL NIÑO. | I | 6 | II | |
| 2 12553100 | MS.06.31 SUTURA ARTERIAL O VENOSA | A | | | |
| 2 12553100 | MS.06.31 SUTURA ARTERIAL O VENOSA | I | 6 | II | |
| 2 12553200 | MS.06.32 TENOLISIS DE EXTENSORES EN MANO | A | | | |
| 2 12553200 | MS.06.32 TENOLISIS DE EXTENSORES EN MANO | I | 6 | II | |
| 2 12553300 | MS.06.33 TENOLISIS DE UNO O MAS TENDONES FLEXORES | A | | | |
| 2 12553300 | MS.06.33 TENOLISIS DE UNO O MAS TENDONES FLEXORES | I | 6 | II | |
| 2 12553400 | MS.06.34 RESECCION DE LA 1 FILA DEL CARPO. | A | | | |
| 2 12553400 | MS.06.34 RESECCION DE LA 1 FILA DEL CARPO. | I | 6 | II | |
| 2 12553500 | MS.06.35 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS SINDROMES | A | | | |
| 2 12553500 | MS.06.35 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS SINDROMES | I | 6 | II | |
| 2 12553600 | MS.06.36 ARTROLISIS DE LAS ARTICULACIONES MF DE L | A | | | |
| 2 12553600 | MS.06.36 ARTROLISIS DE LAS ARTICULACIONES MF DE L | I | 6 | II | |
| 2 12553700 | MS.06.37 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA ARTRITIS U | A | | | |
| 2 12553700 | MS.06.37 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA ARTRITIS U | I | 6 | II | |
| 2 12553800 | MS.06.38 CAMPTODACTILIA O CLINODACTILIA (POR CADA | A | | | |
| 2 12553800 | MS.06.38 CAMPTODACTILIA O CLINODACTILIA (POR CADA | I | 6 | II | |
| 2 12553900 | MS.06.39 CORRECCION DE UNA SINDACTILEA CONGENITA | A | | | |
| 2 12553900 | MS.06.39 CORRECCION DE UNA SINDACTILEA CONGENITA | I | 6 | II | |
| 2 12554000 | MS.06.40 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL DUPUYTRE | A | | | |
| 2 12554000 | MS.06.40 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL DUPUYTRE | I | 6 | II | |
| 2 12554100 | MS.06.41 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA NECROSIS ASE | A | | | |
| 2 12554100 | MS.06.41 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA NECROSIS ASE | I | 6 | II | |
| 2 12554200 | MS.06.42 OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMIA CON ACORTAMIENTO | A | | | |
| 2 12554200 | MS.06.42 OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMIA CON ACORTAMIENTO | I | 6 | II | |
| 2 12554300 | MS.06.43 PSEUDOARTROSIS DE CLAVICULA. | A | | | |
| 2 12554300 | MS.06.43 PSEUDOARTROSIS DE CLAVICULA. | I | 6 | II | |
| 2 12554400 | MS.06.44 TRANSPOSISCION DEL NERVIO CUBITAL DEL COD | A | | | |
| 2 12554400 | MS.06.44 TRANSPOSISCION DEL NERVIO CUBITAL DEL COD | I | 6 | II | |
| 2 12554500 | MS.06.45 ARTRODESIS HOMBRO Y CODO | A | | | |
| 2 12554500 | MS.06.45 ARTRODESIS HOMBRO Y CODO | I | 6 | II | |
| 2 12554600 | MS.06.46 SECCION TENDONES FLEXORES EN 1 DEDO, O SU | A | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12554600 | MS.06.46 SECCION TENDONES FLEXORES EN 1 DEDO, O SU | I | 6 | II |
| 2 12554700 | MS.06.47 SECCION TENDONES FLEXORES EN 2 DEDOS, O S | A | | |
| 2 12554700 | MS.06.47 SECCION TENDONES FLEXORES EN 2 DEDOS, O S | I | 6 | II |
| 2 12560100 | MS.07.01 PSEUDOARTROSIS DE CLAVICULA, HUMERO, RADI | A | | |
| 2 12560100 | MS.07.01 PSEUDOARTROSIS DE CLAVICULA, HUMERO, RADI | I | 7 | III |
| 2 12560200 | MS.07.02 PSEUDOARTROSIS BIOSEA DE ANTEBRAZO. | A | | |
| 2 12560200 | MS.07.02 PSEUDOARTROSIS BIOSEA DE ANTEBRAZO. | I | 7 | III |
| 2 12560300 | MS.07.03 MANO HENDIDA. | A | | |
| 2 12560300 | MS.07.03 MANO HENDIDA. | I | 7 | III |
| 2 12560400 | MS.07.04 RECONSTRUCCION DEL PULGAR. | A | | |
| 2 12560400 | MS.07.04 RECONSTRUCCION DEL PULGAR. | I | 7 | III |
| 2 12560500 | MS.07.05 ARTROSCOPIA COMPLEJA DE HOMBRO | A | | |
| 2 12560500 | MS.07.05 ARTROSCOPIA COMPLEJA DE HOMBRO | I | 7 | III |
| 2 12560600 | MS.07.06 REPARACION ABIERTA O ARTROSCOPICA DE LESI | A | | |
| 2 12560600 | MS.07.06 REPARACION ABIERTA O ARTROSCOPICA DE LESI | I | 7 | III |
| 2 12560700 | MS.07.07 REPARACION MANGUITO ROTADOR EN HOMBRO | A | | |
| 2 12560700 | MS.07.07 REPARACION MANGUITO ROTADOR EN HOMBRO | I | 7 | III |
| 2 12560800 | MS.07.08 ARTROPLASTIA-RESECCION DE LAS ARTICULACIO | A | | |
| 2 12560800 | MS.07.08 ARTROPLASTIA-RESECCION DE LAS ARTICULACIO | I | 7 | III |
| 2 12560900 | MS.07.09 ARROPLASTIA-RESECCION Y TENOSUSPENSION DE | A | | |
| 2 12560900 | MS.07.09 ARROPLASTIA-RESECCION Y TENOSUSPENSION DE | I | 7 | III |
| 2 12561000 | MS.07.10 OSTEOSINTESIS CON COMPROMISO INTRAARTICUL | A | | |
| 2 12561000 | MS.07.10 OSTEOSINTESIS CON COMPROMISO INTRAARTICUL | I | 7 | III |
| 2 12561100 | MS.07.11 REEMPLAZO PARCIAL DE HOMBRO Y CODO. | A | | |
| 2 12561100 | MS.07.11 REEMPLAZO PARCIAL DE HOMBRO Y CODO. | I | 7 | III |
| 2 12561200 | MS.07.12 TALLADO Y APLICACION DE UN COLGAJO CUTANE | A | | |
| 2 12561200 | MS.07.12 TALLADO Y APLICACION DE UN COLGAJO CUTANE | I | 7 | III |
| 2 12561300 | MS.07.13 ENDONEUROLISIS INTERFASCICULAR DE UN NERV | A | | |
| 2 12561300 | MS.07.13 ENDONEUROLISIS INTERFASCICULAR DE UN NERV | I | 7 | III |
| 2 12561400 | MS.07.14 NEURORRAFIA EPINEURAL O FASCICULAR DE UN | A | | |
| 2 12561400 | MS.07.14 NEURORRAFIA EPINEURAL O FASCICULAR DE UN | I | 7 | III |
| 2 12561500 | MS.07.15 TENORRAFIA O RECONSTRUCCION DEL MANGUITO | A | | |
| 2 12561500 | MS.07.15 TENORRAFIA O RECONSTRUCCION DEL MANGUITO | I | 7 | III |
| 2 12561600 | MS.07.16 REVISION DE SUTURAS ARTERIALES O VENOSAS. | A | | |
| 2 12561600 | MS.07.16 REVISION DE SUTURAS ARTERIALES O VENOSAS. | I | 7 | III |
| 2 12561700 | MS.07.17 CORRECCION DE LA RAFAGA CUBITAL | A | | |
| 2 12561700 | MS.07.17 CORRECCION DE LA RAFAGA CUBITAL | I | 7 | III |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12561800 | MS.07.18 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN con retracción de laarticulación IFP de uno o más dedos o con retracción MF, de más de un dedo(Incluye eventual artrolisis, zetaplastíaúnica o múltiple , injertos de pielparcial o total , etc. ) | I | 7 | III |
| 2 12561800 | MS.07.18 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN | A | | |
| 2 12561900 | MS.07.19 PSEUDOARTROSIS DEL ESCAFOIDES U OTROS HUE | A | | |
| 2 12561900 | MS.07.19 PSEUDOARTROSIS DEL ESCAFOIDES U OTROS HUE | I | 7 | III |
| 2 12562000 | MS.07.20 INESTABILIDAD ESCAPULO-HUMERAL | A | | |
| 2 12562000 | MS.07.20 INESTABILIDAD ESCAPULO-HUMERAL | I | 7 | III |
| 2 12562100 | MS.07.21 LESION SLAP, ACROMIOPLASTIA. REPARACION A | A | | |
| 2 12562100 | MS.07.21 LESION SLAP, ACROMIOPLASTIA. REPARACION A | I | 7 | III |
| 2 12562200 | MS.07.22 SIMPATICECTOMIA PERIARTERIAL EN LA MANO Y | A | | |
| 2 12562200 | MS.07.22 SIMPATICECTOMIA PERIARTERIAL EN LA MANO Y | I | 7 | III |
| 2 12562300 | MS.07.23 REEMPLAZO PROTESICO DEL TRAPECIO. | A | | |
| 2 12562300 | MS.07.23 REEMPLAZO PROTESICO DEL TRAPECIO. | I | 7 | III |
| 2 12562400 | MS.07.24 TENOPLASTIA (INJERTO O TRANSFERENCIA) | A | | |
| 2 12562400 | MS.07.24 TENOPLASTIA (INJERTO O TRANSFERENCIA) | I | 7 | III |
| 2 12562500 | MS.07.25 INJERTO DE LOS TENDONES FLEXORES | A | | |
| 2 12562500 | MS.07.25 INJERTO DE LOS TENDONES FLEXORES | I | 7 | III |
| 2 12562600 | MS.07.26 TRANSFERENCIAS TENDINOSAS O MUSCULO TENDINOSAS para la corrección de laparálisis alta del mediano, parálisis radial, parálisis cubital, o parálisis de laflexión o extensión del codo (contriceps, bíceps, u operación de STEINDLER) | I | 7 | III |
| 2 12562600 | MS.07.26 TRANSFERENCIAS TENDINOSAS O MUSCULO TENDI | A | | |
| 2 12562700 | MS.07.27 LUXOFRACTURAS DEL CARPO. REDUCCION ABIERT | A | | |
| 2 12562700 | MS.07.27 LUXOFRACTURAS DEL CARPO. REDUCCION ABIERT | I | 7 | III |
| 2 12562800 | MS.07.28 ARTRODESIS RADIO-CARPIANAS PARCIALES O IN | A | | |
| 2 12562800 | MS.07.28 ARTRODESIS RADIO-CARPIANAS PARCIALES O IN | I | 7 | III |
| 2 12562900 | MS.07.29 ARTRODESIS TOTAL DE LA MUÑECA. | A | | |
| 2 12562900 | MS.07.29 ARTRODESIS TOTAL DE LA MUÑECA. | I | 7 | III |
| 2 12563000 | MS.07.30 FRACTURAS DEL RADIO DISTAL INTRARTICULAR | A | | |
| 2 12563000 | MS.07.30 FRACTURAS DEL RADIO DISTAL INTRARTICULAR | I | 7 | III |
| 2 12563100 | MS.07.31 FRACTURAS DEL RADIO DISTAL INTRARTICULAR | A | | |
| 2 12563100 | MS.07.31 FRACTURAS DEL RADIO DISTAL INTRARTICULAR | I | 7 | III |
| 2 12563200 | MS.07.32 OSTEOPLASTIA(OSTEOTOMIA CON ACORTAMIENTO | A | | |
| 2 12563200 | MS.07.32 OSTEOPLASTIA(OSTEOTOMIA CON ACORTAMIENTO | I | 7 | III |
| 2 12563300 | MS.07.33 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS SECUELAS TARIDAS de los síndromes isquémicos del antebrazo (Volkmann) y/o la mano (Finochietto), Incluye miotomías, miectomías, neurolisis de los nervios mediano y/o cubital y transferenciastendinosas múltiples | I | 7 | III |
| 2 12563300 | MS.07.33 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS SECUELAS TA | A | | |
| 2 12563400 | MS.07.34 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA OSTEOMIELIT | A | | |
| 2 12563400 | MS.07.34 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA OSTEOMIELIT | I | 7 | III |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12563500 | MS.07.35 INESTABILIDAD ESTERNO-CLAVICULAR | A | | |
| 2 12563500 | MS.07.35 INESTABILIDAD ESTERNO-CLAVICULAR | I | 7 | III |
| 2 12563600 | MS.07.36 REPARACION MANGUITO ROTADOR EN HOMBRO | A | | |
| 2 12563600 | MS.07.36 REPARACION MANGUITO ROTADOR EN HOMBRO | I | 7 | III |
| 2 12563700 | MS.07.37 TRATAMIENTO DE LA LUXACION RECIDIVANTE | A | | |
| 2 12563700 | MS.07.37 TRATAMIENTO DE LA LUXACION RECIDIVANTE | I | 7 | III |
| 2 12563800 | MS.07.38 LIBERACION ARTICULAR DEL HOMBRO. | A | | |
| 2 12563800 | MS.07.38 LIBERACION ARTICULAR DEL HOMBRO. | I | 7 | III |
| 2 12563900 | MS.07.39 SECCION TENDONES FLEXORES EN 2 DEDOS | A | | |
| 2 12563900 | MS.07.39 SECCION TENDONES FLEXORES EN 2 DEDOS | I | 7 | III |
| 2 12564000 | MS.07.40 SECCION TENDONES FLEXORES EN 3 O MAS DED | A | | |
| 2 12564000 | MS.07.40 SECCION TENDONES FLEXORES EN 3 O MAS DED | I | 7 | III |
| 2 12564100 | MS.07.41 TRANSFERENCIA DEL DORSAL ANCHO O REDONDO | A | | |
| 2 12564100 | MS.07.41 TRANSFERENCIA DEL DORSAL ANCHO O REDONDO | I | 7 | III |
| 2 12564200 | MS.07.42 EXTIRPACION DE UN TUMOR NEUROGENICO BENIG | A | | |
| 2 12564200 | MS.07.42 EXTIRPACION DE UN TUMOR NEUROGENICO BENIG | I | 7 | III |
| 2 12570100 | MS.08.01 CIRUGIA DE REVISION DEL MANGO ROTADOR O R | A | | |
| 2 12570100 | MS.08.01 CIRUGIA DE REVISION DEL MANGO ROTADOR O R | I | 8 | IV |
| 2 12570200 | MS.08.02 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LESION DE PL | I | 8 | IV |
| 2 12570300 | MS.08.03 REEMPLAZO ARTICULAR DE PIE A MANO NO VASC | I | 8 | IV |
| 2 12570400 | MS.08.04 PULGARIZACION DEL INDICE. | I | 8 | IV |
| 2 12570500 | MS.08.05 NEURORRAFIA EN LESIONES DEL PLEXO BRAQUIA | I | 8 | IV |
| 2 12570600 | MS.08.06 REEMPLAZO PROTESICO DE MUÑECA O CODO. | I | 8 | IV |
| 2 12570700 | MS.08.07 DESARTICULACION DE HOMBRO. | I | 8 | IV |
| 2 12570800 | MS.08.08 FRACTURA DE LA ESCAPULA CON COMPROMISO DE | A | | |
| 2 12570800 | MS.08.08 FRACTURA DE LA ESCAPULA CON COMPROMISO DE | I | 8 | IV |
| 2 12570900 | MS.08.09 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA AGENESIA DEL | I | 8 | IV |
| 2 12571000 | MS.08.10 DEFORMIDAD DE SPRENGEL. | I | 8 | IV |
| 2 12571100 | MS.08.11 TOMA Y APLICACION DE UN COLGAJO, EN ISLA | I | 8 | IV |
| 2 12571200 | MS.08.12 SECCION TENDONES FLEXORES EN 3 O MAS DEDO | I | 8 | IV |
| 2 12571300 | MS.08.13 REPARACION DE UN NERVIO O RAMA NERVIOSA | I | 8 | IV |
| 2 12571400 | MS.08.14 REPARACION ARTERIO VENOSA(PARCHE, REEMPL | I | 8 | IV |
| 2 12571500 | MS.08.15 TROMBOENDARTERECTOMIA CON O SIN ARTERIOPL | I | 8 | IV |
| 2 12571600 | MS.08.16 RESECCION DE UN ANEURISMA, PSEUDOANEURISM | I | 8 | IV |
| 2 12571700 | MS.08.17 REEMPLAZO PROTESICO DE LAS CUATRO ARTICU | I | 8 | IV |
| 2 12571800 | MS.08.18 RECONSTRUCCION DEL MANGUITO ROTADOR DEL H | I | 8 | IV |
| 2 12571900 | MS.08.19 TRANSFERENCIAS TENDINOSAS O MUSCULO-TENDI | I | 8 | IV |
| 2 12572000 | MS.08.20 LIBERACION DE RETRACCION DE LA 1 COMISUR | I | 8 | IV |
| 2 12572100 | MS.08.21 AMPUTACION QUIRURGICA O DESARTICULACION A | I | 8 | IV |
| 2 12572200 | MS.08.22 ARTROPLASTIA TOTAL DE HOMBRO | I | 8 | IV |
| 2 12572300 | MS.08.23 EXTIRPACION DE UN TUMOR NEUROGENICO BENIG | I | 8 | IV |
| 2 12572400 | MS.08.24 EXTIRPACION RADICAL DE UN TUMOR MALIGNO D | I | 8 | IV |
| 2 12572500 | MS.08.25 TRATAMIENTO RADICAL DE UN TUMOR MALIGNO | I | 8 | IV |
| 2 12580100 | MS.09.01 REIMPLANTE DE UN DEDO | I | 9 | IV |
| 2 12580200 | MS.09.02 INJERTOS ARTICULARES VASCULARIZADOS. | I | 9 | IV |
| 2 12580300 | MS.09.03 INJERTO DE NERVIO EN LESION DEL PLEXO BRA | I | 9 | IV |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 12580400 | MS.09.04 REVISION ARTROPLASTIA PROTESICA DE HOMBRO | I | 9 | IV |
| 2 | 12580500 | MS.09.05 RECONSTRUCCION DEL PULGAR (EN CASOS TRAUM | I | 9 | IV |
| 2 | 12580600 | MS.09.06 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS PSEUDONEUR | I | 9 | IV |
| 2 | 12580700 | MS.09.07 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS SINDROMES | I | 9 | IV |
| 2 | 12580800 | MS.09.08 REPARACION DE UN NERVIO O RAMA NERVIOSA | I | 9 | IV |
| 2 | 12580900 | MS.09.09 EXTIRPACION RADICAL DE UN TUMOR MALIGNO D | I | 9 | IV |
| 2 | 12581000 | MS.09.10 TOMA Y APLICACION DE UN COLGAJO EN ISLA, | I | 9 | IV |
| 2 | 12581100 | MS.09.11 SUSPENSION ESCAPULO TORACICA, TIPO EDEN L | I | 9 | IV |
| 2 | 12581200 | MS.09.12 FUSION ESCAPULO TORACICA. | I | 9 | IV |
| 2 | 12581300 | MS.09.13 SECCION TENDONES FLEXORES EN 3 O MAS DEDO | I | 9 | IV |
| 2 | 12581400 | MS.09.14 REVISION DE PROTESIS TOTAL DE HOMBRO | I | 9 | IV |
| 2 | 12581500 | MS.09.15 RT DE HOMBRO CON PROTESIS REVERSA | I | 9 | IV |
| 2 | 12581600 | MS.09.16 TRATAMIENTO RADICAL DE UN TUMOR MALIGNO | I | 9 | IV |
| 2 | 12600100 | RO.01.01 INFILTRACION. ARTROCENTESIS | A | | |
| 2 | 12600100 | RO.01.01 INFILTRACION. ARTROCENTESIS | I | | |
| 2 | 12600200 | RO.01.02 TRACCION CUTANEAS | A | | |
| 2 | 12600200 | RO.01.02 TRACCION CUTANEAS | I | | |
| 2 | 12600300 | RO.01.03 CALZA DE YESO, FERULA POSTERIOR. | A | | |
| 2 | 12600300 | RO.01.03 CALZA DE YESO, FERULA POSTERIOR. | I | | |
| 2 | 12600400 | RO.01.04 EXTRACCION OSTEODESIS PRECUTANEA EN CONSU | A | | |
| 2 | 12600400 | RO.01.04 EXTRACCION OSTEODESIS PRECUTANEA EN CONSU | I | | |
| 2 | 12600500 | RO.01.05 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICA | A | | |
| 2 | 12600500 | RO.01.05 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICA | I | | |
| 2 | 12610100 | RO.02.01 REDUCCION INCRUENTA FRACTURA DE RODILLA, | A | | |
| 2 | 12610100 | RO.02.01 REDUCCION INCRUENTA FRACTURA DE RODILLA, | I | 2 | I |
| 2 | 12610200 | RO.02.02 REDUCCION DE LUXACION DE ROTULA. CON O S | A | | |
| 2 | 12610200 | RO.02.02 REDUCCION DE LUXACION DE ROTULA. CON O S | I | 2 | I |
| 2 | 12610300 | RO.02.03 TRACCIONES ESQUELETICAS | A | | |
| 2 | 12610300 | RO.02.03 TRACCIONES ESQUELETICAS | I | 2 | I |
| 2 | 12610400 | RO.02.04 TOILETTE QUIRURGICA SUPERFICIAL (SUPRA AP | A | | |
| 2 | 12610400 | RO.02.04 TOILETTE QUIRURGICA SUPERFICIAL (SUPRA AP | I | 2 | I |
| 2 | 12610500 | RO.02.05 EXTRACCION OSTEODESIS PERCUTANEAS BAJO AN | A | | |
| 2 | 12610500 | RO.02.05 EXTRACCION OSTEODESIS PERCUTANEAS BAJO AN | I | 2 | I |
| 2 | 12620100 | RO.03.01 CAPSULORRAFIA. CON O SIN YESO. | A | | |
| 2 | 12620100 | RO.03.01 CAPSULORRAFIA. CON O SIN YESO. | I | 3 | I |
| 2 | 12620200 | RO.03.02 TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS SEPTICA. ARTRO | A | | |
| 2 | 12620200 | RO.03.02 TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS SEPTICA. ARTRO | I | 3 | I |
| 2 | 12620300 | RO.03.03 BIOPSIAS POR PUNCION | A | | |
| 2 | 12620300 | RO.03.03 BIOPSIAS POR PUNCION | I | 3 | I |
| 2 | 12630100 | RO.04.01 TOILETTE EN FRACTURAS EXPUESTAS, SIN TRAT | A | | |
| 2 | 12630100 | RO.04.01 TOILETTE EN FRACTURAS EXPUESTAS, SIN TRAT | I | 4 | I |
| 2 | 12630200 | RO.04.02 TRATAMIENTO DE LA OSTEOCONDRITIS PATELAR | A | | |
| 2 | 12630200 | RO.04.02 TRATAMIENTO DE LA OSTEOCONDRITIS PATELAR | I | 4 | I |
| 2 | 12630300 | RO.04.03 SUTURA EN AGUDO DE LIGAMENTO LATERAL INT. | A | | |
| 2 | 12630300 | RO.04.03 SUTURA EN AGUDO DE LIGAMENTO LATERAL INT. | I | 4 | I |
| 2 | 12630400 | RO.04.04 OSTEOSINTESIS DE ROTULA. INCLUYE YESO | A | | |
| 2 | 12630400 | RO.04.04 OSTEOSINTESIS DE ROTULA. INCLUYE YESO | I | 4 | I |
| 2 | 12630500 | RO.04.05 HEMIPATELECTOMIA. PATELECTOMIA. INCLUYE | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12630500 | RO.04.05 HEMIPATELECTOMIA. PATELECTOMIA. INCLUYE | I | 4 | I |
| 2 12630600 | RO.04.06 TENORRAFIAS SIMPLES EN RODILLA (EJ. TENDO | A | | |
| 2 12630600 | RO.04.06 TENORRAFIAS SIMPLES EN RODILLA (EJ. TENDO | I | 4 | I |
| 2 12630700 | RO.04.07 EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO. EXTRA | A | | |
| 2 12630700 | RO.04.07 EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO. EXTRA | I | 4 | I |
| 2 12630800 | RO.04.08 EPIFISIODESIS | A | | |
| 2 12630800 | RO.04.08 EPIFISIODESIS | I | 4 | I |
| 2 12630900 | RO.04.09 BIOPSIA A CIELO ABIERTO | A | | |
| 2 12630900 | RO.04.09 BIOPSIA A CIELO ABIERTO | I | 4 | I |
| 2 12631000 | RO.04.10 TUMORES DE PARTES BLANDAS, SUBAPONEUROTIC | A | | |
| 2 12631000 | RO.04.10 TUMORES DE PARTES BLANDAS, SUBAPONEUROTIC | I | 4 | I |
| 2 12640100 | RO.05.01 RESECCION DEL QUISTE DE BEAKER | A | | |
| 2 12640100 | RO.05.01 RESECCION DEL QUISTE DE BEAKER | I | 5 | II |
| 2 12640200 | RO.05.02 SURUTA DE LIGAMENTOS LATERALES, MAS MENIS | A | | |
| 2 12640200 | RO.05.02 SURUTA DE LIGAMENTOS LATERALES, MAS MENIS | I | 5 | II |
| 2 12640300 | RO.05.03 SUTURA DE LIGAMENTOS LATERALES, MAS SUTUR | A | | |
| 2 12640300 | RO.05.03 SUTURA DE LIGAMENTOS LATERALES, MAS SUTUR | I | 5 | II |
| 2 12640400 | RO.05.04 PLASTICAS LIGAMENTARIAS EXTRAARTICULARES | A | | |
| 2 12640400 | RO.05.04 PLASTICAS LIGAMENTARIAS EXTRAARTICULARES | I | 5 | II |
| 2 12640500 | RO.05.05 OSTEOSINTESIS PLATILLO TIBIAL UNICONDILAR | A | | |
| 2 12640500 | RO.05.05 OSTEOSINTESIS PLATILLO TIBIAL UNICONDILAR | I | 5 | II |
| 2 12640600 | RO.05.06 OSTEOSINTESIS UNICONDILAR FEMORAL. FRACTU | A | | |
| 2 12640600 | RO.05.06 OSTEOSINTESIS UNICONDILAR FEMORAL. FRACTU | I | 5 | II |
| 2 12640700 | RO.05.07 MENISECTOMIA SIMPLE A CIELO ABIERTO | A | | |
| 2 12640700 | RO.05.07 MENISECTOMIA SIMPLE A CIELO ABIERTO | I | 5 | II |
| 2 12640800 | RO.05.08 SINOVECTOMIA A CIELO ABIERTO | A | | |
| 2 12640800 | RO.05.08 SINOVECTOMIA A CIELO ABIERTO | I | 5 | II |
| 2 12640900 | RO.05.09 RESECCION DE UN TUMOR OSEO BENIGNO, SIN | A | | |
| 2 12640900 | RO.05.09 RESECCION DE UN TUMOR OSEO BENIGNO, SIN | I | 5 | II |
| 2 12650100 | RO.06.01 OSTEOSINTESIS DE UN PLATILLO TIBIAL. FRAC | A | | |
| 2 12650100 | RO.06.01 OSTEOSINTESIS DE UN PLATILLO TIBIAL. FRAC | I | 6 | II |
| 2 12650200 | RO.06.02 RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS CRUZADOS A | A | | |
| 2 12650200 | RO.06.02 RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS CRUZADOS A | I | 6 | II |
| 2 12650300 | RO.06.03 OSTEOTOMIA VALGUIZANTE DE TIBIA. (MAS ASI | A | | |
| 2 12650300 | RO.06.03 OSTEOTOMIA VALGUIZANTE DE TIBIA. (MAS ASI | I | 6 | II |
| 2 12650400 | RO.06.04 ARTROSCOPIA SIMPLE: LAVADO, TOILETTE, MEN | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12650400 | RO.06.04 ARTROSCOPIA SIMPLE: LAVADO, TOILETTE, MEN | I | 6 | II |
| 2 12650500 | RO.06.05 RESECCION O CURETAJE LESION TUMORAL CAVIT | A | | |
| 2 12650500 | RO.06.05 RESECCION O CURETAJE LESION TUMORAL CAVIT | I | 6 | II |
| 2 12650600 | RO.06.06 TENOTOMIAS MULTIPLES DEFLEXORAS DE RODILL | A | | |
| 2 12650600 | RO.06.06 TENOTOMIAS MULTIPLES DEFLEXORAS DE RODILL | I | 6 | II |
| 2 12650700 | RO.06.07 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LUXACION REC | A | | |
| 2 12650700 | RO.06.07 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LUXACION REC | I | 6 | II |
| 2 12650800 | RO.06.08 AMPUTACION INFRA O SUPRA PATELAR | A | | |
| 2 12650800 | RO.06.08 AMPUTACION INFRA O SUPRA PATELAR | I | 6 | II |
| 2 12660100 | RO.07.01 RECONSTRUCCION CRUZADOS MAS PLASTICAS EN | A | | |
| 2 12660100 | RO.07.01 RECONSTRUCCION CRUZADOS MAS PLASTICAS EN | I | 7 | III |
| 2 12660200 | RO.07.02 ARTROSCOPIA COMPLEJA DE RODILLA (LCA-LCP, | A | | |
| 2 12660200 | RO.07.02 ARTROSCOPIA COMPLEJA DE RODILLA (LCA-LCP, | I | 7 | III |
| 2 12660300 | RO.07.03 ARTRODESIS DE RODILLA SIMPLE. | A | | |
| 2 12660300 | RO.07.03 ARTRODESIS DE RODILLA SIMPLE. | I | 7 | III |
| 2 12660400 | RO.07.04 OSTEOTOMIA TIBIAL CON RECONSTRUCCION DE | A | | |
| 2 12660400 | RO.07.04 OSTEOTOMIA TIBIAL CON RECONSTRUCCION DE | I | 7 | III |
| 2 12660500 | RO.07.05 LUXACION RECIDIVANTE DE ROTULA EN EL NIÑO | A | | |
| 2 12660500 | RO.07.05 LUXACION RECIDIVANTE DE ROTULA EN EL NIÑO | I | 7 | III |
| 2 12670100 | RO.08.01 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LUXACION G | I | 8 | IV |
| 2 12670200 | RO.08.02 REVISION ARTROSCOPICA (LCA-LCP). | A | | |
| 2 12670200 | RO.08.02 REVISION ARTROSCOPICA (LCA-LCP). | I | 8 | IV |
| 2 12670300 | RO.08.03 RTR O UNICONDULAR | I | 8 | IV |
| 2 12670400 | RO.08.04 OSTEOSINTESIS DE AMBOS PLATILLOS TIBIALES | I | 8 | IV |
| 2 12670500 | RO.08.05 RECONSTRUCCION DEL APARATO EXTENSOR, EN | I | 8 | IV |
| 2 12670600 | RO.08.06 FRACTURA PERIPROTESICA DE RODILLA, SIN R | I | 8 | IV |
| 2 12670700 | RO.08.07 ALOINJERTO DE APARATO EXTENSOR, SIN RECAM | I | 8 | IV |
| 2 12670800 | RO.08.08 LUXACION CONGENITA DE ROTULA EN EL NIÑO. | I | 8 | IV |
| 2 12680100 | RO.09.01 REVISION RTR EN UN TIEMPO. | I | 9 | IV |
| 2 12680200 | RO.09.02 1ER TIEMPO RECONVERSION DE RTR INFECTADO | I | 9 | IV |
| 2 12680300 | RO.09.03 RECONSTRUCCION ARTROSCOPICA DE LCA Y LCP | A | | |
| 2 12680300 | RO.09.03 RECONSTRUCCION ARTROSCOPICA DE LCA Y LCP | I | 9 | IV |
| 2 12680400 | RO.09.04 2DO TIEMPO DE REIMPLANTE DE RTR INFECTADO | I | 9 | IV |
| 2 12680500 | RO.09.05 EXTRACCION DE RTR INFECTADO + ARTRODESIS. | I | 9 | IV |
| 2 12680600 | RO.09.06 FRACTURA PERIPROTESICA DE RODILLA, CON R | I | 9 | IV |
| 2 12680700 | RO.09.07 RTR PRIMARIA, EN PACIENTES CON DEFORMIDAD | I | 9 | IV |
| 2 12680800 | RO.09.08 PROTESIS DE RESECCION TUMORAL, EN RODILLA | I | 9 | IV |
| 2 12700100 | PP.01.01 INMOVILIZACIONES ENYESADAS | A | | |
| 2 12700100 | PP.01.01 INMOVILIZACIONES ENYESADAS | I | | |
| 2 12700200 | PP.01.02 INFILTRACIONES | A | | |
| 2 12700200 | PP.01.02 INFILTRACIONES | I | | |
| 2 12700300 | PP.01.03 ARTROCENTESIS EVACUADORA | A | | |
| 2 12700300 | PP.01.03 ARTROCENTESIS EVACUADORA | I | | |
| 2 12700400 | PP.01.04 EXTRACCION OSTEODESIS PERCUTANEAS, EN CO | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12700400 | PP.01.04 EXTRACCION OSTEODESIS PERCUTANEAS, EN CO | I | | | |
| 2 12700500 | PP.01.05 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICA. | A | | | |
| 2 12700500 | PP.01.05 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICA. | I | | | |
| 2 12700600 | PP.01.06 CURA OCLUSIVA EN PIE NEUROPATICO | A | | | |
| 2 12700600 | PP.01.06 CURA OCLUSIVA EN PIE NEUROPATICO | I | | | |
| 2 12700700 | PP.01.07 TRACCIONES CUTANEAS | A | | | |
| 2 12700700 | PP.01.07 TRACCIONES CUTANEAS | I | | | |
| 2 12710100 | PP.02.01 REDUCCIONES INCRUENTAS Y/O MANIPULACIONES | A | | | |
| 2 12710100 | PP.02.01 REDUCCIONES INCRUENTAS Y/O MANIPULACIONES | I | 2 | I | |
| 2 12710200 | PP.02.02 EXTRACCIONES DE TUTORES EXTERNOS. | A | | | |
| 2 12710200 | PP.02.02 EXTRACCIONES DE TUTORES EXTERNOS. | I | | | |
| 2 12710300 | PP.02.03 TRATAMIENTO QUIRURGICO UÑA ENCARNADA. ONI | A | | | |
| 2 12710300 | PP.02.03 TRATAMIENTO QUIRURGICO UÑA ENCARNADA. ONI | I | | | |
| 2 12710400 | PP.02.04 EVACUACION QUIRURGICA HEMATOMAS Y ABSCESO | A | | | |
| 2 12710400 | PP.02.04 EVACUACION QUIRURGICA HEMATOMAS Y ABSCESO | I | | | |
| 2 12710500 | PP.02.05 TOILETTE QUIRURGICA SUPERFICIAL (SUPRAAPO | A | | | |
| 2 12710500 | PP.02.05 TOILETTE QUIRURGICA SUPERFICIAL (SUPRAAPO | I | 2 | I | |
| 2 12710600 | PP.02.06 TRATAMIENTO QUIRURGICA DE DEDO EN MARTI L | A | | | |
| 2 12710600 | PP.02.06 TRATAMIENTO QUIRURGICA DE DEDO EN MARTI L | I | | | |
| 2 12710700 | PP.02.07 TRACCIONES ESQUELETICAS Y REVISION PARCIA | A | | | |
| 2 12710700 | PP.02.07 TRACCIONES ESQUELETICAS Y REVISION PARCIA | I | | | |
| 2 12710800 | PP.02.08 TRACCIONES ESQUELETICAS | A | | | |
| 2 12710800 | PP.02.08 TRACCIONES ESQUELETICAS | I | | | |
| 2 12710900 | PP.02.09 EXTRACCION OSTEODESIS PERCUTANEAS EN QUIR | A | | | |
| 2 12710900 | PP.02.09 EXTRACCION OSTEODESIS PERCUTANEAS EN QUIR | I | | | |
| 2 12720100 | PP.03.01 PSEUDOEXOSTOSIS DE HAGLUND | A | | | |
| 2 12720100 | PP.03.01 PSEUDOEXOSTOSIS DE HAGLUND | I | 3 | I | |
| 2 12720200 | PP.03.02 TRATAMIENTO DE DEDOS EN GARRA, DEDO SUPRA | A | | | |
| 2 12720200 | PP.03.02 TRATAMIENTO DE DEDOS EN GARRA, DEDO SUPRA | I | 3 | I | |
| 2 12720300 | PP.03.03 AMPUTACION DEDOS PEQUEÑOS. MAS DE 2, SE | A | | | |
| 2 12720300 | PP.03.03 AMPUTACION DEDOS PEQUEÑOS. MAS DE 2, SE | I | 3 | I | |
| 2 12720400 | PP.03.04 ARTROTOMIA DEDOS O TOBILLO PARA EXPLORACI | A | | | |
| 2 12720400 | PP.03.04 ARTROTOMIA DEDOS O TOBILLO PARA EXPLORACI | I | 3 | I | |
| 2 12720500 | PP.03.05 OSTEODESIS PRECUTANEAS EN FRACTURAS Y/O | A | | | |
| 2 12720500 | PP.03.05 OSTEODESIS PRECUTANEAS EN FRACTURAS Y/O | I | 3 | I | |
| 2 12720600 | PP.03.06 CAPSULORRAFIA, MIORRAFIA | A | | | |
| 2 12720600 | PP.03.06 CAPSULORRAFIA, MIORRAFIA | I | 3 | I | |
| 2 12720700 | PP.03.07 EXTRACCION GANGLION | A | | | |
| 2 12720700 | PP.03.07 EXTRACCION GANGLION | I | 3 | I | |
| 2 12720800 | PP.03.08 FASCIOTOMIA A CIELO ABIERTO | A | | | |
| 2 12720800 | PP.03.08 FASCIOTOMIA A CIELO ABIERTO | I | 3 | I | |
| 2 12720900 | PP.03.09 SINOVECTOMIA DE PEQUEÑAS ARTICULACIONES | A | | | |
| 2 12720900 | PP.03.09 SINOVECTOMIA DE PEQUEÑAS ARTICULACIONES | I | 3 | I | |
| 2 12721000 | PP.03.10 BIOPSIA POR PUNCION | A | | | |
| 2 12721000 | PP.03.10 BIOPSIA POR PUNCION | I | 3 | I | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12721100 | PP.03.11 TUMORES BENIGNOS EN PARTES BLANDAS EXTRAA | A | | | |
| 2 12721100 | PP.03.11 TUMORES BENIGNOS EN PARTES BLANDAS EXTRAA | I | 3 | I | |
| 2 12721200 | PP.03.12 FIBROMATOSIS PLANTAR NODULO UNICO | A | | | |
| 2 12721200 | PP.03.12 FIBROMATOSIS PLANTAR NODULO UNICO | I | 3 | I | |
| 2 12721300 | PP.03.13 INJERTO LIBRE DE PIEL COMO UNICO TRATA MIENTO | A | | | |
| 2 12721300 | PP.03.13 INJERTO LIBRE DE PIEL COMO UNICO TRATA MIENTO | I | 3 | I | |
| 2 12721400 | PP.03.14 TENOSINOVECTOMIAS EN GRAL. A CIELO ABIERT | A | | | |
| 2 12721400 | PP.03.14 TENOSINOVECTOMIAS EN GRAL. A CIELO ABIERT | I | 3 | I | |
| 2 12721500 | PP.03.15 TOILLETTE QUIRURGICA, (INCLUYEPIE DIABETICO) CON/SIN COLOCACION DE SISTEMA DE ASPIRACION | A | | | |
| 2 12721500 | PP.03.15 TOILLETTE QUIRURGICA, (INCLUYEPIE DIABETICO) CON/SIN COLOCACION DE SISTEMA DE ASPIRACION | I | 3 | I | |
| 2 12721600 | PP.03.16 TENOTOMIA DE AQUILES PERCUTANEA | A | | | |
| 2 12721600 | PP.03.16 TENOTOMIA DE AQUILES PERCUTANEA | I | 3 | I | |
| 2 12721700 | PP.03.17 TENOTOMIAS PERCUTANEAS EN PIE | A | | | |
| 2 12721700 | PP.03.17 TENOTOMIAS PERCUTANEAS EN PIE | I | 3 | I | |
| 2 12721800 | PP.03.18 INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO | A | | | |
| 2 12721800 | PP.03.18 INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO | I | 3 | I | |
| 2 12730100 | PP.04.01 ENFERMEDAD DE LEDERHOSSE. FIBROMATOSIS PLANTAR COMPLEJA | A | | | |
| 2 12730100 | PP.04.01 ENFERMEDAD DE LEDERHOSSE. FIBROMATOSIS PLANTAR COMPLEJA | I | 4 | I | |
| 2 12730200 | PP.04.02 SINDACTILEA SIMPLES. | A | | | |
| 2 12730200 | PP.04.02 SINDACTILEA SIMPLES. | I | 4 | I | |
| 2 12730300 | PP.04.03 POLIDACTILEA SIMPLE. | A | | | |
| 2 12730300 | PP.04.03 POLIDACTILEA SIMPLE. | I | 4 | I | |
| 2 12730400 | PP.04.04 OSTEOSINTESIS FALANGES, METATARSIANOS | A | | | |
| 2 12730400 | PP.04.04 OSTEOSINTESIS FALANGES, METATARSIANOS | I | 4 | I | |
| 2 12730500 | PP.04.05 EXTRACCION MATERIAL DE OSTEOSINTESIS | A | | | |
| 2 12730500 | PP.04.05 EXTRACCION MATERIAL DE OSTEOSINTESIS | I | 4 | I | |
| 2 12730600 | PP.04.06 ESPOLON CALCANEO. FASCITIS PLANTAR CRONIC | A | | | |
| 2 12730600 | PP.04.06 ESPOLON CALCANEO. FASCITIS PLANTAR CRONIC | I | 4 | I | |
| 2 12730700 | PP.04.07 SECUESTRECTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EX | A | | | |
| 2 12730700 | PP.04.07 SECUESTRECTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EX | I | 4 | I | |
| 2 12730800 | PP.04.08 TRATAMIENTO DE LA FRACTURA EXPUESTA | A | | | |
| 2 12730800 | PP.04.08 TRATAMIENTO DE LA FRACTURA EXPUESTA | I | 4 | I | |
| 2 12730900 | PP.04.09 SUTURA EN AGUDO DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO | A | | | |
| 2 12730900 | PP.04.09 SUTURA EN AGUDO DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO | I | 4 | I | |
| 2 12731000 | PP.04.10 COLGAJOS LOCALES (POR AVANCE, ROTATORIOS | A | | | |
| 2 12731000 | PP.04.10 COLGAJOS LOCALES (POR AVANCE, ROTATORIOS | I | 4 | I | |
| 2 12731100 | PP.04.11 TENOSINOVECTOMIA A CIELO ABIERTO DEL AQUI | A | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 12731100 | PP.04.11 TENOSINOVECTOMIA A CIELO ABIERTO DEL AQUI | I | 4 | I |
| 2 | 12731200 | PP.04.12 DENERVACIONES ARTICULARES | A | | |
| 2 | 12731200 | PP.04.12 DENERVACIONES ARTICULARES | I | 4 | I |
| 2 | 12731300 | PP.04.13 EPIFISIODESIS | A | | |
| 2 | 12731300 | PP.04.13 EPIFISIODESIS | I | 4 | I |
| 2 | 12731400 | PP.04.14 ARTROPLASTIA POR RESECCION O ARTRODESIS | A | | |
| 2 | 12731400 | PP.04.14 ARTROPLASTIA POR RESECCION O ARTRODESIS | I | 4 | I |
| 2 | 12731500 | PP.04.15 POLIDACTILEAS. | A | | |
| 2 | 12731500 | PP.04.15 POLIDACTILEAS. | I | 4 | I |
| 2 | 12731600 | PP.04.16 EXOSTECTOMIA DE MEDIOPIE | A | | |
| 2 | 12731600 | PP.04.16 EXOSTECTOMIA DE MEDIOPIE | I | 4 | I |
| 2 | 12731700 | PP.04.17 NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFERICOS | A | | |
| 2 | 12731700 | PP.04.17 NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFERICOS | I | 4 | I |
| 2 | 12731800 | PP.04.18 RESECCION DE NEUROMA | A | | |
| 2 | 12731800 | PP.04.18 RESECCION DE NEUROMA | I | 4 | I |
| 2 | 12731900 | PP.04.19 TUMORES DE PARTES BLANDAS SUBAPONEUROTICO | A | | |
| 2 | 12731900 | PP.04.19 TUMORES DE PARTES BLANDAS SUBAPONEUROTICO | I | 4 | I |
| 2 | 12732000 | PP.04.20 BIOPSIA A CIELO ABIERTO | A | | |
| 2 | 12732000 | PP.04.20 BIOPSIA A CIELO ABIERTO | I | 4 | I |
| 2 | 12732100 | PP.04.21 TRATAMIENTO QUIRURGICO SIMPLE DEL NEUROMA | A | | |
| 2 | 12732100 | PP.04.21 TRATAMIENTO QUIRURGICO SIMPLE DEL NEUROMA | I | 4 | I |
| 2 | 12740100 | PP.05.01 OSTEOSINTESIS DE MAS DE 2 FALANGES O META | A | | |
| 2 | 12740100 | PP.05.01 OSTEOSINTESIS DE MAS DE 2 FALANGES O META | I | 5 | II |
| 2 | 12740200 | PP.05.02 FRACTURAS UNIMALEOLARES DE TOBILLO | A | | |
| 2 | 12740200 | PP.05.02 FRACTURAS UNIMALEOLARES DE TOBILLO | I | 5 | II |
| 2 | 12740300 | PP.05.03 TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGO SIMPLE (EXOSTECTOMIA Y PARTES BLANDAS) | A | | |
| 2 | 12740300 | PP.05.03 TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGO SIMPLE (EXOSTECTOMIA Y PARTES BLANDAS) | I | 5 | II |
| 2 | 12740400 | PP.05.04 TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL HALLUX RIGIDUS | A | | |
| 2 | 12740400 | PP.05.04 TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL HALLUX RIGIDUS | I | 5 | II |
| 2 | 12740500 | PP.05.05 AMPUTACION DEL HALLUX | A | | |
| 2 | 12740500 | PP.05.05 AMPUTACION DEL HALLUX | I | 5 | II |
| 2 | 12740600 | PP.05.06 PIE EQUINO (ALARGAMIENTO DEL AQUILES Y FA | A | | |
| 2 | 12740600 | PP.05.06 PIE EQUINO (ALARGAMIENTO DEL AQUILES Y FA | I | 5 | II |
| 2 | 12740700 | PP.05.07 ANTEPIE VARO. | A | | |
| 2 | 12740700 | PP.05.07 ANTEPIE VARO. | I | 5 | II |
| 2 | 12740800 | PP.05.08 ARTRODESIS PIE (MEDIO Y/O RETROPIE) | A | | |
| 2 | 12740800 | PP.05.08 ARTRODESIS PIE (MEDIO Y/O RETROPIE) | I | 5 | II |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12740900 | PP.05.09 JUANETILLO DE SASTRE ABIERTO. | A | | |
| 2 12740900 | PP.05.09 JUANETILLO DE SASTRE ABIERTO. | I | 5 | II |
| 2 12741000 | PP.05.10 TENORRAFIA SIMPLE DEL AQUILES | A | | |
| 2 12741000 | PP.05.10 TENORRAFIA SIMPLE DEL AQUILES | I | 5 | II |
| 2 12741100 | PP.05.11 TENORRAFIA AGUDA DE TIBIAL ANTERIOR MAS | A | | |
| 2 12741100 | PP.05.11 TENORRAFIA AGUDA DE TIBIAL ANTERIOR MAS | I | 5 | II |
| 2 12741200 | PP.05.12 RECONSTRUCCION LIGAMENTOS DE TOBILLO (INE | A | | |
| 2 12741200 | PP.05.12 RECONSTRUCCION LIGAMENTOS DE TOBILLO (INE | I | 5 | II |
| 2 12741300 | PP.05.13 SINDACTILEAS COMPLEJAS | A | | |
| 2 12741300 | PP.05.13 SINDACTILEAS COMPLEJAS | I | 5 | II |
| 2 12741400 | PP.05.14 PIE PLANO ADQUIRIDO DEL ADULTO (RUPTURA D | A | | |
| 2 12741400 | PP.05.14 PIE PLANO ADQUIRIDO DEL ADULTO (RUPTURA D | I | 5 | II |
| 2 12741500 | PP.05.15 TENOLISIS DE TENDONES DE PIERNA | A | | |
| 2 12741500 | PP.05.15 TENOLISIS DE TENDONES DE PIERNA | I | 5 | II |
| 2 12741600 | PP.05.16 BANDAS CONSTRICTIVAS CONGENITAS EN PIERNA | A | | |
| 2 12741600 | PP.05.16 BANDAS CONSTRICTIVAS CONGENITAS EN PIERNA | I | 5 | II |
| 2 12741700 | PP.05.17 EXOSTECTOMIA DEL MEDIOPIE (EN PACIENTES D | A | | |
| 2 12741700 | PP.05.17 EXOSTECTOMIA DEL MEDIOPIE (EN PACIENTES D | I | 5 | II |
| 2 12741800 | PP.05.18 EXOSTECTOMIA PERCUTANEA DEL HALLUX VALGO | A | | |
| 2 12741800 | PP.05.18 EXOSTECTOMIA PERCUTANEA DEL HALLUX VALGO | I | 5 | II |
| 2 12741900 | PP.05.19 RESECCION/CURETAJE DE UN TUMOR OSEO BENIGNO, CAVITARIO O PEDICULADO S/INSERTO OSEO | A | | |
| 2 12741900 | PP.05.19 RESECCION/CURETAJE DE UN TUMOR OSEO BENIG | I | 5 | II |
| 2 12742000 | PP.05.20 PRACTICAS ENDOSCOPICAS SIMPLES: TENOSCOPIAS, FASCIOTOMIAS, TENOSINOVECTOMIAS | A | | |
| 2 12742000 | PP.05.20 PRACTICAS ENDOSCOPICAS SIMPLES: TENOSCOPI | I | 5 | II |
| 2 12742100 | PP.05.21 REPARACION O SUTURA DE TENDON FLEXOR DE PIERNA (+DE 2, + 30%) | A | | |
| 2 12742100 | PP.05.21 REPARACION O SUTURA DE TENDON FLEXOR DE | I | 5 | II |
| 2 12742200 | PP.05.22 REPARACION O SUTURA DE TENDON EXTENSOR DE PIERNA (+DE 2, +30%) | A | | |
| 2 12742200 | PP.05.22 REPARACION O SUTURA DE TENDON EXTENSOR DE | I | 5 | II |
| 2 12742300 | PP.05.23 SECCION O TENOPLASTIA DE GASTROCNEMIOS (PROXIMAL Y MEDIA PIERNA) | A | | |
| 2 12742300 | PP.05.23 SECCION O TENOPLASTIA DE GASTROCNEMIOS ( | I | 5 | II |
| 2 12742400 | PP.05.24 TRATAMIENTO ABIERTO DE LA LESION TIBIOPER | A | | |
| 2 12742400 | PP.05.24 TRATAMIENTO ABIERTO DE LA LESION TIBIOPER | I | 5 | II |
| 2 12742500 | PP.05.25 NEUROMA DE MORTON MEDIANTE NEUROLSIS MICR | A | | |
| 2 12742500 | PP.05.25 NEUROMA DE MORTON MEDIANTE NEUROLSIS MICR | I | 5 | II |
| 2 12750100 | PP.06.01 PIE PLANO COMPLEJO DEL ADULTO (TRATAMIENTO SOBRE PARTES BLANDAS+OSTEOTOMIGAS) | A | | |
| 2 12750100 | PP.06.01 PIE PLANO COMPLEJO DEL ADULTO (TRATAMIENT | I | 6 | II |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12750200 | PP.06.02 PIE CAVO DEL ADULTO (TRATAMIENTO SOBRE PARTES BLANDAS + OSTEOTOMIAS) | A | | |
| 2 12750200 | PP.06.02 PIE CAVO DEL ADULTO (TRATAMIENTO SOBRE PA | I | 6 | II |
| 2 12750300 | PP.06.03 RESECCION OSEA EN PANDIAFISITIS | A | | |
| 2 12750300 | PP.06.03 RESECCION OSEA EN PANDIAFISITIS | I | 6 | II |
| 2 12750400 | PP.06.04 ARTRODESIS DE TOBILLO A CIELO ABIERTO. | A | | |
| 2 12750400 | PP.06.04 ARTRODESIS DE TOBILLO A CIELO ABIERTO. | I | 6 | II |
| 2 12750500 | PP.06.05 ARTRODESIS DE PIE-DOS ARTICULACIONES (INCLUYE TOBILLO) | A | | |
| 2 12750500 | PP.06.05 ARTRODESIS DE PIE-DOS ARTICULACIONES (INC | I | 6 | II |
| 2 12750600 | PP.06.06 OSTEOSINTESIS PILON TIBIAL INTRARTICULAR | A | | |
| 2 12750600 | PP.06.06 OSTEOSINTESIS PILON TIBIAL INTRARTICULAR | I | 6 | II |
| 2 12750700 | PP.06.07 OSTEOSINTESIS DIAFISARIAS DE TIBIA, CON O SIN FRACTURA PERONE | A | | |
| 2 12750700 | PP.06.07 OSTEOSINTESIS DIAFISARIAS DE TIBIA, CON O | I | 6 | II |
| 2 12750800 | PP.06.08 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA METATARSALGI | A | | |
| 2 12750800 | PP.06.08 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA METATARSALGI | I | 6 | II |
| 2 12750900 | PP.06.09 RESECCION/CURETAJE TUMOR OSEO CAVITARIO | A | | |
| 2 12750900 | PP.06.09 RESECCION/CURETAJE TUMOR OSEO CAVITARIO | I | 6 | II |
| 2 12751000 | PP.06.10 ARTROPLASTIA PROTESICA DEL HALLUX | A | | |
| 2 12751000 | PP.06.10 ARTROPLASTIA PROTESICA DEL HALLUX | I | 6 | II |
| 2 12751100 | PP.06.11 TRATAMIENTO HALLUX VALGO COMPLEJO (PARTES | A | | |
| 2 12751100 | PP.06.11 TRATAMIENTO HALLUX VALGO COMPLEJO (PARTES | I | 6 | II |
| 2 12751200 | PP.06.12 TRATAMIENTO HALLUX VALGO SIMPLE+ASOCIACIO | A | | |
| 2 12751200 | PP.06.12 TRATAMIENTO HALLUX VALGO SIMPLE+ASOCIACIO | I | 6 | II |
| 2 12751300 | PP.06.13 TRATAMIENTO HALLUX VALGO COMPLETO PERCUTA | A | | |
| 2 12751300 | PP.06.13 TRATAMIENTO HALLUX VALGO COMPLETO PERCUTA | I | 6 | II |
| 2 12751400 | PP.06.14 ARTROSCOPIA SIMPLE DE TOBILLO Y PIE. SINO | A | | |
| 2 12751400 | PP.06.14 ARTROSCOPIA SIMPLE DE TOBILLO Y PIE. SINO | I | 6 | II |
| 2 12751500 | PP.06.15 APUTACION DE RAYO, PIE, INFRAPATELAR Y SU | A | | |
| 2 12751500 | PP.06.15 APUTACION DE RAYO, PIE, INFRAPATELAR Y SU | I | 6 | II |
| 2 12751600 | PP.06.16 PIE BOT SIMPLE (UN SOLO GESTO QUIRURGICO) | A | | |
| 2 12751600 | PP.06.16 PIE BOT SIMPLE (UN SOLO GESTO QUIRURGICO) | I | 6 | II |
| 2 12751700 | PP.06.17 PIE PLANO, PIE CAVO DEL NIÑO. ARTROSIS DE | A | | |
| 2 12751700 | PP.06.17 PIE PLANO, PIE CAVO DEL NIÑO. ARTROSIS DE | I | 6 | II |
| 2 12751800 | PP.06.18 PIE PLANO, PIE CAVO COMPLEJO DEL NIÑO. CO | A | | |
| 2 12751800 | PP.06.18 PIE PLANO, PIE CAVO COMPLEJO DEL NIÑO. CO | I | 6 | II |
| 2 12751900 | PP.06.19 OSTEOSINTESIS BIMALEOLAR, TIBIA Y PERONE | A | | |
| 2 12751900 | PP.06.19 OSTEOSINTESIS BIMALEOLAR, TIBIA Y PERONE | I | 6 | II |
| 2 12752000 | PP.06.20 OSTEOTOMIA PIE O TIBIA | A | | |
| 2 12752000 | PP.06.20 OSTEOTOMIA PIE O TIBIA | I | 6 | II |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12752100 | PP.06.21 OSTEOTOMIA PERCUTANEA DE LOS METATARSIANO | A | | | |
| 2 12752100 | PP.06.21 OSTEOTOMIA PERCUTANEA DE LOS METATARSIANO | I | 6 | II | |
| 2 12752200 | PP.06.22 OSTEOTOMIA PERCUTANEA DE 5 METATARSIANO | A | | | |
| 2 12752200 | PP.06.22 OSTEOTOMIA PERCUTANEA DE 5 METATARSIANO | I | 6 | II | |
| 2 12752300 | PP.06.23 PLASTICA DEL TENDON DE AQUILES (RUPTURA | A | | | |
| 2 12752300 | PP.06.23 PLASTICA DEL TENDON DE AQUILES (RUPTURA | I | 6 | II | |
| 2 12752400 | PP.06.24 AMPUTACION DEL RETROPIE, TOBILLO O INFRAP | A | | | |
| 2 12752400 | PP.06.24 AMPUTACION DEL RETROPIE, TOBILLO O INFRAP | I | 6 | II | |
| 2 12752500 | PP.06.25 TENOSINOVECTOMIA ENDOSCOPICA DEL AQUILES | A | | | |
| 2 12752500 | PP.06.25 TENOSINOVECTOMIA ENDOSCOPICA DEL AQUILES | I | 6 | II | |
| 2 12752600 | PP.06.26 RUPTURA INVETERADA DEL TIBIAL ANTERIOR C | A | | | |
| 2 12752600 | PP.06.26 RUPTURA INVETERADA DEL TIBIAL ANTERIOR C | I | 6 | II | |
| 2 12752700 | PP.06.27 TENOSINOVECTOMIA ENDOSCOPICA DEL AQUILES | A | | | |
| 2 12752700 | PP.06.27 TENOSINOVECTOMIA ENDOSCOPICA DEL AQUILES | I | 6 | II | |
| 2 12752800 | PP.06.28 TRANSFERENCIA/S TENDINOSAS EN PARALISIS O | A | | | |
| 2 12752800 | PP.06.28 TRANSFERENCIA/S TENDINOSAS EN PARALISIS O | I | 6 | II | |
| 2 12752900 | PP.06.29 TRANSFERENCIAS TENDINOSAS O TRANSPLANTES, | A | | | |
| 2 12752900 | PP.06.29 TRANSFERENCIAS TENDINOSAS O TRANSPLANTES, | I | 6 | II | |
| 2 12753000 | PP.06.30 TENDINOPATIA INSERCIONAL DEL AQUILES (CON | A | | | |
| 2 12753000 | PP.06.30 TENDINOPATIA INSERCIONAL DEL AQUILES (CON | I | 6 | II | |
| 2 12753100 | PP.06.31 INJERTO DE TENDONES FLEXORES O EXTENSORES | A | | | |
| 2 12753100 | PP.06.31 INJERTO DE TENDONES FLEXORES O EXTENSORES | I | 6 | II | |
| 2 12753200 | PP.06.32 REPARACION DE LUXACION DE TENDONES PERONE | A | | | |
| 2 12753200 | PP.06.32 REPARACION DE LUXACION DE TENDONES PERONE | I | | | |
| 2 12753300 | PP.06.33 RESECCION DE BARRA TARSAL EN EL ADULTO. | A | | | |
| 2 12753300 | PP.06.33 RESECCION DE BARRA TARSAL EN EL ADULTO. | I | | | |
| 2 12753400 | PP.06.34 TUMOR BENIGNO DE PARTES BLANDAS SUBAPONEU | A | | | |
| 2 12753400 | PP.06.34 TUMOR BENIGNO DE PARTES BLANDAS SUBAPONEU | I | | | |
| 2 12760100 | PP.07.01 FRACTURA EXPUESTA DE PIERNA + OSTEOSINTES | A | | | |
| 2 12760100 | PP.07.01 FRACTURA EXPUESTA DE PIERNA + OSTEOSINTES | I | 7 | III | |
| 2 12760200 | PP.07.02 OSTEOSINTESIS DE CALCANEO (CON O SIN INJE | A | | | |
| 2 12760200 | PP.07.02 OSTEOSINTESIS DE CALCANEO (CON O SIN INJE | I | 7 | III | |
| 2 12760300 | PP.07.03 RESECCION TOTAL OSEA COMO UNICO TRATAMIEN | A | | | |
| 2 12760300 | PP.07.03 RESECCION TOTAL OSEA COMO UNICO TRATAMIEN | I | 7 | III | |
| 2 12760400 | PP.07.04 ALARGAMIENTOS OSEOS | A | | | |
| 2 12760400 | PP.07.04 ALARGAMIENTOS OSEOS | I | 7 | III | |
| 2 12760500 | PP.07.05 ACORTAMIENTOS DE MIEMBRO | A | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12760500 | PP.07.05 ACORTAMIENTOS DE MIEMBRO | I | 7 | III |
| 2 12760600 | PP.07.06 ANTEPIE COMPLETO. TRATAMIENTO DE HALLUX | A | | |
| 2 12760600 | PP.07.06 ANTEPIE COMPLETO. TRATAMIENTO DE HALLUX | I | 7 | III |
| 2 12760700 | PP.07.07 ARTROSCOPIA COMPLEJA DE TOBILLO ARTRODESI | A | | |
| 2 12760700 | PP.07.07 ARTROSCOPIA COMPLEJA DE TOBILLO ARTRODESI | I | 7 | III |
| 2 12760800 | PP.07.08 ARTROPLASTIA ARTICULAR DE TOBILLO O PIE C | A | | |
| 2 12760800 | PP.07.08 ARTROPLASTIA ARTICULAR DE TOBILLO O PIE C | I | 7 | III |
| 2 12760900 | PP.07.09 ARTROPLASTIA DE TOBILLO NO PROTESICA (MOS | A | | |
| 2 12760900 | PP.07.09 ARTROPLASTIA DE TOBILLO NO PROTESICA (MOS | I | 7 | III |
| 2 12761000 | PP.07.10 ARTROPLASTIA PROTESICA DE HALLUX CON OSTE | A | | |
| 2 12761000 | PP.07.10 ARTROPLASTIA PROTESICA DE HALLUX CON OSTE | I | 7 | III |
| 2 12761100 | PP.07.11 ARTROPLASTIA PROTESICA DE DEDOS MENORES | A | | |
| 2 12761100 | PP.07.11 ARTROPLASTIA PROTESICA DE DEDOS MENORES | I | 7 | III |
| 2 12761200 | PP.07.12 ARTRODESIS DE TRES ARTICULACIONES (TRIPLE | A | | |
| 2 12761200 | PP.07.12 ARTRODESIS DE TRES ARTICULACIONES (TRIPLE | I | 7 | III |
| 2 12761300 | PP.07.13 CROSS LEG. INCLUYE INJERTO | A | | |
| 2 12761300 | PP.07.13 CROSS LEG. INCLUYE INJERTO | I | 7 | III |
| 2 12761400 | PP.07.14 PIE PLANO COMPLEJO (TRATAMIENTO SOBRE PA | A | | |
| 2 12761400 | PP.07.14 PIE PLANO COMPLEJO (TRATAMIENTO SOBRE PA | I | 7 | III |
| 2 12761500 | PP.07.15 RESECCION ONCOLOGICA QUE COMPROMETA UN C | A | | |
| 2 12761500 | PP.07.15 RESECCION ONCOLOGICA QUE COMPROMETA UN C | I | 7 | III |
| 2 12761600 | PP.07.16 PSEUDOARTROSIS DE TIBIA | A | | |
| 2 12761600 | PP.07.16 PSEUDOARTROSIS DE TIBIA | I | 7 | III |
| 2 12761700 | PP.07.17 OSTEOTOMIA DE LOS 5 RAYOS DEL PIE | A | | |
| 2 12761700 | PP.07.17 OSTEOTOMIA DE LOS 5 RAYOS DEL PIE | I | 7 | III |
| 2 12761800 | PP.07.18 NEURORRAFIA NERVIOS PERIFERICOS DE TRON- | A | | |
| 2 12761800 | PP.07.18 NEURORRAFIA NERVIOS PERIFERICOS DE TRON- | I | 7 | III |
| 2 12761900 | PP.07.19 INJERTO DE COLATERALES NERVIOSOS EN PIE ( | A | | |
| 2 12761900 | PP.07.19 INJERTO DE COLATERALES NERVIOSOS EN PIE ( | I | 7 | III |
| 2 12770100 | PP.08.01 ARTROPLASTIA PROTESICA DE TOBILLO | I | | |
| 2 12770200 | PP.08.02 ARTRODESIS PANASTRAGALINA CON OSTEOSINTES | I | 8 | IV |
| 2 12770300 | PP.08.03 PIE BOT (EQUIPO VARO SUPINADO-CONVEXO CON | I | 8 | IV |
| | | | 8 | IV |
| 2 12770400 | PP.08.04 PIE PLANO COMPLEJO (TRATAMIENTO SOBRE PAR | A | | |
| 2 12770400 | PP.08.04 PIE PLANO COMPLEJO (TRATAMIENTO SOBRE PAR | I | 8 | IV |
| 2 12770500 | PP.08.05 COLGAJOS PEDICULADOS EN ISLA, INCLUYE INJ | I | | |
| 2 12770600 | PP.08.10 TRATAMIENTO DE TUMORES MALIGNOS O BENIGNO | I | 8 | IV |
| | | | 8 | IV |
| 2 12770700 | PP.08.11 TUMOR BENIGNO DE PARTES BLANDAS SUBAPONEU | A | | |
| 2 12770700 | PP.08.11 TUMOR BENIGNO DE PARTES BLANDAS SUBAPONEU | I | 8 | IV |
| 2 12780100 | PP.09.01 REVISION ARTROPLASTIA PROTESICA | I | | |
| 2 12780200 | PP.09.02 RESECCION TUMORAL OSEA SEGMENTARIA Y SU | I | 9 | IV |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 12780300 | PP.09.03 COLGAJOS LIBRES VASCULARIZADOS (CON O SIN | I | 9 | IV |
| 2 | 12780400 | PP.09.04 REIMPLANTE DEL HALLUX | I | 9 | IV |
| 2 | 12780500 | PP.09.05 ARTROPLASTIA PROTESICA DE TOBILLO CON OST | I | 9 | IV |
| 2 | 12780600 | PP.09.06 RESECCIONES INTRALEDIONALES (CURETAJE) DE | I | 9 | IV |
| 2 | 12800100 | PC.01.01 ARTROCENTESIS / INFILTRACIONES | A | 9 | IV |
| 2 | 12800100 | PC.01.01 ARTROCENTESIS / INFILTRACIONES | I | | |
| 2 | 12800200 | PC.01.02 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICO | A | | |
| 2 | 12800200 | PC.01.02 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICO | I | | |
| 2 | 12810100 | PC.02.01 REDUCCION FRACTURAS DE PELVIS O FEMUR.INC | A | | |
| 2 | 12810100 | PC.02.01 REDUCCION FRACTURAS DE PELVIS O FEMUR.INC | I | | |
| 2 | 12810200 | PC.02.02 TRACCIONES ESQUELETICAS | A | | |
| 2 | 12810200 | PC.02.02 TRACCIONES ESQUELETICAS | I | | |
| 2 | 12810300 | PC.02.03 TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD CON INFILT | A | | |
| 2 | 12810300 | PC.02.03 TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD CON INFILT | I | | |
| 2 | 12820100 | PC.03.01 REDUCCION LUXACION DE RTC O RPC BAJO ANES | A | | |
| 2 | 12820100 | PC.03.01 REDUCCION LUXACION DE RTC O RPC BAJO ANES | I | 3 | I |
| 2 | 12820200 | PC.03.02 RESECCION TUMORES PARTES BLANDAS EXTRA AP | A | | |
| 2 | 12820200 | PC.03.02 RESECCION TUMORES PARTES BLANDAS EXTRA AP | I | 3 | I |
| 2 | 12820300 | PC.03.03 MIORRAFIAS | A | | |
| 2 | 12820300 | PC.03.03 MIORRAFIAS | I | 3 | I |
| 2 | 12820400 | PC.03.04 FACIOTOMIAS | A | | |
| 2 | 12820400 | PC.03.04 FACIOTOMIAS | I | | |
| 2 | 12820500 | PC.03.05 TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD CON INFILT | A | | |
| 2 | 12820500 | PC.03.05 TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD CON INFILT | I | 3 | I |
| 2 | 12820600 | PC.03.06 PUNCION BIOPSIA | A | | |
| 2 | 12820600 | PC.03.06 PUNCION BIOPSIA | I | 3 | I |
| 2 | 12830100 | PC.04.01 TRATAMIENTO INCRUENTO DE LA LUXACION. CON | A | | |
| 2 | 12830100 | PC.04.01 TRATAMIENTO INCRUENTO DE LA LUXACION. CON | I | 4 | I |
| 2 | 12830200 | PC.04.02 EXTRACCION MATERIAL DE OSTEOSINTESIS | A | | |
| 2 | 12830200 | PC.04.02 EXTRACCION MATERIAL DE OSTEOSINTESIS | I | 4 | I |
| 2 | 12830300 | PC.04.03 EXTRACCION TUMOR PARTES BLANDAS SUBAPONEU | A | | |
| 2 | 12830300 | PC.04.03 EXTRACCION TUMOR PARTES BLANDAS SUBAPONEU | I | 4 | I |
| 2 | 12830400 | PC.04.04 ARTROTOMIA DE CADERA | A | | |
| 2 | 12830400 | PC.04.04 ARTROTOMIA DE CADERA | I | 4 | I |
| 2 | 12830500 | PC.04.05 TRATAMIENTO DE LA FRACTURA EXPUESTA, SIN | A | | |
| 2 | 12830500 | PC.04.05 TRATAMIENTO DE LA FRACTURA EXPUESTA, SIN | I | 4 | I |
| 2 | 12830600 | PC.04.06 BIOPSIA A CIELO ABIERTO | A | | |
| 2 | 12830600 | PC.04.06 BIOPSIA A CIELO ABIERTO | I | 4 | I |
| 2 | 12840100 | PC.05.01 TRATAMIENTO DEL FOCO OSTEOMIELITICO: SECU | A | | |
| 2 | 12840100 | PC.05.01 TRATAMIENTO DEL FOCO OSTEOMIELITICO: SECU | I | 5 | II |
| 2 | 12840200 | PC.05.02 TRATAMIENTO QUIRURGICO RAMAS DEL PLEXO LU | A | | |
| 2 | 12840200 | PC.05.02 TRATAMIENTO QUIRURGICO RAMAS DEL PLEXO LU | I | 5 | II |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12840300 | PC.05.03 SINOVECTOMIA DE CADERA | A | | |
| 2 12840300 | PC.05.03 SINOVECTOMIA DE CADERA | I | 5 | II |
| 2 12840400 | PC.05.04 TOILLETE RTC INFECTADO SIN RETIRO DE PROT | A | | |
| 2 12840400 | PC.05.04 TOILLETE RTC INFECTADO SIN RETIRO DE PROT | I | 5 | II |
| 2 12840500 | PC.05.05 FORAGE DE CADENA SIMPLE | A | | |
| 2 12840500 | PC.05.05 FORAGE DE CADENA SIMPLE | I | 5 | II |
| 2 12840600 | PC.05.06 CRUDRICEPLASTIA | A | | |
| 2 12840600 | PC.05.06 CRUDRICEPLASTIA | I | 5 | II |
| 2 12840700 | PC.05.07 REDUCCION ABIERTO DE LUXACION IRREDUCTIBL | A | | |
| 2 12840700 | PC.05.07 REDUCCION ABIERTO DE LUXACION IRREDUCTIBL | I | 5 | II |
| 2 12840800 | PC.05.08 RESECCION DE UN TUMOR OSEO BENIGNO | A | | |
| 2 12840800 | PC.05.08 RESECCION DE UN TUMOR OSEO BENIGNO | I | 5 | II |
| 2 12850100 | PC.06.01 OSTEOSINTESIS DE FEMUR (EXCEPTO CADERA). | A | | |
| 2 12850100 | PC.06.01 OSTEOSINTESIS DE FEMUR (EXCEPTO CADERA). | I | 6 | II |
| 2 12850200 | PC.06.02 OSTEOSINTESIS ALA ILIACA O RAMA PUBIANA. | A | | |
| 2 12850200 | PC.06.02 OSTEOSINTESIS ALA ILIACA O RAMA PUBIANA. | I | 6 | II |
| 2 12850300 | PC.06.03 ARTROLISIS DE CADERA QUEILECTOMIA. | A | | |
| 2 12850300 | PC.06.03 ARTROLISIS DE CADERA QUEILECTOMIA. | I | 6 | II |
| 2 12850400 | PC.06.04 FORAGE DE CADERA SIMPLE+INJERTO OSEO AUTO | A | | |
| 2 12850400 | PC.06.04 FORAGE DE CADERA SIMPLE+INJERTO OSEO AUTO | I | 6 | II |
| 2 12850500 | PC.06.05 AMPUTACION SUPRAPATELAR. | A | | |
| 2 12850500 | PC.06.05 AMPUTACION SUPRAPATELAR. | I | 6 | II |
| 2 12850600 | PC.06.06 RESECCION DE TUMOR CAVITARIO CON RELLENO | A | | |
| 2 12850600 | PC.06.06 RESECCION DE TUMOR CAVITARIO CON RELLENO | I | 6 | II |
| 2 12860100 | PC.07.01 OSTEOSINTESIS DE CADERA O SUPRA/INTERCON | A | | |
| 2 12860100 | PC.07.01 OSTEOSINTESIS DE CADERA O SUPRA/INTERCON | I | 7 | III |
| 2 12860200 | PC.07.02 OSTEOSINTESIS LUXOFRACTURAS DE PELVIS EX- | A | | |
| 2 12860200 | PC.07.02 OSTEOSINTESIS LUXOFRACTURAS DE PELVIS EX- | I | 7 | III |
| 2 12860300 | PC.07.03 OSTEOTOMIA DE CADERA O FEMUR DISTAL (SUPR | A | | |
| 2 12860300 | PC.07.03 OSTEOTOMIA DE CADERA O FEMUR DISTAL (SUPR | I | 7 | III |
| 2 12860400 | PC.07.04 PSEUDOARTROSIS PELVIS O FEMUR. | A | | |
| 2 12860400 | PC.07.04 PSEUDOARTROSIS PELVIS O FEMUR. | I | 7 | III |
| 2 12860500 | PC.07.05 ALARGAMIENTOS OSEOS. | A | | |
| 2 12860500 | PC.07.05 ALARGAMIENTOS OSEOS. | I | 7 | III |
| 2 12860600 | PC.07.06 EPIFISIOLISIS DE LA CADERA. TRATAMIENTO Q | A | | |
| 2 12860600 | PC.07.06 EPIFISIOLISIS DE LA CADERA. TRATAMIENTO Q | I | 7 | III |
| 2 12860700 | PC.07.07 INJERTO NERVIOSO DE RAMAS TERMINALES DEL | A | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12860700 | PC.07.07 INJERTO NERVIOSO DE RAMAS TERMINALES DEL | I | 7 | III |
| 2 12860800 | PC.07.08 EXTRACCION PROTESIS DE CADERA. GIRLESTONE | A | | |
| 2 12860800 | PC.07.08 EXTRACCION PROTESIS DE CADERA. GIRLESTONE | I | 7 | III |
| 2 12860900 | PC.07.09 REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA. | A | | |
| 2 12860900 | PC.07.09 REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA. | I | 7 | III |
| 2 12861000 | PC.07.10 ARTROSCOPIA TERAPEUTICA DE CADERA. | A | | |
| 2 12861000 | PC.07.10 ARTROSCOPIA TERAPEUTICA DE CADERA. | I | 7 | III |
| 2 12861100 | PC.07.11 RESECCION ONCOLOGICA DE TUMOR QUE COMPROM | A | | |
| 2 12861100 | PC.07.11 RESECCION ONCOLOGICA DE TUMOR QUE COMPROM | I | 7 | III |
| 2 12870100 | PC.08.01 OSTEOSINTESIS MACIZO ACETABULAR POR UNICA | I | 8 | IV |
| 2 12870200 | PC.08.02 FRACTURA PERIPROTESICA DE CADERA, SIN REC | I | 7 | III |
| 2 12870300 | PC.08.03 LUXACION NEUROLOGICA DE LA CADERA. TRATAM | I | 7 | III |
| 2 12870400 | PC.08.04 ARTRODESIS DE CADERA. | I | 7 | III |
| 2 12870500 | PC.08.05 DESARTICULACION | I | 7 | III |
| 2 12870600 | PC.08.06 OSTEOTOMIAS DE PELVIS | I | 7 | III |
| 2 12870700 | PC.08.07 ARTROSPLASTIA TOTAL DE CADERA | I | 7 | III |
| 2 12870800 | PC.08.08 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LUXACION CON | I | 7 | III |
| 2 12870900 | PC.08.09 EPIFISIOLISIS DE LA CADERA DEL ADOLESCENT | I | 8 | IV |
| 2 12880100 | PC.09.01 REVISION PROTESICA EN | I | 9 | IV |
| 2 12880200 | PC.09.02 FRACTURA PERIOPROTESI | I | 9 | IV |
| 2 12880300 | PC.09.03 1ER. TIEMPO DE RECONV | I | 9 | IV |
| 2 12880400 | PC.09.04 2DO. TIEMPO DE RECONV | I | 9 | IV |
| 2 12880500 | PC.09.05 RTC PRIMARIO EN DISPL | I | 9 | IV |
| 2 12880600 | PC.09.06 2DO. TIEMPO DE RECONV | I | 9 | IV |
| 2 12880700 | PC.09.07 RTC NO CONVENCIONAL, | I | 9 | IV |
| 2 12880800 | PC.09.08 ARTOPLASTIA DE CADERA | I | 9 | IV |
| 2 12900100 | CO.01.01 COLLAR DE YESO. | A | | |
| 2 12900100 | CO.01.01 COLLAR DE YESO. | I | | |
| 2 12900200 | CO.01.02 INFILTRACIONES. | A | | |
| 2 12900200 | CO.01.02 INFILTRACIONES. | I | | |
| 2 12900300 | CO.01.03 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICO. | A | | |
| 2 12900300 | CO.01.03 SUTURA DE HERIDA SIMPLE, NO QUIRURGICO. | I | | |
| 2 12910100 | CO.02.01 MINERVA DE YESO | A | | |
| 2 12910100 | CO.02.01 MINERVA DE YESO | I | | |
| 2 12910200 | CO.02.02 CORSET DE YESO. CORSET DE RISSER. | A | | |
| 2 12910200 | CO.02.02 CORSET DE YESO. CORSET DE RISSER. | I | | |
| 2 12910300 | CO.02.03 TRACCION CEFALICA. | A | | |
| 2 12910300 | CO.02.03 TRACCION CEFALICA. | I | | |
| 2 12910400 | CO.02.04 INFILTRACION FACETARIA Y/O SACROILIACA G | A | | |
| 2 12910400 | CO.02.04 INFILTRACION FACETARIA Y/O SACROILIACA G | I | | |
| 2 12910500 | CO.02.05 DRENAJE Y TOILETTE DE ABCESO SUPERFICIAL | A | | |
| 2 12910500 | CO.02.05 DRENAJE Y TOILETTE DE ABCESO SUPERFICIAL | I | | |
| 2 12920100 | CO.03.01 TRACCION CARNEO-PELVIANA O CRANEO-FEMORAL | I | 3 | I |
| 2 12920100 | CO.03.01 TRACCION CARNEO-PELVIANA O CRANEO-FEMORAL | A | | |
| 2 12920200 | CO.03.02 HALLO-CHALECO. HALO SILLA | I | 3 | I |
| 2 12920200 | CO.03.02 HALLO-CHALECO. HALO SILLA | A | | |
| 2 12920300 | CO.03.03 PUNCION BIOPSIA. | I | 3 | I |
| 2 12920300 | CO.03.03 PUNCION BIOPSIA. | A | | |
| 2 12920400 | CO.03.04 BLOQUEO ANALGESICO PERIDURAL Y/O FORAMIN- | I | 3 | I |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 12920400 | CO.03.04 BLOQUEO ANALGESICO PERIDURAL Y/O FORAMIN- | A | | |
| 2 12920500 | CO.03.05 TRATAMIENTO CON RADIO FRECUENCIA. | I | 3 | I |
| 2 12920500 | CO.03.05 TRATAMIENTO CON RADIO FRECUENCIA. | A | | |
| 2 12930100 | CO.04.01 BIOPSIAS A CIELO ABIERTO. | I | 4 | I |
| 2 12930100 | CO.04.01 BIOPSIAS A CIELO ABIERTO. | A | | |
| 2 12940100 | CO.05.01 RESECCIONES PARCIALES OSEAS COMO UNICO TR | A | | |
| 2 12940100 | CO.05.01 RESECCIONES PARCIALES OSEAS COMO UNICO TR | I | 5 | II |
| 2 12940200 | CO.05.02 EXTRACCION MATRIAL DE OSTEOSINTESIS CORRE | I | 5 | II |
| 2 12940200 | CO.05.02 EXTRACCION MATRIAL DE OSTEOSINTESIS CORRE | A | | |
| 2 12940300 | CO.05.03 TOILLETE QUIRURGICA EN INFECCIONES, SIN | I | 5 | II |
| 2 12940300 | CO.05.03 TOILLETE QUIRURGICA EN INFECCIONES, SIN | A | | |
| 2 12950100 | CO.06.01 RETIRO DE MATERIAL OSTEOSINTESIS CORRESPO | I | 6 | III |
| 2 12950100 | CO.06.01 RETIRO DE MATERIAL OSTEOSINTESIS CORRESPO | A | | |
| 2 12950200 | CO.06.02 TOILLETE QUIRURGICA EN INFECCIONES CON RETIRO DE MATERIAL OSTEOSINTESIS | I | 6 | III |
| 2 12950200 | CO.06.02 TOILLETE QUIRURGICA EN INFECCIONES CON RETIRO DE MATERIAL OSTEOSINTESIS | A | | |
| 2 12960100 | CO.07.01 DISECTOMIA LUMBAR SIMPLE POR VIA POSTERIO | I | 7 | III |
| 2 12960100 | CO.07.01 DISECTOMIA LUMBAR SIMPLE POR VIA POSTERIO | A | | |
| 2 12960200 | CO.07.02 CANAL ESTRECHO SIMPLE. LIBERACION SACUDUR | I | 7 | III |
| 2 12960200 | CO.07.02 CANAL ESTRECHO SIMPLE. LIBERACION SACUDUR | A | | |
| 2 12960300 | CO.07.03 EPONDILOSIS. ESPONDILOLISTESIS LUMBOSACRA | I | 7 | III |
| 2 12960300 | CO.07.03 EPONDILOSIS. ESPONDILOLISTESIS LUMBOSACRA | A | | |
| 2 12960400 | CO.07.04 ARTRODESIS SIMPLE DE COLUMNA CERVICAL POR | I | 7 | III |
| 2 12960400 | CO.07.04 ARTRODESIS SIMPLE DE COLUMNA CERVICAL POR | A | | |
| 2 12960500 | CO.07.05 VERTEBROPLASTIA Y COSTOPLASTIA. LAMINOPLA | I | 7 | III |
| 2 12960500 | CO.07.05 VERTEBROPLASTIA Y COSTOPLASTIA. LAMINOPLA | A | | |
| 2 12970100 | CO.08.01 DISECTOMIA LUMBAR + ARTRODESIS CON INSTRU | I | 8 | IV |
| 2 12970200 | CO.08.02 ESPONDILOLISTESIS ESPONDELOLISTESIS, ARTR | I | 8 | IV |
| 2 12970300 | CO.08.03 CANAL ESTRECHO DEGENERATIVO, LIBERACION | I | 8 | IV |
| 2 12970400 | CO.08.04 INESTABILIDAD POSTRAUMATICAS Y FRACTURAS | I | 8 | IV |
| 2 12970500 | CO.08.05 DISECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR. CON | I | 8 | IV |
| 2 12970600 | CO.08.06 PSEUDOARTROSIS A CUALQUIER NIVEL, SIN RET | I | 8 | IV |
| 2 12970700 | CO.08.07 DISECTOMIA CERVICAL-DORSAL POR ABORDAJES | I | 8 | IV |
| 2 12970800 | CO.08.08 ARTRODESIS SIMPLE DE COLUMNA DORSAL POR | I | 8 | IV |
| 2 12970900 | CO.08.09 CANAL ESTRECHO CERVICAL: LIBERACION MEDUL | I | 8 | IV |
| 2 12971000 | CO.08.10 ARTRODESIS CIRCUNFERENCIAL DE 306, POR PO | I | 8 | IV |
| 2 12980100 | CO.09.01 CANAL ESTRECHO LUMBAR DEGENERATIVO | I | 9 | IV |
| 2 12980200 | CO.09.02 ESPONDILOLISIS, ESPONDILOLISTESIS LUMBAR | I | 9 | IV |
| 2 12980300 | CO.09.03 DISECTOMIA CERVICAL/DORSAL | I | 9 | IV |
| 2 12980400 | CO.09.04 DISECTOMIA LUMBAR/DORSAL ENDOSCOPICA VIDE | I | 9 | IV |
| 2 12980500 | CO.09.05 LAMINOPLASTIA CERVICAL, CON O SIN INSTRUM | I | 9 | IV |
| 2 12980600 | CO.09.06 ARTRODESIS CERVICAL ANTERIOR CON INSTRUME | I | 9 | IV |
| 2 12980700 | CO.09.07 TORACOSCOPIA: ARTRODESIS. | I | 9 | IV |
| 2 12980800 | CO.09.08 LUXOFRACTURAS CERVICALES, DORSALES Y LUMB | I | 9 | IV |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 12980900 | CO.09.09 FRACTURAS CERVICALES, DORSALES Y LUMBARES | I | 9 | IV |
| 2 | 12981000 | CO.09.10 ARTRODESIS LUMBAR ANTERIOR CON Y SIN INST | I | 9 | IV |
| 2 | 12981100 | CO.09.11 ARTRODESIS 360 EN 1 O MAS NIVELES POR VIA | I | 9 | IV |
| 2 | 12981200 | CO.09.12 ARTRODESIS INSTRUMENTADA DE COLUMNA DORSA | I | 9 | IV |
| 2 | 12981300 | CO.09.13 CANAL ESTRECHO CERVICAL: LIBERACION MEDUL | I | 9 | IV |
| 2 | 12981400 | CO.09.14 ARTRODESIS LUMBAR ANTERIOR-DISECTOMIA HAS | I | 9 | IV |
| 2 | 12981500 | CO.09.15 ARTRODESIS CIRCUNFERENCIAL DE 306 | I | 9 | IV |
| 2 | 12981600 | CO.09.16 REEMPLAZO DISCAL PROTESICO. | I | 9 | IV |
| 2 | 12981700 | CO.09.17 ARTROPLASTIA DISTAL. | I | 9 | IV |
| | | **OPERACIONES EN LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO** | | | |
| 2 | 13010100 | ESCISION DE QUISTE DERMOIDEO SACRO COCCIGEO SIMPLE | A | | |
| 2 | 13010100 | ESCISION DE QUISTE DERMOIDEO SACRO COCCIGEO SIMPLE | I | | |
| 2 | 13010200 | ESCICION AMPLIA DE LESION O TUMOR MALIGNO DE PIEL | I | 3 | I |
| 2 | 13010200 | ESCICION AMPLIA DE LESION O TUMOR MALIGNO DE PIEL | A | | |
| 2 | 13010300 | ESCISION RADICAL DE ANGIOMA CAVERNOSO MAYOR DE 5 C | A | | |
| 2 | 13010300 | ESCISION RADICAL DE ANGIOMA CAVERNOSO MAYOR DE 5 C | I | 3 | I |
| 2 | 13010400 | ESCISION LOCAL DE LESION DE PIEL O GLANDULA CICATI | A | | |
| 2 | 13010400 | ESCISION LOCAL DE LESION DE PIEL O GLANDULA CICATI | I | | |
| 2 | 13010500 | INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO SUPERFICIAL, HIDROSAD | A | | |
| | | La anestesia se utilizara para casos especiales debidamente justificados (niños, adultos con discapacidad tipo Síndrome de Down, zonas corporales muy sensibles como rostro, genitales, axila o cuello por ejemplo), para el común de los casos es posible hacerlo con anestesia local. | | | |
| 2 | 13010500 | INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO SUPERFICIAL,HIDROSAD | I | 1 | 1 |
| 2 | 13010600 | DESTRUCCION DE LESION DE PIEL (VERRUGA,QUERATOSIS SENIL, FIROMA, ETC) POR ELECTROCOAGULACION O SUST. QUIMICA | A | | |
| 2 | 13010600 | DESTRUCCION DE LESION DE PIEL (VERRUGA,QUERATOSIS SENIL, FIROMA, ETC) POR ELECTROCOAGULACION O SUST. QUIMICA | I | | |
| 2 | 13010700 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL | A | | |
| 2 | 13010700 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL | I | | |
| 2 | 13010800 | BIOPSIA DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y/O MUSCULAR | A | | |
| 2 | 13010800 | BIOPSIA DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y/O | I | | |
| 2 | 13010900 | UNGUECTOMIA SIMPLE | A | | |
| 2 | 13010900 | UNGUECTOMIA SIMPLE | I | | |
| 2 | 13011000 | SUTURA DE HERIDA DE PIEL Y CELULAR SUBCUTANEO | A | | |
| 2 | 13011000 | SUTURA DE HERIDA DE PIEL Y CELULAR SUBCUTANEO | I | | |
| 2 | 13011200 | ESCISION DE TUMOR BENIGNO DE TEJIDO CELULAR SUBCUT | A | | |
| 2 | 13011200 | ESCISION DE TUMOR BENIGNO DE TEJIDO CELULAR SUBCUT | I | | |
| 2 | 13011300 | ESCISION DE LIPOMA GIGANTE O LIPOMA PROFUNDO SUBAP | A | | |
| 2 | 13011300 | ESCISION DE LIPOMA GIGANTE O LIPOMA PROFUNDO SUBAP | I | 3 | I |
| 2 | 13011400 | INCISION Y DRENAJE ABSCESO PROFUNDO SUBAPONEUROTIC | A | | |
| 2 | 13011400 | INCISION Y DRENAJE ABSCESO PROFUNDO SUBAPONEUROTIC | I | 2 | I |
| 2 | 13011500 | "IMPLANTACION DE ""PELLETS"" EN TEJIDO SUBCUTANEO" | A | | |
| 2 | 13011500 | "IMPLANTACION DE ""PELLETS"" EN TEJIDO SUBCUTANEO" | I | | |
| 2 | 13011600 | SUTURA DE HERIDA DE PIEL Y CELULAR SUBCUTANEO MAYOR DE 10 CM., O DE 5 CM. EN CARA, CON O SIN CIERRE PLÁSTICO POR COLGAJO | A | | |
| 2 | 13011600 | SUTURA DE HERIDA DE PIEL Y CELULAR SUBCUTANEO MAYOR DE 10 CM., O DE 5 CM. EN CARA, CON O SIN CIERRE PLÁSTICO POR COLGAJO | I | | |
| 2 | 13011800 | CIRUGÍA DE MOHS | A | | |
| | | **1302 - OPERACIONES DE CIRUGIA PLASTICA Y REAPRADORA** | A | | |
| 2 | 13020100 | INJERTO LIBRE GRASA, DERMIGRASA O PIEL TOTAL | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 13020100 | INJERTO LIBRE GRASA, DERMIGRASA O PIEL TOTAL | | I | | |
| 2 13020200 | PREPARACION DE COLGAJO TUBULADO, EN UNO O DOS TIE | | I | | |
| 2 13020300 | ADELGAZAMIENTO DE PIEL Y TRANSPLANTE DE GRASA. | | I | | |
| 2 13020400 | CIERRE PLASTICO DE HERIDA POR COLGAJO | | A | | |
| 2 13020400 | CIERRE PLASTICO DE HERIDA POR COLGAJO | | I | 3 | I |
| 2 13020500 | TRANSPORTE DE COLGAJO TUBULADO (POR TIEMPO OPERATO | | I | | |
| 2 13020600 | CORRECCION POR ZETAPLASTIA (SOLO CON AUTORIZACION | | A | | |
| 2 13020600 | CORRECCION POR ZETAPLASTIA (SOLO CON AUTORIZACION | | I | 3 | I |
| 2 13020700 | TOMA Y COLOCACION DE INJERTO DE PIEL POR AREA | | A | | |
| 2 13020700 | TOMA Y COLOCACION DE INJERTO DE PIEL POR AREA | | I | | |
| 2 13020800 | "INJERTO ""PINCH"" POR SESION OPERATORIA" | | A | | |
| 2 13020800 | "INJERTO ""PINCH"" POR SESION OPERATORIA" | | I | | |
| 2 13020900 | DIFERIDO DE COLGAJO. SEPARACION DEL PEDICULO. (UNI | | A | | |
| 2 13020900 | DIFERIDO DE COLGAJO. SEPARACION DEL PEDICULO. (UNI | | I | | |
| 2 13021000 | PREPARACION DEL COLGAJO Y CIERRE PLASTICO POR ROT | | A | | |
| 2 13021000 | PREPARACION DEL COLGAJO Y CIERRE PLASTICO POR ROT | | I | | |
| 2 13021100 | COLGAJOS MIOCUTANEOS | | A | | |
| 2 13021100 | COLGAJOS MIOCUTANEOS | | I | 4 | I |
| 2 13021200 | COLGAJOS LIBRES CON MICROCIRUG | | A | | |
| 2 13021200 | COLGAJOS LIBRES CON MICROCIRUG | | I | 5 | III |
| 2 13021300 | ESCAROTOMIA (INCISIONES DESCOMPRESIVAS) ESCARECTOMIA SIMPLE | | A | | |
| 2 13021300 | ESCAROTOMIA (INCISIONES DESCOMPRESIVAS) ESCARECTOMIA SIMPLE | | I | 4 | I |
| 2 13030200 | ATENC. DE PACIENTE C/QUEMADURAS DE 2 Y 3 GRADO(+ 5 | | A | | |
| 2 13030200 | ATENC. DE PACIENTE C/QUEMADURAS DE 2 Y 3 GRADO(+ 5 | | I | | |
| 2 13100100 | GASTOS PARA PRACTICAS DE OPERACIONES EN PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO INVASIVAS Y NO INVASIVAS EN AMBIENTE NO QUIRURGICOS | GASTO IMPORTE FIJO | A | | |

Los gastos por los insumos descartables necesarios para la realizacion del procedimiento (sutura, mononylon, guantes, agujas, jeringas, solución esteril, gasas,vendas, bisturí, punch biopsia de piel) anestesicos locales, antisépticos, entre otros. Excluye: Honorarios profesionales Este item se transaccionará conjuntamente con la practica que da origen a la intervención. Excluye: Honorarios profesionales Este item se transaccionará conjuntamente con la practica que da origen a la intervención. Se transacción con practica que este detallada en el listado:(- practicas de operaciones de piel y tejido subcutaneo.

**ALERGIA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 14010100 | TESTIFICACION TOTAL<br>Incluye: testificacion, el material de antigenos (panel de antigenos) o vacunas y el material descartable. INDICACIONES: Cuadros crónicosy/o de marcada severidad, asmaticos rinoconjuntivitis alergicas, dermatitis atopicas, urticarias, alergias alimentarias | | A | | |
| 2 14010300 | TESTIFICACION POR DROGA | | A | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Incluye: activacion seriada, a concentraciones variables y progresivas por via intradermica, subcutanea y endovenosa Excluye: droga. Indicaciones: test de alergia la iodo, antibioticos, analgesicos, antiinflamatorios, colorantes de uso medicinal, drogas oncologicas | | |
| 2 14010300 | TESTIFICACION POR DROGA | | I |
| 2 14010400 | TEST DESENSIBILIZACION<br>Incluye: material descartable para realizar diluciones. Excluye: droga. Indicaciones: pacientes con anafilaxis previa a la droga, donde no es posible alternativas de tratamiento para la patologia que presenta el paciente. | | A |
| 2 14010400 | TEST DESENSIBILIZACION | | I |

**ANATOMIA PATOLOGICA**

**Rama de la medicina que estudia la naturaleza esencial de las enfermedades, especialmente de los cambios estructurales y funcionales de los tejidos u organos de la economiaque causan enfermedad o son determinadas por ellas.**

*** No sumar consulta a las practicas de anatomia patologica**

**Incluye: tacos, cortes, inclusiones, coloraciones. Antisepticos, gasa, algodón, tela adhesiva, porta objetos, cubre objetos, balsamo de canada, parafina, formol, anilina, alcoholes y todo lo necesario para realizar estaspracticas**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 15010100 | BIOPSIA POR INCISION O PUNCION<br>Biopsia gastrica: se considerara el cod 15010100 x1 para Antro gastrico y para Fundus gastrico, independientemente del numero de muestras<br>Biopsia de piel; tomas multiples, se reconocera como maximo 15010100x3. (alcance hasta 2cm) - -si supera el losangue los 2 cm. Se reconocera el 15010200x1<br>Limites de reseccion oncologica, se reconocera el 15010500x1<br>Reseccion Endoscopica prostatica, Punciones prostaticas, Puncion -transrectal cilindros de uno-dos cm. Se reconocera el 15010500x1, por cada una de las regiones anatomicas.<br>Puncion hepatica: cilindros de uno-dos cm. Se consideraran muestras por lobulo heaptico, si son del mismo lobulo 15010500x1, si son de distintos lobulos hepaticos 15010500x1, por cada region anatomica, independientemente del numero de muestras.<br>Puncion de Tiroide: se reconocera cada dos vidrios (extendidos en portaobjetos), el codigo 15010600x1. Pudiendo reconoceerse hasta 150106x3 como maximo<br>Polipos de vejiga: Reseccion Endoscopica 15010200x1 polipos multiples 15010500x1 | ANATOMIA PATOLOGICA | I / A |
| 2 15010200 | ESTUDIO MACRO/MICROSCOPICO DE PIEZA OPERAT. SIMPLE<br>Vesicula biliar, estomago,etc. Los cortes que fueran necesarios<br>Consideraciones especiales: Feto y placenta antes del 5to mes, se reconocera el codigo 15010200x2 | ANATOMIA PATOLOGICA | I / A |
| 2 15010300 | ESTUDIO MACRO/MICROSCOPICO DE PIEZA DE RESECCION ONCOLOGICA AMPLIADA, ORGANO Y SUS GANGLIOS REGIONALES. Los cortes que fueran necesarios<br>Ganglios regionales margenes quirurgicas y eventualmente organo resecado por invasion directa. 150100300x1 . De requerirse el estudio de un organo alejado por sospecha de invasion, codigo 15010200x1<br>Si se solicitara un estudio anatomopatologico de un miembro amputado superior o inferior, se reconocera el codigo 15010300x1 | ANATOMIA PATOLOGICA | I / A |
| 2 15010400 | BIOPSIA POR CONGELACION Y ESTUDIO DIFERENCIADO DEL CORTE<br>Se reconocera el cod 15010400 por cada organo biopsiado, independientemente del numero de biopsias tomadas en el acto quirurgico (se decide conducta quirurgica) | ANATOMIA PATOLOGICA | I / A |
| 2 15010500 | ESTUDIO BIOPSICO SERIADO Y SEMISERIADO<br>Este codigo se reconocera en los siguientes casos:<br>Biopsia de Piel - limites de reseccion oncologica 15010500x1<br>Reseccion Endoscopica prostatica, Punciones prostaticas, Puncion -transrectal cilindros de uno-dos cm. Se reconocera el 15010500x1, por cada una de las regiones anatomicas. | ANATOMIA PATOLOGICA | I / A |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Puncion hepatica: cilindros de uno-dos cm. Se consideraran muestras por lobulo heaptico, si son del mismo lobulo 15010500x1, si son de distintos lobulos hepaticos 15010500x1, por cada region anatomica, independientemente del numero de muestras. | | | | |
| | | Polipos multiples de vejiga: 15010500x1. Por cada uno | | | | |
| | | Cono de cuello uterino. 15010500x1 | | | | |
| | | Polipos en general; 15010500x1 (ganglios, colonicos, faringeos, etc) Por cada uno | | | | |
| 2 | 15010600 | COLPOCITOLOGIA (PAP) | ANATOMIA PATOLOGICA | | I / A | |
| 2 | 15010700 | CITOLOGIA EXFOLIATIVA HORMONAL (C/4 EXTENDIDOS) | ANATOMIA PATOLOGICA | | I / A | |
| | | Se consederara en el caso de requerirse colpocitologia hormonal seriada, comprende 4 tomas y consecuentemente 4 extendidos en distintos momentos del ciclo menstrual | | | | |
| 2 | 15010800 | NECROPSIA DE NEONATO O LACTANTE | ANATOMIA PATOLOGICA | | I / A | |
| 2 | 15010900 | NECROPSIA DE JOVEN O ADULTO | ANATOMIA PATOLOGICA | | I / A | |
| 2 | 15011000 | CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA BRONQUIAL 3 MUEST | ANATOMIA PATOLOGICA | | I / A | |
| | | Por 3 muestras es el codigo 15011000x1 | | | | |
| 2 | 15011100 | CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA DE LIQUIDOS, LAVADOS, TRASUDADOS. ORINAS, ETC | ANATOMIA PATOLOGICA | | I / A | |
| | | Se reconocera el cod 15011100x1. En los seraidos de orina se reconocera el cod 15011100x1 por tres muestras seriadas. | | | | |
| 2 | 15011300 | DETERMINACION DE RECEPTORES HORMONALES | ANATOMIA PATOLOGICA | | A | |
| | | Estrogenos y progesterona 15011300x1, para cada uno | | | | |
| 2 | 15011501 | INMUNOHISTOQUIMICA (HASTA 2 DETERMINACIONES) | ANATOMIA PATOLOGICA | | A | |
| 2 | 15011502 | INMUNOHISTOQUIMICA (HASTA 6 DETERMINACIONES) | ANATOMIA PATOLOGICA | | A | |
| 2 | 15011503 | INMUNOHISTOQUIMICA (M S DE 6 DETERMINACIONES) | ANATOMIA PATOLOGICA | | A | |
| 2 | 15011600 | TECNICAS ESPECIALES | ANATOMIA PATOLOGICA | | I / A | |
| | | Estan incluidas: tecnica de acido peryodico de schiff (pas), tecnica de pas diastasa, tecnica de alcian blue, tecnica de metenamina nitrato de plata, tecnica de tricromica de masson, tecnica de perls (hierro),tecnicas de fibras reticulares, tecnica de giemsa, tecnica de grocott, tecnica de ziehl*nieelsen, tecnica para grasas, (sudan IV, sudan black) tecnica de azul de toluidina, tecnica de amiloide rojo congo, y otras tecnicas de coloraciones especiales que pudiera requerirse en cada caso. | | | | |
| | | Para cada tecnicqa y por cada muestra - cod 15011600x1 | | | | |
| 2 | 15011700 | DETECCION DE HELICOBACTER PYLORI | ANATOMIA PATOLOGICA | | I / A | |
| | | cod 15011700x1, independientemente del numero de muestras y de la tecnica utilizada | | | | |
| 2 | 15011800 | ESTUDIO RADIO QUIRUGICO DE MAMAS | ANATOMIA PATOLOGICA | | I / A | |
| 2 | 15011900 | INVESTIGACION GANGLIOCENTINELA EN CANCER DE MAMA | ANATOMIA PATOLOGICA | | I / A | |
| 2 | 15012000 | CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA EXCEPTO COLPOCITO | ANATOMIA PATOLOGICA | | I / A | |
| | | **ANESTESIOLOGIA** | | | | |
| 2 | 16020100 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 1 | 174977,48 | 1/2/2026 | A | |
| 2 | 16020100 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 1 | 174977,48 | 1/2/2026 | I | |
| 2 | 16020200 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 2 | 261.561,86 | 1/2/2026 | A | |
| 2 | 16020200 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 2 | 261.561,86 | 1/2/2026 | I | |
| 2 | 16020300 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 3 | 393.224,79 | 1/2/2026 | A | |
| 2 | 16020300 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 3 | 393.224,79 | 1/2/2026 | I | |
| 2 | 16020400 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 4 | 510.696,31 | 1/2/2026 | A | |
| 2 | 16020400 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 4 | 510.696,31 | 1/2/2026 | I | |
| 2 | 16020500 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 5 | 589.852,08 | 1/2/2026 | A | |
| 2 | 16020500 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 5 | 589.852,08 | 1/2/2026 | I | |
| 2 | 16020600 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 6 | 882.768,18 | 1/2/2026 | A | |
| 2 | 16020600 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 6 | 882.768,18 | 1/2/2026 | I | |
| 2 | 16020700 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 7 | 1.329.121,23 | 1/2/2026 | A | |
| 2 | 16020700 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 7 | 1.329.121,23 | 1/2/2026 | I | |
| 2 | 16020800 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 8 | 1.993.681,86 | 1/2/2026 | A | |
| 2 | 16020800 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 8 | 1.993.681,86 | 1/2/2026 | I | |
| 2 | 16020900 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 9 | 2.658.242,47 | 1/2/2026 | I | |
| 2 | 16021000 | ANESTESIA COMPLEJIDAD 10 | 3.987.363,70 | 1/2/2026 | I | |
| 2 | 16020300 | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS | 393.224,79 | 1/2/2026 | A | **3** |

CARACTERISITICAS Y CATEGORIZACIONES DE LAS UNIDADES TRATAMIENTO
DEL DOLOR

DEFINICIÓN DE UNIDAD DE DOLOR:

Los servicios asistenciales para la atención a personas con dolor son creados con el propósito de atender al paciente que sufre, fundamentalmente, dolor crónico oncológico

y no oncológico. Este tipo de servicios son heterogéneos, tanto en su origen como en su organización, cartera de servicios y profesionales que se integran en ellos.

El abordaje del dolor crónico deber ser multidisciplinar, puesto que sólo los programas integrales han demostrado su eficacia y costo-efectividad.

La Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD) se define como una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinar, que cumple con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan condiciones de
seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que requiera asistencia especializada.

Organización y gestión de la UTD

La obra social podrá contratar tres tipos de UTD en función de su grado de complejidad y especialización,

Tipo III. Unidad multidisciplinar para el tratamiento del dolor;

Tipo II. Unidad del dolor integrante de una Institución de salud.

Tipo I. Unidad monográfica.

La UTD III debe estar en condiciones de tratar al paciente con dolor crónico de cualquier etiología, abordando aspectos médicos, psicológicos, sociales y laborales. Otorgará también la atención al paciente con dolor agudo complejo o de difícil tratamiento. Se
estima una necesidad de una UTD III por cada 1,5-2 millones de habitantes, por lo que la unidad que se presente como prestadora deberá acreditar convenios con otras provincias para su contratación.

Debe ofertar atención en consulta INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 15 externa, hospital de día, y hospitalización convencional, así como la realización de procedimientos quirúrgicos e interconsultas. La UTD II debe estar en condiciones de tratar al paciente con dolor crónico de distinta etiología, sin tener carácter multidisciplinar.

La UTD I oferta la realización de un determinado tipo de técnica antiálgica, no ofertando tratamientos multidisciplinares.

**CARDIOLOGIA**

15/03/2025

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 17020100 | EVALUACION CARDIOVASCULAR PRIMARIA. INCLUYE ECG<br>**Practica relacionada en su prescrición, realización y facturación a medico, medico cardiólogo.**<br>**Incluye: Incluye siempre ECG.** | | A |
| 2 17020200 | ECG DE REPOSO<br>**Practica relacionada en su prescrición, realización y facturación a enfermero, medico, medico cardiólogo. ECG realizado en consultorio medico.** | CARDIOLOGIA | A |
| 2 17020200 | ECG DE REPOSO<br>**Practica relacionada en su prescrición, realización y facturación a enfermero, medico, medico cardiólogo. ECG realizado en consultorio medico.** | CARDIOLOGIA | I |
| 2 17020204 | ECG EN DOMICILIO | CARDIOLOGIA | A |
| 2 17020400 | ERGOMETRIA CONVENCIONAL<br>**Incluye su realizacion en cidoergometro o banda deslizante con 3 derivaciones y Rave darivadora o electrocardiografo** | CARDIOLOGIA | A |
| 2 17020400 | ERGOMETRIA CONVENCIONAL<br>**Incluye su realizacion en cicloergometro o banda deslizante con 3 derivaciones y llave derivadora o electrocardiografo** | CARDIOLOGIA | I |
| 2 17020500 | ERGOMETRIA COMPUTARIZADA<br>**Incluye cicloergometro a banda deslizante con 12 derivaciorles'y soft especificado para análisis computado de ST secuencial, frecuencia cardiaca y doble producto.** | CARDIOLOGIA | A |
| 2 17020500 | ERGOMETRIA COMPUTARIZADA | CARDIOLOGIA | I |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Incluye cicloergometro o banda deslizante con 12 derivaciones y soft especificado para análisis computado de ST secuencial, frecuencia cardiaca y doble producto** | | |
| 2 | 17020600 | REHABILITACION CARDIOPATA ADULTO(VALOR POR SESION) | CARDIOLOGIA | A |
| | | **La rehabilitación del cardiopata unicamente podra realizarse en establecimientos autorizados para tal fin.** | | |
| | | **La rehabilitación comprenderá 2 o 3 sesiones semanales de ejercicios programados, durante un período de hasta 6 moses. El enfermo debera estar encuadrado en el diagnóstico de infarto de miocardin evolucionado, postoperatorio, lipertensión severa. Enfisema pulmonar severo** | | |
| 2 | 17020701 | HOLTER DE 3 CANALES DE 24 HS | CARDIOLOGIA | A |
| | | **Induye equipamiento validado con Sotware especifico para análisis de frecuencia, arritmla y variabilidad de frecuencia cardíaca, Analisis de ST.** | | |
| 2 | 17020702 | HOLTER DE 3 CANALES DE 48 HS | CARDIOLOGIA | A |
| | | **Incluye equipamiento validado con Sotware especifico para análisis de frecuencia, arritmla y variabilidad de frecuencia cardíaca, Analisis de ST. Indicaciones: casos especificos donde la pesquisa de la arritmia requiera de otra metodologia** | | |
| 2 | 17020800 | MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESION ARTERIAL(MAPA) | CARDIOLOGIA | A |
| | | **Induye: equipo validado con Software especifico para análisis de presión arterial.** | | |
| 2 | 17020900 | CONTROL DE MARCAPASO CON COMPUTADORA | CARDIOLOGIA | A |
| | | **ELECTROFISIOLOGO, avalado por Subsecretaria de Salud de la provincia y Sociedad de Cardiología de Neuquen** | | |
| 2 | 17021000 | CONTROL DE CARDIODESFRIBILADOR Y RESINCRONIZADOR REALIZADO POR ELECTROFISIOLOGO | CARDIOLOGIA | A |
| | | **ELECTROFISIOLOGO, avalado por Subsecretaria de Salud de la província y Sociedad de Cardiología de Neuquen** | | |
| 2 | 17021100 | MARCAPASOS TRANSITORIO POR ESPECIALISTA | CARDIOLOGIA | A |
| | | **Procedimiento realizadfo exclusivamente en paciente internado UCO - UTI** | | |
| 2 | 17021100 | MARCAPASOS TRANSITORIO POR ESPECIALISTA | CARDIOLOGIA | I |
| | | **Procedimiento realizadfo exclusivamente en paciente internado UCO-UTI** | | |
| 2 | 17021200 | MONITOREO INTRAOPERATORIO | CARDIOLOGIA | A |
| | | **Indicaciones: cirugia de de moderado y alto riesgo cardiovascular. se debera adjuntar copia de informe prequirurgico explicando riesgo y necesidad del mismo.** | | |
| 2 | 17021200 | MONITOREO INTRAOPERATORIO | CARDIOLOGIA | I |
| | | **Indicaciones: cirugia de de moderado y alto riesgo cardiovascular, se cebera adjuntar copia de informe prequirurgico explicando riesgo y necesidad del mismo** | | |
| 2 | 18010300 | ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL (INCLUYE MODO M) | CARDIOLOGIA | A |
| 2 | 18010300 | ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL (INCLUYE MODO M) | CARDIOLOGIA | I |
| | | **ECOGRAFIA** | | |
| | | Indicaciones: debe realizarse mandatodamente 11- 19 semanas, 20-22 semanas y 30 semanas.<br>Objetivos: confirmación de edad gestacional,<br>evaluación de anatomla fetal, pesquisa de sindrome de Down,<br>pesquisa de malformaciones mayores fatales. | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 18010400 | ECOG.TOCOGINECOLOGICA CON O SIN TRANSDUCTOR VAGINA | MEDICOS, IMAGENES | A |
| 2 | 18010400 | ECOG.TOCOGINECOLOGICA CON O SIN TRANSDUCTOR VAGINA | | I |
| 2 | 18010600 | ECOGRAFIA MAMARIA BILATERAL | | A |
| 2 | 18010600 | ECOGRAFIA MAMARIA BILATERAL | | I |
| 2 | 18010700 | ECOGRAFIA CEREB.C/MOD. B.A. | | A |
| 2 | 18010700 | ECOGRAFIA CEREB.C/MOD. B.A. | | I |
| 2 | 18010900 | ECOGRAFIA OFTALMOLOGICA UNIY BILATERAL | | A |
| 2 | 18010900 | ECOGRAFIA OFTALMOLOGICA UNIY BILATERAL | | I |
| 2 | 18011000 | ECOGRAFIA TIROIDEA | | A |
| 2 | 18011000 | ECOGRAFIA TIROIDEA | | I |
| 2 | 18011100 | ECOGRAFIA DE TESTICULOS | | A |
| 2 | 18011100 | ECOGRAFIA DE TESTICULOS | | I |
| 2 | 18011200 | ECOGRAFIA COMP. DE ABDOMEN | | A |
| 2 | 18011200 | ECOGRAFIA COMP. DE ABDOMEN | | I |
| 2 | 18011300 | ECOGRAFIA HEPATICA, BILIAR,ESPLENICA O TORACICA | | A |
| 2 | 18011300 | ECOGRAFIA HEPATICA, BILIAR,ESPLENICA O TORACICA | | I |
| 2 | 18011400 | ECOGRAFIA DE VEJIGA O PROSTA | | A |
| 2 | 18011400 | ECOGRAFIA DE VEJIGA O PROSTA | | I |
| 2 | 18011600 | ECOGRAFIA RENAL BILATERAL | | A |
| 2 | 18011600 | ECOGRAFIA RENAL BILATERAL | | I |
| 2 | 18011700 | ECOGRAFIA AORTA ABDOMINAL DINAMICA Y ESTATICA | | A |
| 2 | 18011700 | ECOGRAFIA AORTA ABDOMINAL DINAMICA Y ESTATICA | | I |
| 2 | 18011800 | ECOGRAFIA DE PANCREAS O SUPRARRENAL | | A |
| 2 | 18011800 | ECOGRAFIA DE PANCREAS O SUPRARRENAL | | I |
| 2 | 18012100 | ECOGRAFIA P/AMNIOSINTESIS<br>Indicaciones: ecogratista con capacitación especifica para tal fin, para evaluación de anatomia fetal, Pesquisa sindrome de Down, pesquisa malformaciones mayores. | | A |
| 2 | 18012100 | ECOGRAFIA P/AMNIOSINTESIS | | I |
| 2 | 18012200 | ECOGRAFIA DE OTRAS REGIONES | | A |
| 2 | 18012200 | ECOGRAFIA DE OTRAS REGIONES | | I |
| 2 | 18012300 | PUNCION TIROIDEA, BIOPSIA GUIADA BAJO CONTROL ECOG | | A |
| 2 | 18012300 | PUNCION TIROIDEA, BIOPSIA GUIADA BAJO CONTROL ECOG | | I |
| 2 | 18012400 | PUNCION MAMARIA, BIOPSIA GUIADA BAJO CONTROL ECOGR | | A |
| 2 | 18012400 | PUNCION MAMARIA, BIOPSIA GUIADA BAJO CONTROL ECOGR | | I |
| 2 | 18012401 | MATERIAL DESCARTABLE PARA PUNCION MAMARIA | | A |
| 2 | 18012500 | PUNCION PROSTATICA, BIOPSIA GUIADA BAJO CONTROL EC | | A |
| 2 | 18012500 | PUNCION PROSTATICA, BIOPSIA GUIADA BAJO CONTROL EC | | I |
| 2 | 18012501 | MATERIAL DESCARTABLE PARA PUNCION PROSTATICA | | A |
| 2 | 18012600 | PUNCION PARTES BLANDAS, BIOPSIA GUIADA BAJO CONTRO | | A |
| 2 | 18012600 | PUNCION PARTES BLANDAS, BIOPSIA GUIADA BAJO CONTRO | | I |
| 2 | 18020100 | ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR CARDIACO | | A |
| | | **Induye: bidimensional Doooler pulsado, continuo y color.** | | |
| 2 | 18020100 | ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR CARDIACO | | I |
| | | **Incluye bidimension reconocida que certifique pulseda, continuo y color.** | | |
| 2 | 18020200 | ECOCARDIOGRAMA DOPPLER PERIFERICO COLOR (INDUYE ARTERIAL VENOSO, AMBOS MIEMBROS. DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO BILATERAL) | | A |
| | | **Induye: evaluacion arterial y venoao ambos miembros, Doppler de vasos del cuello bilateral** | | |
| 2 | 18020200 | ECOCARDIOGRAMA DOPPLER PERIFERICO COLOR (INCLUYE ARTERIAL Y VENOSO, AMBOS MIEMBROS. DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO BILATERAL) | | I |
| | | **Incluye: evaluacion arterial y venoao ambos miembros, Doppler de vasos del cuello bilateral** | | |

| | | |
|---|---|---|
| 2 18020300 | ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRECTAL | A |
| 2 18020300 | ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRECTAL | I |
| 2 18020500 | ECO ESTRÉS QUE PUEDE SER DE EJERCICIO O CON DROGAS (DIPIRIDAMOL, DOBUTAMINA Y ADENOSINA). | A |
| | **incluye la concurrecia a un servicio reconocido o curso con resplado de recocimiento nacional o provincial. Incluye: en caso del ejercicio incluye prueba ergometrica y en el framacologico, las drogas, excluye los insumos.** | |
| 2 18020500 | ECO STRES QUE PUEDE SER DE EJERCICIO O CON DROGAS | I |
| 2 18020600 | ECOCARDIOGRAMA DOPPLER TRANSESOFAGICO CON SONDA MULTIPLANAR (INCLUYE DOPPLER PULSADO, CONTINUO Y COLOR) | A |
| | **Incluye doppler pulsado continuo y color. Sonda multiplinar** | |
| 2 18020600 | ECOCARDIOGRAMA DOPPLER TRANSESOFAGICO CON SONDA MULTIPLANAR (INCLUYE DOPPLER PULSADO, CONTINUO Y COLOR) | I |
| | **Incluye:bidimensional, Doppler pulsado, continuo y color. Sonda multiplanar** | |
| 2 18020601 | ECOCARDIOGRAMA TRANSESFAGICO CON SONDA MULTIPLANAR | A |
| 2 18020601 | ECOCARDIOGRAMA TRANSESFAGICO CON SONDA MULTIPLANAR | I |
| 2 18020602 | ECOCARDIOGRAMA TRANSESFAGICO CON SONDA BIPLANAR | A |
| 2 18020602 | ECOCARDIOGRAMA TRANSESFAGICO CON SONDA BIPLANAR | I |
| 2 18020603 | ECOCARDIOGRAMA TRANSESFAGICO INTRAOPERATORIO INCLU | A |
| 2 18020603 | ECOCARDIOGRAMA TRANSESFAGICO INTRAOPERATORIO INCLU | I |
| 2 18020701 | ECO DOPPLER UNILATERAL VENOSO Y ARTERIAL | A |
| 2 18020701 | ECO DOPPLER UNILATERAL VENOSO Y ARTERIAL | I |
| 2 18020702 | ECO DOPPLER BILATERAL VENOSO Y ARTERIAL | A |
| 2 18020702 | ECO DOPPLER BILATERAL VENOSO Y ARTERIAL | I |
| 2 18020800 | ECO DOPPLER CARDIACO FETAL | A |
| | **Indicaciones: retardo del crecimiento Intrauterino y otras P atologlas fetomaternas.** | |
| 2 18020800 | ECO DOPPLER CARDIACO FETAL | I |
| 2 18020900 | ECODOPPLER TRANSCRANEAL | A |
| 2 18020900 | ECODOPPLER TRANSCRANEAL | I |
| 2 18021000 | ECO DE CONTRASTE CON SOLUCION (INCLUYE INSUMOS) | A |
| | **Incluye Insumos. Indicaciones: diagnóstico y cuantificación del foramen oval permeable** | |
| 2 18021100 | DOPPLER TISULAR PARA EVALUACION DE RESINCRONIZACIO | A |
| | **Incluye el Doppler puisado, continua y color completo, mas el D.Tisular, strain, strain rate y spekle traking.** | |
| 2 18021200 | ECO DOPPLER OBSTETRICO | A |
| 2 18021200 | ECO DOPPLER OBSTETRICO | I |
| 2 18030100 | ELASTOGRAFIA HEPATICA (FIBROSCAN) | A |
| | **ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION** | |
| 2 19040100 | MODULO DE SOPORTE ENTERAL ALTA COMPLEJIDAD X DIA | A |
| | Indicaciones: pacientes externados que requieren de un plan nutricional enteral domiciliaria de alta complejidad. regla particular de cobertura Anexo II | |

En aquellos pacientes que se encuentran internados se realiza visita médica especializada, previa al alta. En conjunto con el /los medicos de cabecera se formula el plan de nutrición enteral domiciliaria acorde a las necesidades del paciente y a los objetivos nutricionales
• Evaluación del grupo familiar y entorno psicosocial del paciente
• Inicio del entrenamiento del acompañante /cuidador y del paciente cuando sea posible.
Composiciòn de las prestaciones
• Evaluación nutricional al inicio del tratamiento y en forma periodica (control evolutivo).
• Análisis e informe mensual de los resultadœsde la práctica implementada (según los objetivos nutricionales propuestos al inicio del tratamiento).
• Visitas médicas domidliarias y/ o en consultorio a cargo de médicos especialistas en la práctica.
• Servicio de “Consultoría médica“ (Seguimiento nutricional a cargo de médicos reconocidos, especialistas en nutrición enteral y parenteral, tanto en pacientes adultos como en pediátricos).
• De 4 a 7 visitas semanales de enfermeros entrenados en soporte nutricional artificial.
• Atención telefónica de Urgencias Nutricionales las 24 hs.
• Bomba de infusión enteral.
• Set descartable para bomba de infusión.
• Preparados enterales según prescripción medica (tanto preparaciones líquidas o listos para usar como polvos y/o modulos nutricionales). No se ìncluyen dietas especiales
• Materiales descartables necesarios para realizar la conexión /desconexión de la infusión enteral (jeringas, gasas, contenedores estériles, cinta, etc.)

Excluye:
• Toda prestación no relacionada con la práctica de la nutrición enteral.
• Todo medicamento no incluido en el módulo.
• Todo material descartable no relacionado a la nutrición enteral.
• Colocación, re colocación y provisión de sonda.
Aclaración: Este módulo solo es valido para paciente que reciban alìmentación enteral de alta complejidad y cuando el entorno psico-social y familiar del paciente cumpla con los requisitos para recibir el entrenamiento, y permita cumplir la práctica en forma segura y adecuada. A

2 19040200 MODULO SOPORTE ENTERAL BAJA COMPLEJIDAD X DIA

Evaluación:
- En aquellos pacientes que se encuentran intemados se realiza visita médica especializada, previa al alta. En conjunto con el /los médicos de cabecera se formula el plan de nutrición enteral domiciliaria acorde a las necesidades del paciente y a los objetivos nutricionales.
Evaluación del grupo familiar y entorno psicosociaì del paciente
Inicio del entrenamiento del acompañante /cuidador Y del paciente cuando sea posible.
Composición de las prestacíones:
• Evaluación nutricional al inicio del tratamiento y en fórma periódica (control evolutivo).
• Análisis e infórme mensual de los resultados de la práctica implementada (según los objetivos nutńcionaìes propuestos al inicio del tratamiento).
• Visitas médicas domiciliarias y /o en consultorio a cargo de médicos especialistas en la práctica.
• Servicio de “Consultoria médica" (Seguimiento nutricíonal a cargo de médicos reconocidos, especialistas en nutrición enteral y parenteral, tanto en pacientœ adultos como en pediátricos).
• Visita de enfermeros entrenados en soporte nutricional artificial (2 visitas semanales).
• Atención telefónica de Urgencias Nutricionales las 24 hs.
• Bomba de infusión enteral.
• Set descartable para bomba de infusión.
• Preparados enterales según prescripción médica (tanto preparaciones líquidas o listos para usar " como polvos y/ o módulos nutricionales). No se incluyen dietas especiales
• Materiales descartables necesarios para realizar la conexión /desconexión de la infusión enteral (jeringas, gasas, contenedores estériles, cinta, etc.)

Excluye:
• Toda prestación no reJacionada con îa práctica de la nutrición enteral.
• Todo medicamento no incluido en ei módulo.
• Todo material dœcartable no relacionado a la nutrición enteral.
• Colocación, re colocación y provisión de sonda. Aclaración: Este modulo solo es válido para pacientes que reciban alimentación enteral de baja complejidad y cuando el entorno psico-social y familiar del paciente cumpla con los requisitos para recibir el entrenamiento, y permita cumplir la practìca en forma segura y adecuada.

2 19040300 MODULO DE SOPORTE ENTERAL AUTOCUIDADO GASTO IMPORTE FIJO A

Evaluación:

- En aquellos pacientes que se encuenban intemados se realiza visita médica especializada, previa al alta. En conjunto con el /los médicos de cabecera se formula el plan de nutrición enteral domiciliaria acorde a las necesidades del paciente y a los objeüvos nutricionales.
- Evaluación del grupo familiar y enComo psicasocial del paciente

Inicio del entrenamiento del acompañante /cuidador y del paciente cuando sea posible.

Composición de las prestaciones:

- Evaluación nutricional al inicio def tratamiento y en fórma periódica (control evolutivo).
- Análisis e infórme mensual de los resultados de la práctica implementada (según los objeüvos nutricionales propuestos al inicio del baBmiento).
- Servicio de *Consultonia médica" (Seguimiento nutricional a cargo de m"edicos reconocidos, especialistas en nutrición enteral y parenteral, tanto en pacientes adultos como en pediátricos).
- Supervisión y control del programa de aiAocuidado a cargo de: enférmeros, nutriclonista y médico.
- Visita de enfermeros entrenados en soporte nutrióonal artificial (1 visita semanal).
- Atención telefónica de Urgencias Nub1cionales las 24 hs.
- Bomba de infusión enteral
- Set descartable para bomba de infusión.
- Preparados enterales según prescripción médica (tanto preparaciones líquidas o listos para usar " como polvos y /o m'odulos nubJcionales). No se incluyen dietas
- Materiales descartables necesarios para realizar la conexión /desconexión de la infusión enteral (jeringas, gasas, contenedores estériles, cinta, etc.)

Excluye:

- Toda prestación no relacionada con la práctica de la nutrición enteral.
- Todo medicamento no incluido en el m"odulo.
- Todo material descartable no relacionado a la nutrición enteral.
- Colocación, re colocación y provisión de sonda.

Aclaración: Este modulo sólo es válido para pacientes que reciban alimentación enteral en autocuidado y cuando el entorno psico-social y familiar del paciente cumpla con los requisitos para recibir el entrenamiento, y permita cumplir la práctica en fórma segura y adecuada.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 19040400 | INSUMOS DIETA ESTANDAR SIN BOMBA ENTERAL X DIA | GASTO IMPORTE FIJO | A |
| 2 | 19040500 | INSUMO ESPECIAL CON BOMBA ENTERAL X DIA | GASTO IMPORTE FIJO | A |
| 2 | 19040600 | ALIMENTACION ORAL ESTANADAR ENTERAL X DIA | GASTO IMPORTE FIJO | A |
| 2 | 19040700 | ALIMENTACION EN PACIENTES CON DISFAGIA ORAL/ ENTER | | A |
| 2 | 19040800 | NUTRICION PARENTERAL BAP 0-1000 MIL- CICLICA. PARE | GASTO IMPORTE FIJO | A |
| 2 | 19040900 | NUTRICION PARENTERAL BAP 1000 A 2000 ML - CICLICA | GASTO IMPORTE FIJO | A |
| 2 | 19041000 | NUTRICION PARENTERAL BAP 2001 ML-CICLICA PARENTE | GASTO IMPORTE FIJO | A |
| 2 | 19041100 | NUTRICION PARENTERAL INTRADIALISIS C/S SMOF. POR D | GASTO IMPORTE FIJO | A |
| 2 | 19041200 | TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD | GASTO IMPORTE FIJO | A |
| 2 | 19041300 | SOPORTE NUTRICIONAL CIRUGIA BARIATRICA ORAL/ ENTER | GASTO IMPORTE FIJO | A |
| 2 | 19050100 | CONSULTA NUTRICIONAL | | A |
| 2 | 19050200 | ENTREGA DE PLAN DIETOTERAPICO | | A |

**Incluye:**
**•Plan alimentario personalizado a cada paciente con menú adecuado y recetas, según necesidad del paciente y criterio profesional.**
**•Indicaciones: requerimientos por situaciones biológicas en niños y adultos (embarazadas, niños, deportistas adultos mayores). Patologías renales, hepatopancreáticas, alteraciones metabólicas, gastrointestinales, nutricionales, cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo, trastornos hematológicos y endocrinológico. Programas especiales: diabetes, obesidad, fibrosis quística, inmunodeprimidos "A", celíacos, Actitud (cesación tabáquica), post trasplante renal, Oncológico.**
**•Otras indicaciones que requieras apoyo nutricional.**
**•Incompatibilidades: No se puede transaccionar/consumir conjuntamente con: 19.05.01, 19.05.03, 19.05.04, 19.05.05.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 19050400 | CONSULTA NUTRICIONAL A DOMICILIO | A |

**Incluye:**
- **Evaluación nutricional, plan alimentario evolución del paciente. Control de la vía alimentaria del paciente. Educación con respecto a los cuidados de la sonda a familiares y/o persona que se encarga del cuidado del paciente.**
- **Indicaciones: Requiere de indicación médica especifica (debe incluir motivo de la Inmovilización, tiempo estimado de tratamiento con control en domicilio) y que no se encuentren incluidos en los módulos de internación domiciliaria o con Cobertura dentro de los módulos de Alimentación Enteral.**
- **Otras situaciones para apoyo de la indicación de plan alimentarlo.**
- **Incompatibilidades: No se puede transaccionar/ consumir conjuntamente con: 19.05.01, 19.05.02, 19.05.03, 19.05.05.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 19050500 | CONSULTA NUTRICIONAL PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD | A |

**Incluye:**
**•Anamnesis, historia nutricional, control nutricional y valoración del paciente en tratamiento, evaluación de adherencia al plan alimentario, logros y metas.**
**•Indicaciones: requerimientos por situaciones biológicas en niños y adultos (embarazadas, niños, deportistas adultos mayores). Patologías renales, hepatopancreáticas, alteraciones metabólicas, gastrointestinales, nutricionales, cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo, trastornos hematológicos y endocrinológico.**
**•Otras Indicaciones que requieran apoyo nutricional.**
**•Incompatibilidades: No se puede transaccionar/consumir conjuntamente con: 19.05.01, 19.05.02, 19.05.03, 19.05.04.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 19500100 | CONSULTA NUTRICIONAL - ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) | A |

DIAGNOSTICO: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES + OBESIDAD, DIABETES TIPO I, TIPO II O GESTACIONAL, PREDIABETES E HIPERTENSION ARTERIAL

Incluye: Anamnesis, historia nutricional, control nutricional y valoración del paciente en tratamiento, evaluación de adherencia al plan alimentario, logros y metas.
Incompatibilidades: No podrá realizarse junto con 19050100

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 19500200 | ENTREGA DE PLAN DIETOTERAPICO - ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) | |

DIAGNOSTICO: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES + OBESIDAD, DIABETES TIPO I, TIPO II O GESTACIONAL, PREDIABETES E HIPERTENSION ARTERIAL

Incluye: Plan alimentario personalizado a cada paciente según necesidad del paciente y criterio profesional.
Incompatibilidades: No podrá realizarse junto con 19050200

**GASTROENTEROLOGIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 20010100 | TEST BERNSTEIN PRUEBA DE PERFUSION ESOFAGICA | A |
| 2 | 20010100 | TEST BERNSTEIN PRUEBA DE PERFUSION ESOFAGICA | I |
| 2 | 20011500 | COLOCACION SONDA DE SENGSTAKEN, O SIMILAR | I |
| 2 | 20011600 | BIOPSIA PERORAL ESOFAGICA OGASTRICA PARA ASPIR. | A |
| 2 | 20011600 | BIOPSIA PERORAL ESOFAGICA OGASTRICA PARA ASPIR. | I |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 20012202 | VIDEOESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA ( VEDA - DIAGNOSTICA ) | | A | | |
| | | | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS ( ANESTESIA 3) | I/A | | |
| | | •**Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>•**Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia. (43300400)** | | | | |
| 2 | 20012300 | CANULACION ENDOSCOPICA PAPILA VATER | | I | | |
| 2 | 20012300 | CANULACION ENDOSCOPICA PAPILA VATER | | I | | |
| 2 | 20012402 | VIDEOCOLONOSCOPIA (VCC-DIAGNOSTICA) | | A | 3 | |
| | | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia (43300400)** | | | | |
| 2 | 20012402 | VIDEOCOLONOSCOPIA (VCC-DIAGNOSTICA) | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPIC | I | 3 | |
| | | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia.** | | | | |
| 2 | 20012602 | VIDEORECTOSCOPIA (VRSC) | | A | | |
| | | •**Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>•**Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia.** | | | | |
| 2 | 20012602 | VIDEORECTOSCOPIA (VRSC) | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPIC | I | | |
| | | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia.** | | | | |
| 2 | 20020100 | GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPIC | A | | |
| | | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia.** | | | | |
| 2 | 20020100 | GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA | | I | 3 | I |
| 2 | 20020200 | RECAMBIO DE SONDA O BOTON DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA | | A | | |
| 2 | 20020200 | RECAMBIO DE SONDA O BOTON DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA | | I | | |
| | | •**Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>•**Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia.** | | | | |
| 2 | 20020400 | COLOCACION ENDOSCOPICA DE SONDAS DE ALIMENTACION | | A | | |
| | | •**Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>•**Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia.** | | | | |
| 2 | 20020400 | COLOCACION ENDOSCOPICA DE SONDAS DE ALIMENTACION | | I | | |
| 2 | 20020500 | EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPOS EXTRAÑOS | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPIC | A | | |
| | | •**Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>•**Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia.** | | | | |
| 2 | 20020500 | EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPOS EXTRAÑOS | | I | 1 | I |
| 2 | 20020600 | DILATACION ENDOSCOPICA EGD NEUMATICA/SAV | | A | | |
| | | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia,** | | | | |
| 2 | 20020600 | DILATACION ENDOSCOPICA EGD NEUMATICA/SAV | | I | | |
| 2 | 20020701 | POLIPECTOMIA, 3 POLIPOS PEQUEÑOS 5MM | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPIC | A | | |
| | | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia.** | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 20020701 | POLIPECTOMIA, 3 POLIPOS PEQUEÑOS 5MM | | I | | |
| | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: set de polipectomía,oximetría, sala de recuperación post endoscopia.** | | | | |
| 2 20020703 | POLIPECTOMIA CON ANSA, POR CADA UNO | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPIC | A | | |
| | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: set de polipectomia, oximetría, sala de recuperación post endoscopia.** | | | | |
| 2 20020703 | POLIPECTOMIA CON ANSA, POR CADA UNO | | I | | |
| 2 20020704 | POLIPECTOMIA,POLIPOS PLANOS,SESIL C/INFILTRACIONES | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPIC | A | | |
| | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia,** | | | | |
| 2 20020704 | POLIPECTOMIA,POLIPOS PLANOS,SESIL C/INFILTRACIONES | | I | | |
| 2 20020800 | COLOCACION DE CLIP O/ ENDOLOOP. ENDOLIGADURA BANDI | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPIC | A | | |
| | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia, set de bandas.** | | | | |
| 2 20020800 | COLOCACION DE CLIP O/ ENDOLOOP. ENDOLIGADURA BANDI | | I | | |
| 2 20020900 | ESCLEROSIS,TRATAMIENTO DE ANGIOPLASTIA, LESION SAN | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPIC | A | | |
| | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia.** | | | | |
| 2 20020900 | ESCLEROSIS,TRATAMIENTO DE ANGIOPLASTIA, LESION SAN | | I | | |
| 2 20021000 | FOTOCOAGULACION POR SESION | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPIC | A | | |
| | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia** | | | | |
| 2 20021000 | FOTOCOAGULACION POR SESION | | I | 3 | I |
| 2 20021100 | COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA | | A | | |
| | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia,** | | | | |
| 2 20021100 | COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA | | I | 3 | I |
| 2 20021200 | COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA CON PAPILOTOMINA C/ O SIN ESTRACCION DE LITASIS) | | A | | |
| | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia** | | | | |
| 2 20021200 | COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA CON | | I | 3 | I |
| 2 20021300 | COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA CON PAPILOTOMIA (C/O S/ EXTRACCION DE LITASIS) | | A | | |
| | • **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>• **Excluye: oximetría, sala de recuperación post endoscopia.** | | | | |
| 2 20021300 | COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA CON PAPILOTOMIA (C/O S/ EXTRACCION DE LITASIS) | | I | | |
| 2 20030100 | MANOMETRIA DIGITAL ESOFAGICA | | A | | |
| | **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina** | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 20030100 | MANOMETRIA DIGITAL ESOFAGICA | | I | | |
| 2 20030200 | MANOMETRIA ANORECTAL | | A | | |
| | **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina** | | | | |
| 2 20030200 | MANOMETRIA ANORECTAL | | I | | |
| 2 20030500 | PH METRIA ESOFAGICA DE 24 HORA | | A | | |
| | **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina** | | | | |
| 2 20030500 | PH METRIA ESOFAGICA DE 24 HORA | | I | | |
| 2 20030600 | BIOFEEDBACK POR SESION | | A | | |
| | **Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina** | | | | |
| 2 20030701 | IMPEDANCIOMETRIA ESOFAGICA | | I | 3 | I |
| | **•Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina.**<br>**•Excluye: catéter. Indicaciones: pacientes con síntomas indicativos de reflujo gastroesofágico que no responden al tratamiento empírico con Inhibidores de la bomba de protones (IBP) y sin esogagitis. Pacientes con síntomas indicativos de reflujo gastroesofágico sin esofagitis o con una respuesta insatisfactoria a los IBP en dosis elevadas en los que se contempla la cirugía antirreflujo. Pacientes con síntomas extraesofágicos que no responden a los IBP. Pacientes en los que a pesar de la cirugía persisten los síntomas de reflujo gastroesofágico** | | | | |
| 2 20030701 | IMPEDANCIOMETRIA ESOFAGICA | | A | | |
| 2 20030702 | IMPEDANCIOMETRIA ESOFAGICA INTRALUMINAL MULTICANAL CON PHMETRIA DE 24 HS PARA NIÑOS | | A | | |
| | **•Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina. catéter. Indicaciones: pacientes con síntomas indicativos de reflujo gastroesofágico que no responden al tratamiento habitual con Inhibidores de la bomba de protones (IBP). Pacientes con síntomas extradigestivos y para estudio de reflujo supraesofágico. Pacientes en los que a pesar de la cirugía persisten los síntomas de reflujo gastroesofágico o alimentados con sondas en forma permanente.** | | | | |
| 2 20030702 | IMPEDANCIOMETRIA ESOFAGICA INTRALUMINAL MULTICANAL CON PHMETRIA DE 24 HS PARA NIÑOS | | I | | |
| | **•Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina. catéter. Indicaciones: pacientes con síntomas indicativos de reflujo gastroesofágico que no responden al tratamiento habitual con Inhibidores de la bomba de protones (IBP). Pacientes con síntomas extradigestivos y para estudio de reflujo supra esofágico.**<br>**Pacientes en los que a pesar de la cirugía persisten los síntomas de reflujo gastroesofágico o alimentados con sondas en forma permanente.** | | | | |
| 2 20030800 | ARGON PLASMA | | I | 3 | I |
| | **•Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina. Excluye: catéter, que puede reutilizarse hasta 4 procedimientos. Indicaciones: tratamiento de lesión sangrante, ulcera gástrica duodenal, lesión deiulafoy, proctitis actínica, Barret ablación, lesiones vasculares angiodisplasia, Mallory Weiss, sangrado post colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, tunelización tumoral, ulcera rectal, reducción de pólipos grandes, malformaciones arteriovenosas, estómago, intestino, colon, Resecar tumores obstructivos de vías digestivas, de crecimiento hacia dentro de los stents, tratamiento de telangiectasias en proctitis-irradiación con hemorragia importante o sintomática.** | | | | |
| 2 20030800 | ARGON PLASMA | | A | | |
| | **•Incluye: material descartable (guantes, guías), xilocaina. Excluye: cateter, que puede reutilizarse hasta 4 procedimientos. Indicaciones: tratamiento de lesión sangrante, ulcera gastrica duodenal, lesión deiulafoy, proctitis actínica, Barret ablación, lesiones vasculares angiodisplasia, Mallory Weiss, sangrado post colangiopancreatografía retrógrada endoscopica, tunelización tumoral, ulcera rectal, reducción de pólipos grandes, malformaciones arteriovenosas, estómago, intestino, colon, Resecar tumores obstructivos de vías digestivas, de crecimiento hacia dentro de los stents, tratamiento de telangiectasias en proctitis-irradiación con hemorragia importante o sintomática.** | | | | |
| 2 20030900 | ECOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA SIN PUNCION DE BIOPSIA | MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPIC | A | | |
| | **•Incluye: material descartable (guantes, guías).**<br>**•Excluye: aguja de punción. Indicaciones** | | | | |
| 2 20030900 | ECOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA SIN PUNCION DE BIOPSIA | | I | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 20031000 | ECOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON PUNCION DE BIOPSIA | A |
| 2 | 20031000 | ECOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA CON PUNCION DE BIOPSIA | I |
| 2 | 20031100 | ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA | A |
| 2 | 20031100 | ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA | I |
| 2 | 20031200 | ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA SUBSIGUIENTE | A |
| 2 | 20031200 | ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA SUBSIGUIENTE | I |

**GENETICA HUMANA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 21010100 | ESTUDIO GENETICO | A |
| 2 | 21010200 | DERMATOGLIFOS | A |
| 2 | 21010300 | CROMATINA SEXUAL | A |
| 2 | 21010400 | ANALISIS CROMOSOMICO DE CARIOTIPO SIMPLE | A |
| 2 | 21010500 | ANALISIS CROMOSOMICO CON BANDAS GT | A |
| 2 | 21010600 | ANALISIS CROMOSOMICO DE CARIOTIPO CON BANDAS Q | A |
| 2 | 21010700 | ANALISIS CROMOSOMICO CARIOTIPO | A |
| 2 | 21020100 | ESTUDIO COMP.DE HISTOCOMPATIB. P/TRANSP. ORGAN.H/5 | A |
| 2 | 21020200 | POR PERSONA SUBSIGUIENTE | A |
| 2 | 21020300 | CROSSMATCH C/PANEL LINF. (ANTIHLA)E/RECEP.C/3 DIAS | A |
| 2 | 21020400 | ID.21.02.03 P/REC.HIPERINM.CROSSMATCH RUT.+ MAY.90 | A |
| 2 | 21020400 | ID.21.02.03 P/REC.HIPERINM.CROSSMATCH RUT.+ MAY.90 | A |
| 2 | 21020500 | CROSSMATCH C/DON.VIVO LINFT Y B.48HS.ANTES TRANSPL | A |
| 2 | 21020500 | CROSSMATCH C/DON.VIVO LINFT Y B.48HS.ANTES TRANSPL | A |
| 2 | 21020600 | DET.ANTIG.DRDQ, REC./DON. TRANSPL.RENAL/MED.OSEA 1 | A |
| 2 | 21020600 | DET.ANTIG.DRDQ, REC./DON. TRANSPL.RENAL/MED.OSEA 1 | A |
| 2 | 21020700 | CULT.MIXTO LINFO.PASO FINALTRANS.RENAL/MED.OSEA 1 | A |
| 2 | 21020700 | CULT.MIXTO LINFO.PASO FINALTRANS.RENAL/MED.OSEA 1 | A |
| 2 | 21020800 | DIAG.PRENATAL DE TRANS.CROMOSOMICOS Y METABOLICOS | A |

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 22031201 | FERTILIZACION MEDICAMENTE ASISTIDA DE BAJA COMPLEJIDAD, INDUCCION DE OVULACION CON COITO PROGRAMADO | A |
| 2 | 22031202 | FERTILIZACION MEDICAMENTE ASISTIDA DE BAJA COMPLEJIDAD. CON SEMEN HOMOLOGO | A |
| 2 | 22031203 | FERTILIZACION MEDICAMENTE ASISTIDA DE BAJA COMPLEJIDAD. CON SEMEN DE DONANTE | A |
| 2 | 22031400 | SEMEN DE BANCO | A |
| 2 | 22031501 | FERTILIZACION MEDICAMENTE ASISTIDA DE ALTA complejidad. Fertilizacion in vitro (FIV) o ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides) Primera etapa: estimulación ovárica controlada | A |
| 2 | 22031502 | FERTILIZACION MEDICAMENTE ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD. Fertilizacion in vitro (FIV) o ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides) Segunda etapa: punción aspiración de ovario para obtención de ovocitos | A |
| 2 | 22031503 | FERTILIZACION MEDICAMENTE ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD. Fertilizacion in vitro (FIV) o ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides) Tercera etapa: preparación de semen técnica de fecundación en placa o ICSI | A |
| 2 | 22031504 | FERTILIZACION MEDICAMENTE ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD . Fertilizacion in vitro (FIV) o ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides) Cuarta Etapa: transferencia embrionaria en fresco | A |
| 2 | 22031600 | RECUPERACION DE ESPERMATOZOIDES PARA ICSI A TRAVES DE LAS TECNICAS: PESA, TESA O MICRO TESA | A |
| 2 | 22031700 | CRIO PRESERVACION Y MANTENIMIENTO DE EMBRIONES Fertilización medicamente asistida de alta complejidad. Fertilización in vitro/ICSI | A |
| 2 | 22031800 | CRIO PRESERVACION DE GAMETAS MASCULINAS Y O TEJIDO gonadal Fertilizacion medicamente asistida de alta complejidad. Fertilizacion in vitro/ICSI | A |
| 2 | 22031900 | PRESERVACION Y MANTENIMIENTO DE GAMETAS FEMENINAS* | A |
| 2 | 22032000 | TECNICA DE HATCHING. FERTILIZACION MEDICAMENTE ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD. Fertilización in vitro/ICSI | A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 22032100 | RECEPCION DE GAMETAS DE BANCO O DONADAS Fertilización medicamente asistida de alta complejidad. Fertilización in vitro/ICSI | | A |
| 2 | 22032200 | TRANFERENCIA DE EMBRIONES DIFERIDA | | A |
| 2 | 22040100 | COLPOSCOPIA, TRAQUELOSCOPIA | | A |
| | | Indicaciones: Justificado sólo con resultado previo anormal del Papanicolau y/o Test de HPV | | |
| 2 | 22040200 | TOMA DE PAP, CULTIVO, PCR Y CEPILLADO ENDOCERVICAL | | A |
| | | Indicaciones: rastreo de rutina para cancer de cuello uterino, mujeres entre 25 y 65 años | | |
| 2 | 22040300 | TEST DE HPV (TOMA DE MUESTRA) | | A |
| | | Indicaciones: rastreo de rutina para cancer de cuello uterino, mujeres entre 30 y 65 años | | |
| 2 | 22040700 | INSERCION DE IMPLANTE O EXTRACCION DE IMPLANTE SUBDERMICO | | A |
| | | (si se extrae y se coloca otro en distinto corte, es por dos) Excluye material de implante. Indicaciones: anticoncepción | | |
| 2 | 22040800 | COLOCACION DE DIU O SIU - COLOCACION DE PESARIO | | A |
| | | Excluye dispositivo intrauterino. Indicaciones: anticoncepción. | | |
| 2 | 22041000 | EXTRACCION DE DIU O SIU (DIU HORMONAL). | | A |
| 2 | 22041100 | VULVOSCOPIA | | A |
| 2 | 22050100 | MONITOREO ELECTRONICO FETAL | | A |
| | | Indicaciones: control de salud fetal | | |
| 2 | 22050100 | MONITOREO ELECTRONICO FETAL | | I |
| 2 | 22050300 | PSICOPROFILAXIS DEL PARTO X SESION ( **TALLER / CURSO DE PREPARTO**) | | A |
| | | Indicadones: toda mujer embarazada | | |
| 2 | 22060100 | CONSULTA OBSTÉTRICA Y ORIENTACIÓN | A | A |
| | | Indicaciones: asesoramiento salud sexual ( educacion, prescripcion anticonceptivo, consejeria lactancia materna, etc) | | |
| 2 | 22060200 | CONTROL OBSTÉTRICO EN EL EMBARAZO | A | A |
| | | Indicaciones: Acompañamiento embarazo, control, etc - incompatible con 22060100 | | |
| 2 | 22060300 | CONTROL OBSTETRICO DEL TRABAJO DE PARTO | Internacion | **I** |
| | | Indicaciones: conduccion y asistencia de trabajo de parto normal - incompatibilidad 110410-110411 | | |
| 2 | 22060400 | CONTROL OBSTETRICO DEL TRABAJO DE PARTO Y ATENCION DEL PARTO | Internacion | **I** |
| | | Indicaciones: conduccion y asistencia de trabajo de parto normal - incompatibilidad 110410-110411 | | |
| | | **HEMATOLOGIA - INMUNOLOGIA** | | |
| 2 | 23016300 | GRUPO SANGUINEO ABO Y FACTOR RH | | A |
| 2 | 23030500 | MODULO ESTUDIO DE VON WILLEBRAND | | A |
| 2 | 23030500 | MODULO ESTUDIO DE VON WILLEBRAND | | I |
| | | Incluye: todas las hematologicas a realizar en pacientes con coagulopatias e historia familiar de sangrado / Materia descartable | | |
| 2 | 23030800 | MODULO ESTUDIO DE SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO | | A |
| 2 | 23030800 | MODULO ESTUDIO DE SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO | | I |
| | | Incluye: Anticoagulante lupico.. / Ac. Anti cardiolip G-M. / Ac. Anti B2 glicop G-M. / Resistencia proteina C reactiva. / Prot. S. / Prot. C. / Antitrombina. / Homocisteína. | | |
| | | Excluye: . Prot. 20210. / Factor V Leiden. / PAI genético. | | |
| 2 | 23031500 | MOD.INMUNOFENOTIPIFICACION POR CITOMETRIA DE FLUJO | | A |
| 2 | 23031500 | MOD.INMUNOFENOTIPIFICACION POR CITOMETRIA DE FLUJO | | I |

Incluye:
Todas las prácticas requeridas para la fenotipificación de leucemias agudas , síndromes linfoproliferativos crónicos, en distintas muestras biológicas, con el objeto de arribar a un diagnóstico altamente preciso que permita una evaluación posterior del grado del éxito obtenido con la terapia seleccionada.
Determinación de enfermedad residual mínima.
Material descartable.
Envío de la muestra.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 23040100 | MODULO ESTUDIOS DE SANGRE PERIFERICA | A |
| 2 | 23040100 | MODULO ESTUDIOS DE SANGRE PERIFERICA | I |

Indicaciones:
Patologías comunes para determinar una conclusión diagnóstico y/o terapéutica
Incluye:
Todas las prácticas básicas necesarias para arribar al diagnóstico.
Estudio de primera vez.
Hemograma (recuento de hematíes, hematocrito, hemoglobina, Volumen Corpuscular Medio, Hemoglobina Corpuscular Media. Concentración Hemoglobina Corpuscular Media, recuento de plaquetas, recuento de leucocitos, formula leucocitaria).

Eritrosedimentación.
Recuento de Reticulocitos.
Ferremia.
Transferrina.
Fibrinogeno.
Grupo Sanguíneo y RH.
Saturación de transferrina.
Coombs directa.
Coombs indirecta.
Coagulación (retracción de coágulo, tiempo de protombina, RIN, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo de tromboplastina (KPTT), Prueba del lazo.
Consulta de admisión.
Consulta posterior.
Gastos.
Material descartable.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 23040200 | MODULO CONTROLES TERAPEUTICOS | A |
| 2 | 23040200 | MODULO CONTROLES TERAPEUTICOS | I |

Indicaciones:
Tratamientos oncológicos.
Control post.quimioterapia.
Anemias.
Púrpuras.
Leucopenias medicamentosas.
Aplasias.
Hipoplasias.
Mielodisplasias.
Leucemias en inducción o mantenimiento.
Seguimiento de embarazadas Rho negativas.
Otros controles de tratamientos.
Estudio de líquido amniótico para precisar compromiso fetal en enfermedad hemolítica por isoanticuerpos maternos.

Incluye:
Consulta
Hemograma (recuento de hematíes, hematocrito, hemoglobina, Volumen Corpuscular Medio, Hemoglobina Corpuscular Media. Concentración Hemoglobina Corpuscular Media, recuento de plaquetas, recuento de leucocitos, fórmula leucocitaria)
Eritrosedimentación
Recuento de Reticulocitos
Ferremia
Transferrina
Fibrinógeno
Grupo sanguíneo y RH
Saturación de transferrina
Coombs directa
Coombs indirecta
Coagulación (retracción de coágulo, tiempo de protombina, RIN, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, Tiempo de tromboplastina (KPTT) , Prueba del lazo )

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 23040201 | MODULO SEGUIMIENTO ANTICOAGULADOS | A |
| 2 | 23040201 | MODULO SEGUIMIENTO ANTICOAGULADOS | I |

Indicaciones:
Seguimiento de pacientes anticoagulados para mantener rango de coagulación adecuada.
Incluye:
Consulta.
23.04.02 A
Coagulación (Retracción del coágulo, Tiempo de protrombina RIN, Tiempo de Coagulación, Tiempo de Sangría).
Tiempo de tromboplastina (KPTT).

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 23040300 | MODULO DETERMINACIONES PARA PRECISAR DIAGNOSTICO | A |
| 2 | 23040300 | MODULO DETERMINACIONES PARA PRECISAR DIAGNOSTICO | I |

Indicaciones:
Cuando del estudio básico realizado surja la necesidad de ampliar las determinaciones para precisar un diagnóstico.
Estudio de la madre en el caso de ictericia neonatal.
Diagnóstico de hemoglobinopatias, enzimopatias o patologías de membrana eritrocitaria (talasemia, esferocitosis, déficit enzimáticos, etc.).
Estudio de displasias eritrocíticas y complementarios al diagnóstico de aplasia o hipoplasia medular.
Dosificación de de factores de la coagulación por coagulopatias congénitas o adquiridas.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Incluye:<br>Estudios hematológicos de mayor complejidad<br>Agregación plaquetaria.<br>Aglutininas.<br>Elusión de anticuerpos.<br>Anticuerpos inmunes, cualquier método.<br>Prueba antiglobulina humana.<br>Prueba de autohemólisis.<br>Coombs directa.<br>Coombs indirecta.<br>Crioaglutinina.<br>Grupo sanguíneo.<br>Hemoaglutinógeno DU.<br>Drepanocitos.<br>Electroforesis cualitativa.<br>Electroforesis cuantitativa.<br>Prueba de Han.<br>Resistencia globular osmótica de los hematíes.<br>Electroforesis de hemoglobilina.<br>Reacción para Mononucleosis Aglutinación ,Test de Látex, Monotest, Epstein BARR,<br>Ac IgG ,IgM .<br>Medulograma.<br>Fosfatasa alcalina leucocitaria.<br>Glucógeno.<br>Hemosiderina.<br>Peroxidasas.<br><br>Prod cto de degradación del fibrinógeno.<br>Facto "e" y "C".<br>Facto D.<br>Facto e y E.<br>Agregación plaquetaria con más de 1 sustancia inductora.<br>Determinación de factores de la coagulación.<br>Identificación con paneles y titulación de anticuerpos en suero o líquidos.<br>Uso de antisueros monoespecíficos o raros (Anti-IgG / C3d / C3b / isiotipos /C4 / IgA /<br>IgM/ Lewis/ Kell / etc.).<br>Matetrial descartable | |
| 2 23040400 | MODULO EVALUACION DE PATOLOGIAS ESPECIALES | | A |
| 2 23040400 | MODULO EVALUACION DE PATOLOGIAS ESPECIALES | | I |
| | | Indicaciones:<br>Evaluaciones i ículales, re-evaluaciones periódicas posteriores a la finalización de un tratamiento,<br>estudios de re- stadificación de vigilancia o por recidivas en las siguientes patologías:<br>Leucemias Agudas y Crónicas.<br>Síndrome Mi eloprol i ferativo.<br>Linfoma de Hodgkin o no Hodgkin.<br>Mielomas o discrasias de células plasmáticas.<br>Turmores sólidos.<br>Síndrome paraneoplásicos.<br>Colag nopatias.<br>Hemo ilia A y B.<br>Incluye:<br>Todas las prácticas de laboratorio necesarias.<br>Material descartable. | |
| 2 23040500 | MODULO ESTUDIOS HEMATOLOGICOS DE MATERIAL NO SANGU | | A |
| 2 23040500 | MODULO ESTUDIOS HEMATOLOGICOS DE MATERIAL NO SANGUINEO | | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Extendidos obt • nidos por cada muestra por punción o impronta de tejidos, médula ósea, ganglio linfático, bazo, ejido tumoral.<br>Si en un mismo paciente se tomara más de una muestra, de tejido diferente o de diferentes sectores anatómicos del mismo tejido, se trata de valoraciones individuales y se facturara separadamente cada examen.<br>Incluye:<br>Medulograma.<br>Sudán Black.<br>Glucógeno.<br>Glucógeno previa digestión.<br>Hemosiderina.<br>Valoraloraión cito hematológica por técnica de May Grunwald-Giemsa de los extendidos.<br>Medullograma, incluye la valoración adicional por técnica de Perls.<br>Material descartable. | |
| 2 | 23040700 | PUNCION APSIRATIVA | A |
| 2 | 23040700 | PUNCION APSIRATIVA | I |
| | | Incluye:<br>Punción aspirativa, toma de material para estudio citológico, cultivos bacteriológicos o citológicos, citogenética, etc.<br>Honorarios médicos.<br>Material quirúrgico necesario.<br>Anestésico local.<br>Curación plana inicial.<br>Excluye:<br>Aguja de punción.<br>Toma de material óseo. | |
| 2 | 23040800 | TOMA DE MATERIAL OSEO PARA ESTUDIO HISTOLOGICO | A |
| 2 | 23040800 | TOMA DE MATERIAL OSEO PARA ESTUDIO HISTOLOGICO | I |
| | | Incluye:<br>Toma de material óseo para estudio histológico.<br>Honorarios médicos.<br>Material quirúrgico necesario.<br>Anestésico local.<br>Curación plana inicial.<br>Excluye:<br>Aguja de punción. | |
| 2 | 23040900 | PUNCION TRANSABDOMINAL | A |
| 2 | 23040900 | PUNCION TRANSABDOMINAL | I |
| | | Incluye<br>Punción transabdominal con aguja fina para toma de material diagnóstico para citología, cultivos, etc.<br>Honorarios médicos.<br>Material quirúrgico necesario.<br>Anestésico local.<br>Curación plana inicial.<br>Excluye<br>Aguja de punción. | |
| 2 | 23041000 | PUNCION CON AGUJA FINA | A |
| 2 | 23041000 | PUNCION CON AGUJA FINA | I |
| | | Incluye:<br>Punción ganglionar con aguja fina.<br>Honorarios médicos.<br>Material quirúrgico necesario.<br>Anestésico local.<br>Curación plana inicial.<br>Excluye:<br>Aguja de punción. | |

**HEMOTERAPIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 24020100 | MODULO DE TRANSFUSION DE SANGRE ENTERA HASTA 500CC | A |
| 2 | 24020100 | MODULO DE TRANSFUSION DE SANGRE ENTERA HASTA 500CC | I |

Incluye:
material descartable para extracción y transfusión (bolsa doble o triple y guía con filtro).
Serología del dador grupo sanguíneo y factor RH (geno y fenotipo).
VDRL.
Huddleson.
Chagas (dos determinaciones por distintos métodos).
Antígeno de superficie hepatitis B.
Anticuerpos HCV.
Anticuerpos HIV.
Coombs Indirecta.
Compatibilidad.
Anticore total.
Hepatitis B.
HTLV I y II.
Antigenemia P24.
Y todo tipo de antígeno —anticuerpo necesario para hacer seguro el procedimiento para el receptor, de acuerdo a la legislación vigente.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 24020200 | MODULO DE TRANSFUSION DE PLASMA HASTA 300CC POR UN | A |
| 2 | 24020200 | MODULO DE TRANSFUSION DE PLASMA HASTA 300CC POR UN | I |

Incluye: Material descartable para extracción y transfusión (bolsa doble o triple y guía con filtro).
Serología del dador grupo sanguíneo y factor RH (geno y fenotipo).
VDRL.
Huddleson.
Chagas (dos determinaciones por distintos métodos).
Antígeno de superficie hepatitis B.
Anticuerpos HCV.
Anticuerpos HIV.
Coombs Indirecta.
Compatibilidad.
Anticore total.
Hepatitis B.
HTLV I y II.
Antigenemia P24.
Y todo tipo de antígeno —anticuerpo necesario para hacer seguro el procedimiento para el receptor, de acuerdo a la legislación vigente.
Separación del plasma.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 24020300 | MOD.TRANSF.DE GLOB.ROJOS SED.O LAV.HASTA 300 CC | A |
| 2 | 24020300 | MOD.TRANSF.DE GLOB.ROJOS SED.O LAV.HASTA 300 CC | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Incluye:<br>Material descartable para extracción y transfusión (bolsa doble o triple y guía con filtro).<br>Serología del dador grupo sanguíneo y factor RH (geno y fenotipo).<br>VDRL.<br>Huddleson.<br>Chagas (dos determinaciones por distintos métodos).<br>Antígeno de superficie hepatitis B.<br>Anticuerpos HCV.<br>Anticuerpos HIV.<br>Coombs Indirecta.<br>Compatibilidad.<br>Anticore total.<br>Hepatitis B.<br>HTLVIyII.<br>Antigenemia P24.<br>Y todo tipo de antígeno —anticuerpo necesario para hacer seguro el procedimiento para el receptor, de acuerdo a la legislación vigente.<br>Separación y/o lavados de glóbulos. | |
| 2 | 24020400 | MODULO DE TRANSFUSION DE PLAQUETAS POR UNIDAD | A |
| 2 | 24020400 | MODULO DE TRANSFUSION DE PLAQUETAS POR UNIDAD | I |
| | | Incluye:<br>Material descartable para extracción y transfusión (bolsa doble o triple y guía con filtro).<br>Serología del dador grupo sanguíneo y factor RH (geno y fenotipo).<br>VDRL.<br>Huddleson.<br>Chagas (dos determinaciones por distintos métodos).<br>Antígeno de superficie hepatitis B.<br>Anticuerpos HCV.<br>Anticuerpos HIV.<br>Coombs Indirecta.<br>Compatibilidad.<br>Anticore total.<br>Hepatitis B.<br>HTLVIyII.<br>Antigenemia P24.<br>Y todo tipo de antígeno —anticuerpo necesario para hacer seguro el procedimiento para el receptor, de acuerdo a la legislación vigente.<br>Separación de plaquetas provenientes de 500 cc. de sangre entera fresca. | |
| 2 | 24020500 | MODULO DE TRASNFUSION CRIOPRECIPITADOS | A |
| 2 | 24020500 | MODULO DE TRASNFUSION CRIOPRECIPITADOS | I |
| | | Incluye:<br>Extracción a donante, material descartable para extracción y transfusión (bolsa doble o triple y guía con filtro).<br>Serología del dador grupo sanguíneo y factor RH (geno y fenotipo).<br>VDRL.<br>Huddleson<br><br>Chagas (dos determinaciones por distintos métodos).<br>Antígeno de superficie hepatitis B.<br>Anticuerpos HCV.<br>Anticuerpos HIV.<br>Coombs Indirecta.<br>Compatibilidad.<br>Anticore total.<br>Hepatitis B.<br>HTLV I y IL<br>Antigenemia P24.<br>Y todo tipo de antígeno —anticuerpo necesario para hacer seguro el procedimiento para el receptor, de acuerdo a la legislación vigente.<br>Separación crioprecipitados. | |

| | | |
|---|---|---|
| 2 24020600 | MODULO SANGRIA TERAPEUTICA | A |
| 2 24020600 | MODULO SANGRIA TERAPEUTICA | I |
| | Indicaciones:<br>Extracción de sangre con equipo al vacío, a paciente con dicho requerimiento terapéutico, con el fin de disminuir volumen sanguíneo.<br>Incluye:<br>Prácticas hematológicas, procedimientos y material descartable. | |
| 2 24020800 | SEROLOGIA TRANSFUSIONAL EN RECEPTOR | A |
| 2 24020800 | SEROLOGIA TRANSFUSIONAL EN RECEPTOR | I |
| | Indicaciones:<br>Se realiza para lograr una mayor seguridad transfusional, efectuar en todo receptor de sangre o hemocomponentes las mismas pruebas serológicas efectuadas a donantes. Estas determinaciones se realizan en una muestra pretransfusional del receptor, debiendo realizarse antes de la primer transfusión y luego de superado el periodo de 30 días.<br>Incluye:<br>VDRL, Huddleson, chagas HAI y elisa, anti HBcore, HBsAg, HCV, anti HIV, Ag p24 y HTLV. | |
| 2 24020900 | PREPARACION DE SANGRE PREQUIRURGICA POR UNIDAD | A |
| 2 24020900 | PREPARACION DE SANGRE PREQUIRURGICA POR UNIDAD | I |
| | Indicación: Cubre los gastos que implican la preparación de las unidades de sangre para cirugía.<br>La reserva de sangre para la transfusión implica, además de las pruebas pretransfusionales, el bloqueo de las unidades para su utilización en otros receptores por un período de 24 a 48 horas pre y post operatorio, el traslado y almacenamiento transitorio de las mismas en el área quirúrgica.<br>Incluye: Al paciente que será intervenido deberá realizársele determinación (agrupamiento), ABO (prueba directa e inversa), Rh, determinación de anticuerpos irregulares y pruebas de compatibilidad mayor con las unidades de hemocomponentes reservadas para la eventual transfusión intraoperatoria.<br>Referencia: En caso de no utilizarse la unidad, esta no es facturada. Por lo tanto se factura la reserva quirúrgica de sangre. Si la unidad es utilizada no se factura la reserva y si se factura la unidad reservada. | |
| 2 24021000 | PREPARACION DE SANGRE PREQUIRURGICA .AUTOTRANSFUSION 1RA.UNIDAD | A |
| | Indicaciones: Las unidades recolectadas para autotransfusión deben ser separadas y empleadas sólo para tal fin; esto implica que la norma regulatoria no habilita a utilizarla para otros pacientes.<br>Incluye:<br>Tipificación ABO, Rh y detección de anticuerpos irregulares en todas las unidades extraídas.<br>Pruebas para la detección de infecciones transmisibles por transfusión (según normas de serología que se realiza al donante de transfusión homóloga).<br>Estas pruebas se realizarán en la primera unidad colectada y deben repetirse superado los 30 días.<br>Referencia: Todas estas determinaciones son obligatorias por ley y la sangre antóloga no puede ser utilizado para la transfusión homologa bajo ningún concepto. | |
| 2 24021100 | PREPARACION DE SANGRE PREQUIRURGICA AUTOTRANSFUSION SUBSIGUIENTE | A |
| | Indicaciones: Las unidades recolectadas para autotransfusión deben ser separadas y empleadas sólo para tal fin; esto implica que la norma regulatoria no habilita a utilizarla para otros pacientes.<br>Incluye:<br>Tipificación ABO, Rh y detección de anticuerpos irregulares en todas las unidades extraídas.<br>Pruebas para la detección de infecciones transmisibles por transfusión (según normas de serología que se realiza al donante de transfusión homóloga).<br>Estas pruebas se realizarán en la primera unidad colectada y deben repetirse superado los 30 días.<br>Referencia: Todas estas determinaciones son obligatorias por ley y la sangre antóloga no puede ser utilizado para la transfusión homologa bajo ningún concepto. | |
| 2 24100100 | MODULO DE AFERESIS PLAQUETOFERESIS . PLASMAFERESIS . ERITROFERESIS - LEUCOFERESIS | I |

Indicaciones:
Transfusión de concentrado plaquetario, recambio de plasma, remoción eritrocitos o leucocitos con fines terapéuticos.
Incluye:
Prácticas hematológicas, serología al donante ídem transfusión sangre entera procedimiento efectuado con equipo procesador celular y separador de componentes sanguíneos (tipo HAEMONETICS O SIMILAR) material descartable para extracción y transfusión.
Excluye:
En plasmaferesis reposición de plasma o de albúmina.

**REHABILITACION MEDICA** A

2 25010300 TERAPIA OCUPACIONAL POR CADA SESION

2 25040101 CENTRO DE DIA - JORNADA DOBLE. CAT A A

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapeutico-asistencial para que la persona que asiste, pueda lograr el más adecuado desempeño en su vida cotidiana y máximo desarrollo posible de sus potencialidades

**Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas, motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.**

**Jornada completa - 5 dias a la semana**

2 25040102 CENTRO DE DIA - JORNADA DOBLE. CAT B A

**Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapeutico-asistencial para que la persona que asiste, pueda lograr el más adecuado desempeño en su vida cotidiana y máximo desarrollo posible de sus potencialidades.**
**Población: Niños, niñas, adolescentes y/o adultos con discapacidades severas y/o profundas, imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitacion y/o ubicacion laboral protegida. Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas motoras y sensoriales, que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.**

**Jornada Completa - 3 veces por semana**

2 25040103 CENTRO DE DIA - JORNADA DOBLE. CAT C A

**Está destinado pacientes con todo tipo de discapacidades fisicas, motoras y sensoriales, que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.**

**Jornada Completa - 1 vez por semana**

2 25040201 CENTRO DE DIA - JORNADA SIMPLE. CAT A A

**Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades fisicas, motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.**

**Jornada Simple - 5 dias a la semana**

2 25040202 CENTRO DE DIA - JORNADA SIMPLE. CAT B A

**Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades fisicas, motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.**

**Jornada Simple - 3 veces por semana**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 25040203 | CENTRO DE DIA - JORNADA SIMPLE. CAT C | A |

**usuarios con CUD. Con historia clinica e informe blopsicosocial que justifique. Prescripción, realización y facturación, realizada por profesionales habilitados y categorizados. Indicaciones o destinatarios. Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades fisicas, motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.**

**Jornada Simple - 1 vez por semana**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 25042901 | ESTIMULACION TEMPRANA. CAT. A | A |

**DEFINICION: Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapeutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño / niña con dicapacidad destinada a la poblacion: niños y niñas con discapaciad de 0 a 4 años cronmologica y eventualmente hasta los años. Practica relacionada a: 1. usuarios con diagnóstico temprano de algun grado de discapacidad. De 0 a 6 meses sin CUD, de 6 meses a 4 años con CUD. 2. Inscriptos en el Programa Discapacidad. Con historia clinica e informe błopsicosocial que justifique. 3. Prestadores. Prescripción, realización y facturación, realizada por profesionales habilitados y catagorizados. -4.Indicaciones o destinatarios. Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades fisicas, motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 25043001 | PRESTACIONES DE APOYO. CAT. A | A |

**DEFINICION: Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapeutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño / niña con dicapacidad destinada a la poblacion: niños y niñas con discapaciad de 0 a 4 años cronmologica y eventualmente hasta los años. Practica relacionada a: 1. usuarios con diagnóstico temprano de algun grado de discapacidad. De 0 a 6 meses sin CUD, de 6 meses a 4 años con CUD. 2. Con historia clinica e informe błopsicosocial que justifique. 3. Prescripción, realización y facturación, realizada por profesionales habilitados. -4.Indicaciones o destinatarios. Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades fisicas, motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 25043401 | REHABILITACIÓN MODULO INTEGRAL INTENSIVO | A |

**Practica relacionadas a: usuarios con CUD con historia clinica e informe biopsicosocial que justifique. Prescripcion, realizacion y facturacion realiada por profesionales, habilitados y categorizados. Indicadores o destinatarios; segun reglas generales**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 25043501 | REHABILITACION MODULO INTEGRAL SIMPLE. CAT. A | A |

**Practica relacionadas a: usuarios con CUD con historia clinica e informe biopsicosocial que justifique. Prescripcion realizacion y facturacion realizada por profesionales, tecnicos, docentes habilitados y categorizados. Indicaciones o destinadas. Segun reglas generales.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 25043601 | REHABILITACION - HOSPITAL DE DIA JORNADA SIMPLE. | A |

**Practica relacionadas a: usuarios con CUD con historia clinica e informe biopsicosocial que justifique. Prescripcion realizacion y facturacion realizada por profesionales, habilitados y categorizados. Indicadores o destinatario esta destinado a pacientes contodo tipo de discapaciadad fisica, motoras y sensoriales.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 25043701 | REHABILITACION - HOSPITAL DE DIA JORNADA DOBLE. | A |

**Practica relacionadas a: usuarios con CUD con historia clinica e informe biopsicosocial que justifique. Prescripcion realizacion y facturacion realizada por profesionales, habilitados y categorizados. Indicadores o destinatario esta destinado a pacientes con todo tipo de discapaciadad fisica, motoras y sensoriales.**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 25043801 | REHABILITACION - INTERNACION. CAT A | | A |

**Esta destinado a la atencion en etapa sub-aguda de su enfermedad que hayan superado riesgo de vida, con compensacion hemodinamica, sin medicacion endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado. Practica relacionadas a: usuarios con CUD con historia clinica e informe biopsicosocial que justifique. Prescripcion realizacion y facturacion realizada por profesionales, habilitados y categorizados. Indicadores o destinatario esta destinado a pacientes con todo tipo de discapaciadad fisica, motoras y sensoriales.**

**INCLUYE • Evaluacion prescripcion y seguimiento por medico especialista.**
**• Seguimiento clinico diario.**
**• Tratamiento de rehabilitacion segun la complejidad permitida por el caso.**
**• Analisis y Rx de rutina, relacionados a la agudización del cuadro, que genere discapacidad**

**Excluye**
**• Asistencia y seguimiento del / de los medicos de cabecera y especialistas.**
**• Estudios de diagnostico por imagenes.**
**• Equipamiento (las ayudas tecnicas deben ser brindadas durante la internaci6n aguda).**
**• Medicamentos no inherentes a la secuela.**
**• Pañales descartables.**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 25050100 | REHABILITACION EN PROGRAMA EPILEPSIA | KINESIOLOGIA | A |
| 2 | 25100100 | MODULO FISIO-KINESIO KTR, **POR SESION** | KINESIOLOGIA | A |

*INCLUYE TODOS LOS AGENTES FISICO (CRIOTERAPIA, TERMOTERAPIA, ELECTROTARAPIA, ULTRASONIDO DE 1 Y 3 MHZ, IONTOFORESIS Y LAS MOVILIZACIONES ACTIVAS, MOVILIZACIONES PASIVAS, MOVILIZACIONES ASISTIDAS, MASAJES, EJERCICION TERAPUETICOS, ETC) tAMBIEN SE UTILIZARA ESTE CODIGO PARA KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE INCLUYE MANIOBRAS MANUALES, EJERCICIOS RESPIRATORIOS, POSICIONES Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS, USO DE OXIGENOTERAPIA, AEROSOLTERAPIA E INCENTIVADORES RESPIRATORIOS ENTRE OTROS*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 25100200 | MAGNETO TERAPIA, POR SESION | KINESIOLOGIA | A |
| 2 | 25100300 | ACTIVIDAD FISICA PARA LA SALUD, POR SESION | KINESIOLOGIA | A |

*ANTE LA NECESIDAD DE CIERTAS PATOLOGIAS QUE NO PERMITAEN QUE EL PACIENTE SE DIRIJA A UN GIMNASIO CONVENCIONAL SIN PROFESIONAL DE SALUD, PERO TAMPOCO TIENE LA NECESIDAD DE REALIZAR LA SESION DE FISIOKINESIO. SE TRATA DE LA REALIZACION DE EJERCICIO EVALUADO Y CONTROLADO POR EL TERAPEUTA QUE POSTERIORMENTE SERA DERIVADO A UN GIMNASIO CONVENCIONAL O REINSERTADO A LA ACTIVIDAD DEPORTIVA QUE REALICE, ES COMPLEMENTARIA DE TRABAJO DE GAINETE Y SIRVE PARA PREVENIR PATOLOGIAS ASOCIADAS Y EDUCAR AL PACIENTE. INDICACIONES: POST QUIRURGICO DE COLUMNA, CADERA, RODILLA, HOMBRO, TOBILLO*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 25100400 | FISIOKINESIOTERAPIA, ATENCION DOMICILIARIA, POR SESION. SE ADICIONARA A LA PRACTICA CORRESPONDIENTE | KINESIOLOGIA | A |

*PACIENTES QUE REQUIERAN ATENCION MOTORA, RESPIRATORIA O NEUROLOGICA, SE DEBERA ACLARAR EN EL PEDIDO REALIZADO POR EL MEDICO YA QUE REQUERIRA DE GASTOS DE MOVILIDAD Y TRASLADOS DE EQUIPOS A CARGO DEL TERAPEUTA.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 25100500 | OSTEOPATIA, POR SESION | KINESIOLOGIA | A |
| 2 | 25100600 | DRENAJE LINFATICO MANUAL, POR SESION | KINESIOLOGIA | A |

*MANIOBRAS MANUALES DE EVACUACION Y REABSORCION, PRESOTERAPIA. SECIONES DE 45 MINUTOS.*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 25100700 | REEDUCACION UROGENITAL, POR SESION | KINESIOLOGIA | A |

*BIOFEEDBACK, ELECTROESTIMULACION ENDOCAVITARIA, NEUROMODULACION DEL TIBIAL POSTERIOR (NMTP), CONJUNTO DE MANIOBRAS MANUALES KINESICAS ESPECIFICAS QUE HACEN A DICHA REHABILITACION. DRENAJE LINFATICO, MANUAL INTRACAVITATORIO, EN CASO DE QUE HAYA CONGESTION PELVICA Y EN MIEMBROS INFERIORES. TAMBIEN SE TRABAJA DURANTE EL EMBARAZO, A PARTIR DE LA SEMANA 24 DE GESTACION, EN LA PREVENCION DE POSIBLES LESIONES DEL SUELO PELVICO*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 25100800 | REHABILITACION PULMONAR-MODULO I, POR SESION | KINESIOLOGIA | A |

*INCLUYE LAS DIFERENTES TECNICAS DE: EJERCICIOS DE EXPANSIÓN PULMONAR, DE ACTIVACION DIAFRAGMATICA, ENTRENAMIENTO PARA FORTALECER LA MUSCULATURA RESPIRATORIA, DRENAJE POSTURAL, ONDA DE CHOQUE, INSPIRACION FORZADA, ESPIRACION LENTA, EQUIPAMIENTOS PARA DESARROLLAR LAS DIFERENTES TECNICAS, EQUIPOS DE OXIGENOTERAPIA Y DE VENTILACION MECANICA INVASIVA Y NO INVASIVA*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 25100900 | REHABILITACION PULMONAR-MODULO II, POR SESION | KINESIOLOGIA | A |

*INCLUYE LAS DIFERENTES TECNICAS DE: EJERCICIOS DE EXPANSIÓN PULMONAR, DE ACTIVACION DIAFRAGMATICA, ENTRENAMIENTO PARA FORTALECER LA MUSCULATURA RESPIRATORIA, DRENAJE POSTURAL, ONDA DE CHOQUE, INSPIRACION FORZADA, ESPIRACION LENTA, EQUIPAMIENTOS PARA DESARROLLAR LAS DIFERENTES TECNICAS, EQUIPOS DE OXIGENOTERAPIA Y DE VENTILACION MECANICA INVASIVA Y NO INVASIVA*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 25101000 | INTERVENCION EN INTERNACION (KTR O MOTORA), POR SESION | KINESIOLOGIA | I |

*ESTE CODIGO INCLUIRA TODOS LOS AGENTES FISICOS (CRIOTERAPIA, TERMOTERAPIA, ELECTROTERAPIA, ULTRASONIDO DE 1 Y 3 MHZ, IONOTFORESIS, Y LAS MOVILIZACIONES ACTIVAS, MOVILIZACIONES PASIVAS, MOVILIZACIONES ACTIVAS ASISTIDAS, MASAJES, EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ETC). TAMBIEN SE UTILIZARA ESTE CODIGO PARA LA KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE INCLUYE MANIOBRAS MANUALES, EJERCICIOS RESPIRATORIOS, POSICIONES Y PROCEDIMIENTOS TERAPUETICOS, USO DE OXIGENOTERAPIA, AEROSOLTERAPIA E INCENTIVADORES RESPIRATORIOS ENTRE OTROS,*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 25101100 | EVALUACION Y TRATAMIENTO EN ALTERACIONES DEGLUCIONEN ADULTOS, POR SESION | KINESIOLOGIA | I |
| 2 | 25101200 | ESTIMULACION EN SUCCION-DEGLUCION NEOPEDIATRICA, POR SESION | KINESIOLOGIA | I |
| 2 | 25101300 | SEGUIMIENTO FISIOKINESICO EN RECIEN NACIDO PRETERMO (RNPT) | KINESIOLOGIA | I |
| 2 | 25101400 | FISIOKINESIO-INTERVENCION EN SALA | KINESIOLOGIA | I |

INCLUYE TODOS LOS AGENTES FISICOS( CRIOTERAPIA, TERMOTERAPIA, ELECTROTERAPIA, ULTRASONIDO DE 1 Y 3 MHZ, IOTOFORESIS Y LAS MOVILIZACIONES ACTIVAS, MOVILIZACIONES PASIVAS, MOVILIZACIONES ACTIVAS ASISTIDAS, MASAJES, EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ETC). TAMBIEN SE UTILIZARA ESTE CODIGO PARA LA KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE INCLUYE MANIOBRAS MANUALES, EJERCICIOS RESPIRATORIOS, POSICIONES Y PROCEDIMIENTOS TERAPUETICOS, USO DE OXIGENOTERAPIA, AEROSOLTERAPIA E INCENTIVADORES RESPIRATORIOS ENTRE OTROS,

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 25101500 | FISIOKINESIO-INTERVENCION EN UTI/UCO | KINESIOLOGIA | I |

INCLUYE TODOS LOS AGENTES FISICOS( CRIOTERAPIA, TERMOTERAPIA, ELECTROTERAPIA, ULTRASONIDO DE 1 Y 3 MHZ, IOTOFORESIS Y LAS MOVILIZACIONES ACTIVAS, MOVILIZACIONES PASIVAS, MOVILIZACIONES ACTIVAS ASISTIDAS, MASAJES, EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ETC). TAMBIEN SE UTILIZARA ESTE CODIGO PARA LA KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA QUE INCLUYE MANIOBRAS MANUALES, EJERCICIOS RESPIRATORIOS, POSICIONES Y PROCEDIMIENTOS TERAPUETICOS, USO DE OXIGENOTERAPIA, AEROSOLTERAPIA E INCENTIVADORES RESPIRATORIOS ENTRE OTROS,

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 25110100 | MODULO DE REAHABILITACION AGUDA EN CENTROS DE INTERNACION ARM | | I |

INCLUSIONES: 1.Alojamiento y cuidados básicos - Guardias médicas y de kinesiología activas.
Enfermería 24 horas. - Desayuno y merienda para el acompañante. -Material descartable y de confort.
2. Atención médica y rehabilitación . Evaluación médica periódica por especialista en medicina física y rehabilitación. Planificación y seguimiento del programa de rehabilitación. Doble jornada de tratamiento diario. - Interconsultas clínicas y de especialidades según necesidad (neurología, cardiología, etc.).
3. Rehabilitación interdisciplinaria Kinesiología neurológica diaria: mantenimiento de rangos, marcha, técnicas neuromusculares, fisioterapia, FES, electroanalgesia, valvas (según necesidad). Terapia ocupacional: escala de independencia funcional (AVD), férulas blandas, máximo 2 estímulos diarios. Fonoaudiología: evaluación/tratamiento neurolingüístico y deglutorio, afasia, hasta 2 estímulos diarios. - Psicología y neuropsicología: evaluación cognitiva, acompañamiento a paciente y familia, hasta 3 sesiones semanales.- Nutrición: evaluación y seguimiento diario, prescripción individualizada.
4. Apoyo familiar - Educación del grupo conviviente en el manejo motriz, deglutorio, lingüístico y ocupacional del paciente.
5. Insumos y exámenes- Medicamentos necesarios. Estudios y exámenes complementarios - Alimentación enteral e insumos relacionados.

EXCLUSIONES
1. Medicación excluida: Biofármacos Medicamentos de alto costo y baja incidencia (enfermedades catastróficas): Fibrosis Quística, Enfermedades de Gaucher, Fabry, Pompe Enfermedad de Crohn Insuficiencia Renal Crónica -Trasplantes e inmunosupresión post-trasplante - HIV/SIDA -Hemofilia Esclerosis múltiple y lateral amiotrófica Mieloma múltiple, Hepatitis C, Leucemias, GIST Insuficiencia hipofisiaria - Fenilcetonuria Fibrinolíticos
2. Otros medicamentos excluidos
Drogas quimioterápicas, oncológicas e inmunosupresoras -Hemoderivados- Levosimedan
Prostaglandinas Linfoglobulina antilinfocitaria Anticuerpos monoclonales - Gammaglobulinas endovenosas Interferones - Estimulantes de colonias - Ciclosporina Somatostatina- este deberá ser facturado con un 20% de descuento sobre el valor de KAIROS.
3. Otras exclusiones
Hemodiálisis- Alimentación parenteral - Procedimientos odontológicos (facturación según nomenclador ISSN) Prácticas no nomencladas

2 25110200 REHABILITACION AGUDA EN CENTROS DE INTERNACION SIN ARM I

INCLUSIONES: 1.Alojamiento y cuidados básicos - Guardias médicas y de kinesiología activas.
Enfermería 24 horas. -Material descartable y de confort.
2. Atención médica y rehabilitación . Evaluación médica periódica por especialista en medicina física y rehabilitación. Planificación y seguimiento del programa de rehabilitación. Doble jornada de tratamiento diario. - Interconsultas clínicas y de especialidades según necesidad (neurología, cardiología, etc.).
3. Rehabilitación interdisciplinaria Kinesiología neurológica diaria: mantenimiento de rangos, marcha, técnicas neuromusculares, fisioterapia, FES, electroanalgesia, valvas (según necesidad). Terapia ocupacional: escala de independencia funcional (AVD), férulas blandas, máximo 2 estímulos diarios. Fonoaudiología: evaluación/tratamiento neurolingüístico y deglutorio, afasia, hasta 2 estímulos diarios. - Psicología y neuropsicología: evaluación cognitiva, acompañamiento a paciente y familia, hasta 3 sesiones semanales.- Nutrición: evaluación y seguimiento diario, prescripción individualizada.
4. Apoyo familiar - Educación del grupo conviviente en el manejo motriz, deglutorio, lingüístico y ocupacional del paciente.
5. Insumos y exámenes- Medicamentos necesarios. Estudios y exámenes complementarios - Alimentación enteral e insumos relacionados.

EXCLUSIONES
1. Medicación excluida: Biofármacos Medicamentos de alto costo y baja incidencia (enfermedades catastróficas): Fibrosis Quística, Enfermedades de Gaucher, Fabry, Pompe Enfermedad de Crohn Insuficiencia Renal Crónica -Trasplantes e inmunosupresión post-trasplante - HIV/SIDA -Hemofilia Esclerosis múltiple y lateral amiotrófica Mieloma múltiple, Hepatitis C, Leucemias, GIST Insuficiencia hipofisiaria - Fenilcetonuria Fibrinolíticos
2. Otros medicamentos excluidos
Drogas quimioterápicas, oncológicas e inmunosupresoras -Hemoderivados- Levosimedan
Prostaglandinas Linfoglobulina antilinfocitaria Anticuerpos monoclonales - Gammaglobulinas endovenosas Interferones - Estimulantes de colonias - Ciclosporina Somatostatina- medicamento, este deberá ser facturado con un 20% de descuento sobre el valor de kairos
3. Otras exclusiones
Hemodiálisis- Alimentación parenteral - Procedimientos odontológicos

2 25110300 ADICIONAL PARA PACIENTES CON AISLAMIENTO EN REAHABILITACION AGUDA EN CENTROS DE INTERNACION (CON O SIN ARM) I

No puede solicitarse como prestación inicial. Aplica únicamente en casos que requieren habitación aislada.
Motivos clínicos del aislamiento. - Duración estimada. - Riesgos para el paciente y otros usuarios del servicio. - Indicaciones clínicas específicas para aislamiento - SARS (Síndrome Agudo Respiratorio Severo). - Influenza "A" (Aviar).
Pacientes con severo inmunocompromiso. - Pacientes afectados por gérmenes multirresistentes, como:
ERV (Enterococo resistente a Vancomicina).
SAMR (Staphylococcus aureus resistente a Meticilina).
EPC (Gram negativos productores de carbapenemasa).
Mycobacterium.

2 25120100 REHABILITACION EN MODALIDAD HOSPITAL DE DIA A

Dirigido a pacientes que:
Presentan discapacidad física sin necesidad de internación.
Egresan de internación aguda por enfermedades neurológicas (ej.: ACV, síndromes afásicos).
Padecen Parkinson o condiciones similares.
Sufren problemas ortopédicos o reumáticos tratables de forma ambulatoria (ej.: fractura de cadera, artrosis).
Tras una internación prolongada, presentan limitaciones funcionales por desuso pero no requieren internación.
Han finalizado cobertura en internación pero pueden lograr mejoras con tratamiento ambulatorio integral.
Requieren prácticas simultáneas para mantener recuperación o evitar retrocesos.
Son afásicos pluripatológicos con necesidad de abordajes especializados y que pueden enfrentar demoras en ingresos/egresos institucionales.
Indicación y organización del tratamiento
1. Plan terapéutico individualizado - Diseñado de forma coordinada por el equipo profesional.
Revisión y adaptación según evolución del paciente.- Participación activa del paciente y su familia en la definición de objetivos terapéuticos.
2. Especialidades y servicios incluidos
Consultas médicas: Clínica médica, Endocrinología, Neurología, Otorrinolaringología, Gastroenterología, Urología, Cardiología, Rehabilitación integral:
Nutrición - Kinesiología -Terapia ocupacional- Fonoaudiología- Musicoterapia- Psicología

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 25200100 | MODULO FISIO-KINESIO KTR ECNT POR SESION | ( (Enfermedades Cronica No Transmisibles) | KINESIOLOGIA | A |
| 2 25200200 | ACTIVIDAD FISICA POR SESION | | | A |
| 2 25300100 | MODULO DE ADMISION SIN DIAGNOSTICO | | | A |

Que los trastornos del espectro autista, son un grupo de trastornos neurológicos y del desarrollo que afectan las formas en que las personas interactúan con los demás, se comunican, aprenden y se comportan. Aunque se puede diagnosticar el autismo a cualquier edad, se le conoce como un "Trastorno del Desarrollo" porque generalmente los síntomas aparecen durante los primeros dos años de vida;
Que dichos trastornos del espectro autista, afectan a personas de todos los géneros, grupos étnicos y económicos;
Que según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), las personas con trastornos del espectro autista a menudo tienen: dificultad para comunicarse e interactuar con otras personas, intereses limitados y comportamientos repetitivos, síntomas que afectan su capacidad para desempeñarse en la escuela, el trabajo y otras áreas de la vida;

INTRODUCCIÓN
Los trastornos del espectro autista son un grupo de trastornos neurológicos y del desarrollo que afectan la forma en que las personas interactúan con los demás, se comunican, aprenden y se comportan. Aunque se puede diagnosticar el autismo a cualquier edad, se le conoce como un "trastorno del desarrollo" porque generalmente los síntomas aparecen durante los primeros dos años de vida.
Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), las personas con trastornos del espectro autista a menudo tienen:
- Dificultad para comunicarse e interactuar con otras personas;
- Intereses limitados y comportamientos repetitivos;
- Síntomas que afectan su capacidad para desempeñarse en la escuela, el trabajo y otras áreas de la vida.

Se utiliza el término “espectro” para describir el autismo porque existe una amplia variación en el tipo y la gravedad de los síntomas que tienen las personas con esos trastornos. Los trastornos del espectro autista afectan a personas de todos los géneros, grupos étnicos y económicos.

Módulo de admisión sin diagnóstico: Para pacienteenviado por sospecha de TEA.

Indicaciones: Derivado por sospecha de TEA. Infancias hasta 13 años, adolescencias, transición a la vida adulta (TVA) y adultos

Incluye: • Entrevista de Admisión en dupla profesional (med/T.O/psico/fono): 1 entrevista• Entrevista con Medico Pediatra y/o Especializado en Desarrollo: 3 entrevistas• Entrevista de Psicólogía o Fonoaudiología (según clínica paciente): 2 entrevistas• Entrevista Terapista Ocupacional: 1 entrevista• Análisis de batería de test aplicados/cuestionario Trab. Equipo• Reunión equipo diseño de intervención 1hs x 5 Prof. 5 hs Prof.Trab. Equipo• Devolución proceso diagnóstico y definición intervención terapéutica Incompatibilidades: No puede ser solicitado con otros módulos de admisión.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 25300200 | MODULO DE ADMISION CON DIAGNOSTICO | | | A |

Módulo de Admisión con diagnóstico: Para aquellas personas que acudan con Certificado único de discapacidad CUD, con diagnóstico TEA, o derivación de médicos especialistas en Neurología, Psiquiatría, Pediatría especialista en desarrollo que acrediten diagnóstico de autismo.

Indicaciones: Infancias hasta 13 años, adolescencias, transición a la vida adulta (TVA) y adultos con CUD, diagnostico TEA o derivación de médicos especialistas en Neurología, Psiquiatría, Pediatra especialista

Incluye: • Entrevista Admisión en dupla profesional (med/T.O/psico/fono): 1 entrevista • Entrevista Med. Pediatra Esp. Desarrollo: 1 entrevista• Entrevista Psicólogía o Fonoaudiología (según clínica pte): 1 entrevista• Entrevista Terapista Ocupacinal: 1 entrevista• Reunión equipo diseño de intervención Trab. Equipo• Devolución proceso diagnóstico y definición intervención terapéutica: 1 entrevista Incompatibilidades: No puede ser solicitado con otros módulos de admisión.

2 25300300 MODULO ADMISION DE PERSONA DEL ENTORNO FAMILIAR A

Módulo de Admisión entorno familiar: Cuando sea necesario, se utilizará para familiares/entorno de afiliados que realicen admisión o ya se encuentre en tratamiento

Indicaciones: Persona del entorno familiar: Madre, Padre,Tutor,Hermanos/as de cada afiliado con diagnostico de TEA.

Incluye: • Entrevista Admisión en dupla profesional (psiquiatría/psicología): 1 entrevista x 2 Prof• Entrevista de presentación con Psiquiátra o Entrevista psicología: 1entrevista• Devolución proceso diagnóstico y definición intervención terapéutica: 1 entrevista• Reunión de equipo Facturación: No se recepcionará Incompatibilidades: No puede ser solicitado con otros módulos de admisión.

2 25300400 DISPOSITIVO INTEGRAL INTENSIVO A

Personas no hablantes o con limitaciones funcionales en el habla que sin un sistema oportuno de apoyos comunicativos puedan generar crisis conductuales que generen autolesiones o lesiones a terceros. Con desafíos sensoriales que le impidan la permanencia en espacios públicos, limitando su capacidad de socialización y sobre todo impidiendo desarrollar su Derecho a una Educación Inclusiva.

Indicaciones: Paciente con cuadro que precise un abordaje intensivo. Infancias tempranas hasta transición a la vida adulta (TVA).

Incluye: • 2 A.T./Aux. (2Días/4hsxSem) carga horaria mensual 72 hs• A.T./Aux. visita a domicilio 3DíasxSem 2hs - Trabajo con Paciente y Familia carga horaria mensual 26 hs• Fonoaudióloga (Grupal Aula) carga horaria mensual 4,5 hs• T.Ocupacional (Grupal Aula) carga horaria mensual 4,5 hs• Maestra integradora (Grupal Aula) carga horaria mensual 4,5 hs• PsicoMotricista. (Grupal Aula) carga horaria mensual 4,5 hs• PsicoLoga. (Grupal Aula) carga horaria mensual 4,5 hs• PsicoPedagoga. (Grupal Aula) carga horaria mensual 4,5 hs• Talleristas. Talleres semanales Yoga -Música -Ed. Física - AVD carga horaria mensual 9 hs• Pediatras Mensual 1 por paciente carga horaria mensual 1 hs • Psiquiatra Mensual 1 por paciente carga horaria mensual 1 hs• Entrevista individual (Fono o Psicol. Cada 15) carga horaria mensual 2,5 hs• Entrevista individual (T.O. Cada 15) carga horaria mensual 2,5 hs• Entrevista Mensual Conjunta con Familia y Paciente (2Prof) carga horaria mensual 1 hs• Entrevista Mensual Conjunta con Familia Dinámica de sala (2Prof) carga horaria mensual carga horaria mensual 1 hs• Coordinación mensual de Grupo Ori. Familiares (2Prof coordinador médico y terapéutico) carga horaria mensual 5 hs• Evaluación Mensual Proceso de Atención (2 Prof coordinador médico y terapéutico) carga horaria mensual 5 hs• Reunión de equipo semanal (1x semana/1,5hs) (12 Profesionales) carga horaria mensual 48 hs• Planificaciones de equipo semanal (1x semana/1,5hs) (8 Prof. intervinientes más equipo) carga horaria mensual 38 hs Incompatibilidades: No puede ser solicitado en el mismo mes en conjunto con otros módulos incluidos en este nomenclador, excepto los de admisión. No puede ser solicitado en conjunto con prestaciones del nomenclador de discapacidad.

2 25300500 DISP INTENSIVO REHABILITACION NEURO-COGNITIVA A

Dispositivo Intensivo de Rehabilitación Neurocognitiva: Para personas TEA en ciclo vital Transición a Vida Adulta (TVA) o adultas, estables en su cuadro clínico.
Objetivo: rehabilitación neurocognitiva integral mediante intervenciones que favorezcan maximizar las funciones cognitivas a través de la funcionalidad en la realización de las tareas diarias y en la interacción social.
Indicaciones: Paciente con cuadro que precise abordaje Integral Intensivo de Rehabilitación Neuro-cognitiva, para personas TEa y/o discapacidades, en transición a la vida adulta (TVA) o adultos.

Incluye: • 2 A.T./Aux. (3D/2,5hs 4xS) carga horaria mensual 65 hs• A.T./Aux. visita a domicilio 2xS 2hs Paciente carga horaria mensual 18 hs• Taller Comunicación/comunicación asertiva (PsicoL/ Fono) carga horaria mensual 4 hs• Taller Terapia Ocupacional Actividades de la Vida Diaría Cocina/Nutrición carga horaria mensual 8 hs• Taller Terapia Ocupacional Actividades de la Vida Diaría /comunidad carga horaria mensual 8 hs• Taller Estimulación Neurocognitiva (coord. PsicoL) carga horaria mensual 4 hs• Taller Ed. Física carga horaria mensual 4 hs• Taller Yoga carga horaria mensual 4 hs• Pediatras Mensual 1 por paciente (TVA) carga horaria mensual 1 hs• Psiquiatra Mensual 1 por paciente + Entrevista familliar carga horaria mensual 2 hs• Entrevista individual (Fono o PsicoL semanal ) carga horaria mensual 5 hs• Entrevista individual (T.O. semanal) carga horaria mensual 5 hs • Entrevista Mensual Conjunta con Familia y Paciente (2Prof) carga horaria mensual 2 hs• Interconsulta (cualquier integrante del equipo puede solicitarla 2 profesionales) carga horaria mensual 2 hs• Coordinacion mensual de Grupo Ori. Familiares (2 Prof 2,5hs) carga horaria mensual 5 hs • Evaluacion Mensual Proceso de Atencion (2Prof 2,5hs) carga horaria mensual 5 hs• Reunion de equipo semanal (1x semana/1,5hs) (10 Profesionales) carga horaria mensual 44 hs• Planificaciones de equipo semanal (1x semana/1,5hs) (8 Prof intervinientes más equipo) carga horaria mensual 38 hsFacturación: No se recepcionará facturación que no haya sido validada a través del Sistema de Validación On Line vigente Incompatibilidades: No puede ser solicitado en el mismo mes en conjunto con otros módulos incluidos en este nomenclador, excepto los de admisión. No puede ser solicitado en conjunto con prestaciones del nomenclador de discapacidad.

2 25300600 DISPOSITIVO INTENSIVO CENTRO OCUPACIONAL A

Dispositivo Intensivo en Centro Ocupacional: para personas con trastorno del espectro autista y/o discapacidades en TVA o adultas, estables en su cuadro clínico. EL objetivo es la Inclusión Socio – Laboral a aquellas personas que han desarrollado habilidades funcionales y adaptativas en los dispositivos de mayor complejidad, y que puedan presentar por su momento vital la necesidad de incorporarse en espacios socio-laborales pero que no hayan presentado ninguna experiencia para poder vivenciar en un ámbito cuidado dichas habilidades.

Indicaciones: Pacientes que precisen abordaje intensivo, orientado a centro ocupacional. Personas en transición a la vida adulta (TVA) y adultos estables en su cuadro clinico.,

Incluye: • 2 A.T./Aux. (5D/4hs lunes a viernes Centro) carga horaria mensual 180 hs• A.T./Aux. (1Día/1hsxSemana) Comunidad/domicilio carga horaria mensual 4,5 hs• T.O Coordinadora Dispositivo carga horaria mensual 30 hs• Taller Huerta orgánica e Hidrohuerta/Jardineria Técnico// Taller Informática-Ofimática carga horaria mensual 90 hs• Psiquiatra Mensual 1 por paciente carga horaria mensual 1 h.• Entrevista individual (Fono o Psicol. quincenal ) carga horaria mensual 2,5 hs• Entrevista individual (T.O. quincenal) carga horaria mensual 2,5 hs• Entrevista con Familiares carga horaria mensual 1 h• Interconsulta (cualquier integrante del equipo puede solicitarla 2 profesionales) carga horaria mensual 2 hs• Coordinación mensual de Grupo Ori. Familiares (2 Prof 2,5hs) carga horaria mensual 5 hs• Evaluación Mensual Proceso de Atención (2Prof x 2,5hs) carga horaria mensual 5 hs• Reunión de equipo semanal (1x semana/1,5hs) (8 Profesionales) carga horaria mensual 48 hsFacturación: No se recepcionará facturación que no haya sido validada a través del Sistema de Validación On Line vigente (SIA Incompatibilidades: No puede ser solicitado en el mismo mes en conjunto con otros módulos incluidos en este nomenclador, excepto los de admisión. No puede ser solicitado en conjunto con prestaciones del nomenclador de discapacidad.

2 25300700 DISPOSITIVO INTEGRAL MEDIANA INTENSIDAD A

MÓDULOS DE MEDIANA INTENSIDAD:
Puede ser de inicio o como resultado de evolución de un proceso Intensivo previo.
Deben contener a la persona y a su familia para afianzar conductas saludables desde intervenciones centradas en la comunicación, análisis del perfil sensorial y en la conducta.
Se contempla la capacidad de comunicación, aptitudes de generar espacios de vinculación social saludables con pares, con las personas que formen parte de su entorno y principalmente con la familia, para generar estrategias de autoconocimiento y autorregulación.
Se establecen períodos de tres (3) meses de sostenibilidad cómo criterio para pasaje de modalidad terapéutica y disminución de apoyos, según evalúe el equipo interdisciplinario, tras la estabilización del cuadro clínico a partir de los objetivos propuestos en los desafíos comunicativos, sensoriales y de vinculación social y la asimilación de dichos aprendizajes.

Indicaciones: Dispositivo Integral Mediana Intensidad para infancias tempranas hasta personas en transición a la vida adulta.

Incluye: • 2 A.T./Aux. (1Días/4hsxSem) carga horaria mensual 36 hs• A.T./Aux. visita a domicilio 2DíasxSem 2hs - Trabajo con Paciente y Familia carga horaria mensual 18 hs• Fonoaudióloga (Grupal Aula) carga horaria mensual 2,5 hs• T.Ocupacional (Grupal Aula) carga horaria mensual 2,5 hs• Maestra integradora (Grupal Aula) carga horaria mensual 2,5 hs• PsicoMotricista. (Grupal Aula) carga horaria mensual 2,5 hs• Psicóloga. (Grupal Aula) carga horaria mensual 2,5 hs• Psicopedagoga. (Grupal Aula) carga horaria mensual 2,5 hs• Talleristas Talleres semanales Yoga -Música -Ed. Física - AVD carga horaria mensual 5 hs• Pediatras Mensual 1 por paciente carga horaria mensual 1 h. • Psiquiatra Mensual 1 por paciente carga horaria mensual 1 h. • Entrevista individual (Fono o PsicoL Cada 15) carga horaria mensual 2,5 hs• Entrevista individual (T.O. Cada 15) carga horaria mensual 2,5 hs• Entrevista Mensual Conjunta con Familia y Paciente (2Prof) 1• Entrevista Mensual Conjunta con Familia Dinámica de sala (2Prof) 1• Coordinación mensual de Grupo Ori. Familiares (2Prof coordinador médico y terapéutico) 5• Evaluación Mensual Proceso de Atención (2Prof coordinador médico y terapéutico) 5• Reunión de equipo semanal (1x semana/1,5hs) (12 Profesionales) 48 hs• Planificaciones de equipo semanal (1x quincenal/1,5hs) (8 Prof intervinientes más equipo) 24 hs Facturación: No se recepcionará facturación que no haya sido validada a través del Sistema de Validación On Line vigente (SIA)Incompatibilidades: No puede ser solicitado en el mismo mes en conjunto con otros módulos incluidos en este nomenclador, excepto los de admisión. No puede ser solicitado en conjunto con prestaciones del nomenclador de discapacidad.

2 25300800 DISP MEDIANA INTENSIDAD INCLUSIÈN SOCIO-LABORAL A

Indicaciones: Paciente con trastorno del espectro autista y/o discapacidades en transición a la vida adulta
o adultas estables en su cuadro clinico.

Incluye: • 1 A.T./Aux. (3Días/2hs c/día) (Comunidad - Centro) carga horaria mensual 26 hs• Taller Grupal de Trabajo quincenal (PsicoLoga y T. Ocupacional 2,5hs) carga horaria mensual 4,5 hs• T. Ocupacional Coordinadora Dispositivo carga horaria mensual 15 hs• Psiquiatra Mensual 1 por paciente carga horaria mensual 1 • Entrevista individual (Fonoaudióloga o Psicóloga) carga horaria mensual 6 hs• Entrevista individual (T.O. quincenal) carga horaria mensual 2,5 hs • Interconsulta (cualquier integrante del equipo puede solicitarla 2 profesionales) carga horaria mensual 2 hs• Entrevistas con familiares con dupla terapéutica carga horaria mensual 2 hs• Entrevistas vinculares o de pareja carga horaria mensual 1 hs• Evaluación Mensual Proceso de Atención (2Prof x 2,5hs) carga horaria mensual 5 hs• Reunión de equipo semanal (1x semana/1,5hs) (8 Profesionales) carga horaria mensual 48 hs Incompatibilidades: No puede ser solicitado en el mismo mes en conjunto con otros módulos incluidos en este nomenclador, excepto los de admisión. No puede ser solicitado en conjunto con prestaciones del nomenclador de discapacidad.

2 25300900 DISPOSITIVO MEDIANA INTENSIDAD GRUPAL A

Indicaciones: Paciente con trastorno del espectro autista y/o discapacidades en transición a la vida adulta
o adultas estables en su cuadro clinico.

Incluye: • 1 A.T./Aux. (1 día Centro) carga horaria mensual 3 • Grupo con pares semanal (dupla Psicóloga 2hs) carga horaria mensual 10 hs• Entrevista Psiquiatría quincenal por paciente carga horaria mensual 2• Entrevista individual (Fonoaudióloga o Psicóloga) carga horaria mensual 6• Entrevista individual (T.O. quincenal) carga horaria mensual 2,5 hs• Interconsulta (cualquier integrante del equipo puede solicitarla 2 profesionales) carga horaria mensual 2• Entrevistas con familiares con dupla terapéutica carga horaria mensual 2• Entrevistas vinculares o de pareja carga horaria mensual 1• Realización de Informes, médicos y terapéuticos para los diferentes procesos 1• Reunión de equipo quincenal (1,5hs cada día) (6 Profesionales) carga horaria mensual 18 hs Incompatibilidades: No puede ser solicitado en el mismo mes en conjunto con otros módulos incluidos en este nomenclador, excepto los de admisión. No puede ser solicitado en conjunto con prestaciones del nomenclador de discapacidad.

2 25301000 MODALIDAD MEDIANA INTENSIDAD ENTORNO FAMILIAR A

DISPOSITIVOS PARA ENTORNO FAMILIAR:
Destinados a atención integral y contención de los entornos de los afiliados con TEA. Debe ser solicitada individualmente a nombre del paciente a tratar, el cual debe tener una relación con un afiliado que ya se encuentre en tratamiento en el centro. El objetivo es minimizar el impacto que tiene la situación de las personas con TEA en su entorno más cercano, y brindar herramientas para una atención integral y contención del afiliado.

Indicaciones: Personas del entorno familiar de un afiliado que se encuente en tratamieto y necesite atención por su situación particular.

Incluye: • A.T./Aux. (1 día Centro) carga horaria mensual 3• Grupo elaborativo semanal (dupla Profesional del equipo 2hs) carga horaria mensual 10 hs• Entrevista Psiquiatría quincenal por paciente carga horaria mensual 2 • Entrevista individual psicoterapia Psicológica carga horaria mensual 5• Interconsulta (cualquier integrante del equipo puede solicitarla 2 profesionales) carga horaria mensual 2• Entrevistas con familiar que acompaña carga horaria mensual 1• Entrevistas vinculares o de pareja carga horaria mensual 1• Realización de Informes, médicos y terapéuticos para los diferentes procesos 1• Reunión de equipo quincenal (1,5hs cada día) (6 Profesionales) carga horaria mensual 18 hs Incompatibilidades: No puede ser solicitado en el mismo mes en conjunto con otros módulos incluidos en este nomenclador, excepto los de admisión. No puede ser solicitado en conjunto con prestaciones del nomenclador de discapacidad

**MODULOS AMBULATORIOS:**
Puede ser de inicio o como resultado de evolución de un proceso intensivo previo, por lo que se define como instancia de seguimiento y cierre del proceso de atención.
Debe dar atención a personas que han desarrollado habilidades funcionales y adaptativas en los dispositivos de mayor complejidad, como así también a aquellas personas con niveles de desafíos en el desarrollo que pueden ser ubicados dentro de lo denominado Trastorno de Asperger. Siendo individuos con habla fluida, funcional y de alta complejidad pero que presentan rigidez comportamental, intereses restringidos, baja tolerancia a la frustración, dificultad para la comprensión del doble sentido, la ironía, sentimientos de falta de pertenencia a los grupos sociales y altas posibilidades a la depresión.

2 25301100 MODALIDAD AMB INTENSIVA INFANCIAS - TVA - ADULTOS A

**Indicaciones:** Infancias, afiliados en transición a la vida adulta o adultas que requieren de menores apoyos, intermitente. **Incluye**: • AT/Aux 1hs x semana carga horaria mensual 5 hs• Entrevista Psiquiatría quincenal por paciente carga horaria mensual 2 hs• Entrevista individual (Fonoaudióloga o Psicóloga) carga horaria mensual 4 hs• Entrevista individual (T.O. quincenal) carga horaria mensual 2 hs• Interconsulta (cualquier integrante del equipo puede solicitarla 2 profesionales) carga horaria mensual 2 hs• Entrevistas con familiares con dupla terapéutica 2 entrevistas• Entrevistas vinculares o de pareja 1 entrevista• Realización de Informes, médicos y terapéuticos para los diferentes procesos 1 informe• Atención telefónica para situaciones de emergencia o urgencia clínica• Reunión de equipo quincenal (1,5hs c/día) (6 Prof.) carga horaria mensual 12 hs **Incompatibilidades**: No puede ser solicitado en el mismo mes en conjunto con otros módulos incluidos en este nomenclador, excepto los de admisión. No puede ser solicitado en conjunto con prestaciones del nomenclador de discapacidad.

2 25301200 MODALIDAD AMB SEGUIMIENTO INTENSIVO ENTORNO FAMILI A

Indicaciones: Dispositivo Modalidad Ambulatoria para personas del entorno familiar de un afiliado que se encuente en tratamieto y necesite atención por su situación particular

Incluye: • Entrevista Psiquiatría mensual por paciente carga horaria mensual 1 hs• Entrevista individual Psicología carga horaria mensual 5 hs• Interconsulta (cualquier integrante del equipo puede solicitarla 2 profesionales) 2 interconsultas• Entrevistas con familiares - referentes 1 entrevista • Entrevistas vinculares o de pareja 1 entrevista• Realización de Informes, médicos y terapéuticos para los diferentes procesos 1 informe • Atención telefónica para situaciones de emergencia o urgencia clínica• Reunión de equipo quincenal (1,5hs c/día) carga horaria mensual 6 hs Incompatibilidades: No puede ser solicitado en el mismo mes en conjunto con otros módulos incluidos en este nomenclador, excepto los de admisión. No puede ser solicitado en conjunto con prestaciones del nomenclador de discapacidad.

2 25301300 MODALIDAD AMBULATORIA MEDIANA INTENSIDAD A

**Indicaciones:** Pacientes con TEA con cuadros leves de inicio o como progresón de tratamienos de mayor complejidad.Dispositivo Modalidad Ambulatoria Mediana Intensidad para Infancias, TVA y Adultos. Cuentan con coordinación médica y terapéutica **Incluye:** • AT/Aux 1hs x quincenal carga horaria mensual 2,5• Entrevista Psiquiatría quincenal por paciente carga horaria mensual 1• Entrevista individual (Fonoaudiologa o Psicologa) carga horaria mensual 2• Entrevista individual (T.O. quincenal) carga horaria mensual 2• Interconsulta (cualquier integrante del equipo puede solicitarla 2 profesionales) carga horaria mensual 2• Entrevistas con familiares con dupla terapéutica carga horaria mensual 2• Entrevistas vinculares o de pareja carga horaria mensual 1• Realización de Informes, médicos y terapéuticos para los diferentes procesos 1• Atención telefónica para situaciones de emergencia o urgencia clínica• Reunión de equipo quincenal (1,5hs c/día) (6 Prof.) carga horaria mensual 12 **Incompatibilidades**: No puede ser solicitado en el mismo mes en conjunto con otros módulos incluidos en este nomenclador, excepto los de admisión. No puede ser solicitado en conjunto con prestaciones del nomenclador de discapacidad.

2 25301400 MOD AMB SEGUIMIENTO MEDIANA INTENSIDAD ENTORNO FAM A

**Indicaciones:** Personas del entorno de pacientes con TEA que se encuentren en tratamiento en el centro. DEBE SER VALIDADO A NOMBRE DEL PACIENTE/FAMILIAR, . Dispositivo Modalidad Ambulatoria Seguimiento Mediana Intensidad para Entorno Familiar. Madre – Padre – Tutor – Hermanos/as (las prácticas corresponden a cada afiliado en particular). Cuentan con coordinación médica y terapéutica.

**Incluye:** • Entrevista Psiquiatría mensual por paciente 1• Entrevista individual Psicología 3• Interconsulta (cualquier integrante del equipo puede solicitarla 2 profesionales) 2• Entrevistas con familiares - referentes 1• Entrevistas vinculares o de pareja 1• Realización de Informes, médicos y terapéuticos para los diferentes procesos 1• Atención telefónica para situaciones de emergencia o urgencia clínica• Reunión de equipo quincenal (1,5hs c/día) **Incompatibilidades**: No puede ser solicitado en el mismo mes en conjunto con otros módulos incluidos en este nomenclador, excepto los de admisión. No puede ser solicitado en conjunto con prestaciones del nomenclador de discapacidad.

2 25301500 MODALIDAD AMBULATORIA SEGUIMIENTO

Indicaciones: Pacientes con TEA con cuadros leves, de inicio o como evlución de tratamientos de mayor complejidad.Dispositivo Modalidad Ambulatoria de Seguimiento para Infancias, TVA y Adultos. Cuentan con coordinación médica y terapéutica.

Incluye: • Entrevista Psiquiatría mensual por paciente 1 entrevista • Entrevista individual (fonoaudióloga o Psicóloga) 1 entrevista• Entrevista individual (T.O. quincenal) 1 entrevista• Interconsulta (cualquier integrante del equipo puede solicitarla 2 profesionales) 2 interconsultas• Entrevistas con familiares con dupla terapéutica 2 entrevistas• Entrevistas vinculares o de pareja 1 entrevista• Realización de Informes, médicos y terapéuticos para los diferentes procesos 1• Atención telefónica para situaciones de emergencia o urgencia clínica• Reunión de equipo quincenal (1,5hs c/día) (6 Prof.) 12 hs Incompatibilidades: No puede ser solicitado en el mismo mes en conjunto con otros módulos incluidos en este nomenclador, excepto los de admisión. No puede ser solicitado en conjunto con prestaciones del nomenclador de discapacidad.

25500100 ACTIVIDAD FISICA POR SESION - ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

Incompatibilidades: No pdra realizarse junto con: 25100300 - 25200200

**MEDICINA NUCLEAR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 26010100 | CURVA DE CAPTACION TIROIDEA - 3 DETERMINACIONES- | A |
| 2 | 26010100 | CURVA DE CAPTACION TIROIDEA - 3 DETERMINACIONES- | I |
| 2 | 26010300 | EXCRECION URINARIA DE I-131 INCLUYE MATER. RADIACT | A |
| 2 | 26010300 | EXCRECION URINARIA DE I-131 INCLUYE MATER. RADIACT | I |
| 2 | 26010700 | DOSIS TERAP. TIROTOXICOSIS INCL. VIDA MEDIA Y CONT | A |
| 2 | 26010700 | DOSIS TERAP. TIROTOXICOSIS INCL. VIDA MEDIA Y CONT | I |
| 2 | 26010800 | TRATAM. CARCINOMA DE TIROIDES EXCL. GASTOS RADIO | A |
| 2 | 26010800 | TRATAM. CARCINOMA DE TIROIDES EXCL. GASTOS RADIO | I |
| 2 | 26013100 | DOSIS TERAPEU. PARA TRATAM.POLICITEMIA VERA P32 | A |
| 2 | 26013100 | DOSIS TERAPEU. PARA TRATAM.POLICITEMIA VERA P32 | I |
| 2 | 26013400 | RELACION PERFUSION VENTILACION CON XE133 | A |
| 2 | 26013400 | RELACION PERFUSION VENTILACION CON XE133 | I |
| 2 | 26020100 | CENTELLOGRAMA DE CEREBRO, 2 POSICIONES | A |
| 2 | 26020100 | CENTELLOGRAMA DE CEREBRO, 2 POSICIONES | I |
| 2 | 26020200 | CENTELLOGRAMA DE CEREBRO (POR CADA POSICION SUBSIG | A |
| 2 | 26020200 | CENTELLOGRAMA DE CEREBRO (POR CADA POSICION SUBSIG | I |
| 2 | 26020300 | CENTELLOGRAMA MEDULA OSEA | A |
| 2 | 26020300 | CENTELLOGRAMA MEDULA OSEA | I |
| 2 | 26020400 | MIELOGRAFIA ISOTOPICA | A |
| 2 | 26020400 | MIELOGRAFIA ISOTOPICA | I |
| 2 | 26020500 | CISTERNOGRAFIA ISOTOPICA | A |
| 2 | 26020500 | CISTERNOGRAFIA ISOTOPICA | I |
| 2 | 26020600 | FISTULOGRAFIA ISOTOPICA LCR | A |
| 2 | 26020600 | FISTULOGRAFIA ISOTOPICA LCR | I |
| 2 | 26020700 | VENTRICULOGRAFIA ISOTOPICA | A |
| 2 | 26020700 | VENTRICULOGRAFIA ISOTOPICA | I |
| 2 | 26020800 | CENTELLOGRAMA OSEO 1 AREA | A |
| 2 | 26020800 | CENTELLOGRAMA OSEO 1 AREA | I |
| 2 | 26020900 | CENTELLOGRAMA OSEO AREAS SUBSIGUIENTES | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 26020900 | CENTELLOGRAMA OSEO AREAS SUBSIGUIENTES | I |
| 2 | 26021100 | CENTELLOGRAMA DE TIROIDES | A |
| 2 | 26021100 | CENTELLOGRAMA DE TIROIDES | I |
| 2 | 26021200 | CENTELLOGRAMA DE TIROIDES Y MEDIASTINO | A |
| 2 | 26021200 | CENTELLOGRAMA DE TIROIDES Y MEDIASTINO | I |
| 2 | 26021300 | BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA DE TIROIDES | A |
| 2 | 26021300 | BARRIDO TOTAL P/CARCINOMA DE TIROIDES | I |
| 2 | 26021400 | CENTELLO. DE PARATIROIDES | A |
| 2 | 26021400 | CENTELLO. DE PARATIROIDES | I |
| 2 | 26021500 | CENTELLOGRAMA DE GLANDULAS SALIVALES | A |
| 2 | 26021500 | CENTELLOGRAMA DE GLANDULAS SALIVALES | I |
| 2 | 26021600 | CENTELLOGRAMA DE PULMON 2(POSICIONES COMO MINIMO) | A |
| 2 | 26021600 | CENTELLOGRAMA DE PULMON 2(POSICIONES COMO MINIMO) | I |
| 2 | 26021700 | CENTELLOGRAMA HEPATICO 2(POSICIONES COMO MINIMO) | A |
| 2 | 26021800 | CENTELLOGRAMA DEL POOL VASCULAR HEPATICO | A |
| 2 | 26021800 | CENTELLOGRAMA DEL POOL VASCULAR HEPATICO | I |
| 2 | 26022000 | CENTELLOGRAMA DE BAZO | A |
| 2 | 26022000 | CENTELLOGRAMA DE BAZO | I |
| 2 | 26022100 | CENTELLO RENAL BILATERAL | A |
| 2 | 26022100 | CENTELLO RENAL BILATERAL | I |
| 2 | 26022200 | CENTELLOGRAMA DEL POOL VASCULAR RENAL | A |
| 2 | 26022200 | CENTELLOGRAMA DEL POOL VASCULAR RENAL | I |
| 2 | 26022400 | CENTELLOGRAMA DE VIAS LINFATICAS | A |
| 2 | 26022400 | CENTELLOGRAMA DE VIAS LINFATICAS | I |
| 2 | 26022500 | CENTELLOGRAMA (POR POSICIONES ADICIONALES) | A |
| 2 | 26022500 | CENTELLOGRAMA (POR POSICIONES ADICIONALES) | I |
| 2 | 26023100 | EST.DE PERFUSION MIOCARDICA SPECT C/MAT.RADIAC.Y E | A |
| 2 | 26023100 | EST.DE PERFUSION MIOCARDICA SPECT C/MAT.RADIAC.Y E | I |
| 2 | 26023200 | EST.DE PERF.MIOCARDICA SPECT C/MAT.RADIAC.C/DIPIRI | A |
| 2 | 26023200 | EST.DE PERF.MIOCARDICA SPECT C/MAT.RADIAC.C/DIPIRI | I |
| 2 | 26023300 | EST.DE PERF.MIOCARDICA SPECT C/MAT.RADIAC.C/DOBUTA | A |
| 2 | 26023300 | EST.DE PERF.MIOCARDICA SPECT C/MAT.RADIAC.C/DOBUTA | I |
| 2 | 26023400 | EST.DE FUNC.VENTRICULAR IZQ.C/SPECT REPOSO ESF.C/M | A |
| 2 | 26023400 | EST.DE FUNC.VENTRICULAR IZQ.C/SPECT REPOSO ESF.C/M | I |
| 2 | 26040100 | PRUEBA ESTIM. SECREC. SOMATOTROFINA C/DETERM.STH1 | A |
| 2 | 26040100 | PRUEBA ESTIM. SECREC. SOMATOTROFINA C/DETERM.STH1 | I |
| 2 | 26040200 | PRUEBA FRENO SECREC. SOMATOTROFINA C/DETERM.STH1,2 | A |
| 2 | 26040200 | PRUEBA FRENO SECREC. SOMATOTROFINA C/DETERM.STH1,2 | I |
| 2 | 26040300 | PRUEBA ESTIM. HIPOTALAMO HIPOFISIARIA C/DETER.FSH1 | A |
| 2 | 26040300 | PRUEBA ESTIM. HIPOTALAMO HIPOFISIARIA C/DETER.FSH1 | I |
| 2 | 26040400 | PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO HIPOFISIARIA C/DETER.LH1,4 | A |
| 2 | 26040400 | PRUEBA ESTIM.HIPOTALAMO HIPOFISIARIA C/DETER.LH1,4 | I |
| 2 | 26040500 | PRUEBA ESTIM. GONADAL CON HORMONA GONATROPA CORION | A |
| 2 | 26040500 | PRUEBA ESTIM. GONADAL CON HORMONA GONATROPA CORION | I |
| 2 | 26040600 | PRUEBA DE ESTIM.GONADAL C/ HGG C/DETERM.TESTOSTERO | A |
| 2 | 26040600 | PRUEBA DE ESTIM.GONADAL C/ HGG C/DETERM.TESTOSTERO | I |
| 2 | 26040700 | PBA.ESTIMULO C/DETERM.TSH Y TIROXINA PLASMATICA(T4 | A |
| 2 | 26040700 | PBA.ESTIMULO C/DETERM.TSH Y TIROXINA PLASMATICA(T4 | I |
| 2 | 26040800 | PBA.ESTIMULO C/TRH C/DETERMINAC.DE TSH. | A |
| 2 | 26040800 | PBA.ESTIMULO C/TRH C/DETERMINAC.DE TSH. | I |
| 2 | 26040900 | ESTIMULO HIPOTALAMICO HIPOFISIARIO C/DETERM.ACTH | A |
| 2 | 26040900 | ESTIMULO HIPOTALAMICO HIPOFISIARIO C/DETERM.ACTH | I |
| 2 | 26041000 | INHIBICION HIPOTALAMICO HIPOFISIARIO C/DETERM.ACTH | A |
| 2 | 26041000 | INHIBICION HIPOTALAMICO HIPOFISIARIO C/DETERM.ACTH | I |
| 2 | 26041100 | PBAS.INHIBICION DE MUQUET OSIMILARES C/DETER.CORTI | A |
| 2 | 26041100 | PBAS.INHIBICION DE MUQUET OSIMILARES C/DETER.CORTI | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 26041200 | ESTUDIO DEL RITMO CIRCADIANO DE CORTISOL | A |
| 2 | 26041200 | ESTUDIO DEL RITMO CIRCADIANO DE CORTISOL | I |
| 2 | 26041300 | PBA.ESTIM.HIPOTALAMICA HIPOFISIARIA C/DET.PROLACTI | A |
| 2 | 26041300 | PBA.ESTIM.HIPOTALAMICA HIPOFISIARIA C/DET.PROLACTI | I |
| 2 | 26041400 | PBA.INHIBICION HIPOTALAMICA HIPOFISIARIA C/PROLACT | A |
| 2 | 26041400 | PBA.INHIBICION HIPOTALAMICA HIPOFISIARIA C/PROLACT | I |
| 2 | 26050100 | CENTELLOGRAMA CEREBRO 2 POSICIONES | A |
| 2 | 26050100 | CENTELLOGRAMA CEREBRO 2 POSICIONES | I |
| 2 | 26050200 | CENTELLOGRAMA POSICION SUBSIGUIENTE. | A |
| 2 | 26050200 | CENTELLOGRAMA POSICION SUBSIGUIENTE. | I |
| 2 | 26050400 | MIELOGRAFIA ISOTOPICA | A |
| 2 | 26050400 | MIELOGRAFIA ISOTOPICA | I |
| 2 | 26050500 | CISTERNOGRAFIA ISOTOPICA. | A |
| 2 | 26050500 | CISTERNOGRAFIA ISOTOPICA. | I |
| 2 | 26050600 | FISTULOGRAFIA ISOTOPICA DELL.C.R.EXCLUIDO | A |
| 2 | 26050600 | FISTULOGRAFIA ISOTOPICA DELL.C.R.EXCLUIDO | I |
| 2 | 26050700 | VENTRICULOGRAFIA ISOTOPICA.EXCLUIDO | A |
| 2 | 26050700 | VENTRICULOGRAFIA ISOTOPICA.EXCLUIDO | I |
| 2 | 26050800 | CENTELLOGRAMA OSEO (1 AREA) | A |
| 2 | 26050800 | CENTELLOGRAMA OSEO (1 AREA) | I |
| 2 | 26050900 | AREAS SUBSIGUIENTES | A |
| 2 | 26050900 | AREAS SUBSIGUIENTES | I |
| 2 | 26051100 | CENTELLOGRAMA DE TIROIDES | A |
| 2 | 26051100 | CENTELLOGRAMA DE TIROIDES | I |
| 2 | 26051200 | CENTELLOGRAMA DE TIROIDES Y MEDIASTINO | A |
| 2 | 26051200 | CENTELLOGRAMA DE TIROIDES Y MEDIASTINO | I |
| 2 | 26051300 | BARRIDO TOTAL(PARA CARCINOMA DE TIROIDES) | A |
| 2 | 26051300 | BARRIDO TOTAL(PARA CARCINOMA DE TIROIDES) | I |
| 2 | 26051400 | CENTELLO. DE PARATIROIDES | I |
| 2 | 26051500 | CENTELLOGRAMA GLANDULAS SALIVALES | A |
| 2 | 26051500 | CENTELLOGRAMA GLANDULAS SALIVALES | I |
| 2 | 26051600 | CENTELLOGRAMA PULMON (2 POSICIONES COMO MINIMO) | A |
| 2 | 26051600 | CENTELLOGRAMA PULMON (2 POSICIONES COMO MINIMO) | I |
| 2 | 26051700 | CENTELLOGRAMA HEPATICO (2 POSICIONES COMO MINIMO) | A |
| 2 | 26051700 | CENTELLOGRAMA HEPATICO (2 POSICIONES COMO MINIMO) | I |
| 2 | 26051800 | CENTELLOGRAFIA DEL POOL VASCULAR HEPATICO | A |
| 2 | 26051800 | CENTELLOGRAFIA DEL POOL VASCULAR HEPATICO | I |
| 2 | 26051900 | CENTELLOGRAMA DE PANCREAS | A |
| 2 | 26051900 | CENTELLOGRAMA DE PANCREAS | I |
| 2 | 26052000 | CENTELLOGRAMA DE BAZO | A |
| 2 | 26052000 | CENTELLOGRAMA DE BAZO | I |
| 2 | 26052100 | CENTELLOGRAMA RENAL (BI LATERAL) | A |
| 2 | 26052100 | CENTELLOGRAMA RENAL (BI LATERAL) | I |
| 2 | 26052200 | CENTELLOGRAFIA DEL POOL VASCULAR RENAL | A |
| 2 | 26052200 | CENTELLOGRAFIA DEL POOL VASCULAR RENAL | I |
| 2 | 26052400 | CENTELLOGRAMA VIAS LINFATICAS(ABDOMINOIGUINALES,AX | A |
| 2 | 26052400 | CENTELLOGRAMA VIAS LINFATICAS(ABDOMINOIGUINALES,AX | I |
| 2 | 26052500 | ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA POR AREA. | A |
| 2 | 26052500 | ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA POR AREA. | I |
| 2 | 26052600 | ESTUDIO DINAMICO RENAL INC.CIR.SANG.CENT.RENAL.RAD | A |
| 2 | 26052600 | ESTUDIO DINAMICO RENAL INC.CIR.SANG.CENT.RENAL.RAD | I |
| 2 | 26052700 | RADIOCARDIOGRAMA | A |
| 2 | 26052700 | RADIOCARDIOGRAMA | I |
| 2 | 26052801 | PERFUSION SANGUINEA MIOCARDC/RADIOISOTOPOS | A |
| 2 | 26052801 | PERFUSION SANGUINEA MIOCARDC/RADIOISOTOPOS | I |
| 2 | 26052802 | REPOSO Y PRUEBA DE ESFUERZO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 26052802 | REPOSO Y PRUEBA DE ESFUERZO | I |
| 2 | 26052900 | FLEBOGRAFIA P/AREAS SAFEENAS,FEM.IALICAS,HUMERAL. | A |
| 2 | 26052900 | FLEBOGRAFIA P/AREAS SAFEENAS,FEM.IALICAS,HUMERAL. | I |
| 2 | 26053000 | POR AREA ADICIONAL | A |
| 2 | 26053000 | POR AREA ADICIONAL | I |
| 2 | 26053100 | DINAMICA DEL TRANSITO ESOFAGOGASTRICO. | A |
| 2 | 26053100 | DINAMICA DEL TRANSITO ESOFAGOGASTRICO. | I |
| 2 | 26053200 | DINAMICA TRANSITO INTES TINAL | A |
| 2 | 26053200 | DINAMICA TRANSITO INTES TINAL | I |
| 2 | 26053300 | CISTOGRAFIA RADIOISOTOPICA POST RADIORRENOGRAMA | A |
| 2 | 26053300 | CISTOGRAFIA RADIOISOTOPICA POST RADIORRENOGRAMA | I |

**NEFROLOGIA**

DESCRIPCIÓN
La insuficiencia renal es un síndrome clínico con diversas causas caracterizado por una disminución de la función renal.
Para el tratamiento de pacientes con disminución de la función renal reversible o irreversible se suele requerir diálisis, pudiendo realizarse la misma por vía vascular (hemodiálisis) o por vía peritoneal (diálisis peritoneal).

La necesidad de tratamiento dialítico se ajusta a indicaciones médicas precisas y ante fallas de la función renal que determine desequilibrios severos del medio interno o acumulación de productos químicos consecuencia de la mala depuración renal.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 27030100 | MODULO HEMODIALISIS CON RIÑON ARTIFICIAL EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (adultos o pediatricos) | I |

**Incluye:**
- Provisión de un equipo portátil para hemodiálisis con control volumétrico de ultrafiltración y demás monitoreos exigidos por la ley.
- Material descartable:
- Filtros para hemodiálisis
- Agujas descartables para fístulas
- Tubuladuras arteriales y venosas descartables
- Jeringas descartables
- Tubuladuras para infusiones endovenosas descartables
- Transductores de presión descartables
- Dializadores de bajo flujo (filtros para diálisis)
- Elementos para asepsia y antisepsia (Barbijos, guantes descartables, anteojos protectores, delantal, etc.)
- Concentrado para diálisis: incluyendo baño de bicarbonato, glucosa, etc. Según necesidad del paciente y personalización del tratamiento. Los concentrados para la hemodiálisis cumplen formalmente en todos y cada uno de sus aspectos con la Disposición ANMAT 2795/97
- Medicamentos específicos y habituales a utilizar durante la sesión de diálisis: (Soluciones Fisiológicas, Soluciones hipertónicas, Glucosadas y de CINA, Analgésicos, Antieméticos, Antipiréticos, Antiespasmódicos, Complejos Vitamínico B, Ácido Fólico, Carbonato y Lactato de Calcio, Calcitriol oral y endovenoso, Sales de hierro oral y endovenoso, Eritropoyetina, heparina).

Aclaración: corresponde su utilización tanto en adultos y como niños.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 27030100 | MODULO HEMODIALISIS CON RIÑON ARTIFICIAL EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA | A |
| 2 | 27030200 | MODULO PROVISION Y COLOCACION DE CATETER DE HEMODIALISIS | I |

Incluye:
 Catéter
 colocación
Aclaración:
 El prestador no puede facturar internación, medicación ni descartables, ya que esta prestación debe transaccionarse conjuntamente con el ítem 43.40.01 MÓDULO INTERNACIÓN DÍA PARA CIRUGÍAS MENORES AMBULATORIAS.

2 27030200 MODULO PROVISION Y COLOCACION DE CATETER DE HEMODIALISIS A

Incluye:
 Catéter
 colocación
Aclaración:
 El prestador no puede facturar internación, medicación ni descartables, ya que esta prestación debe transaccionarse conjuntamente con el ítem 43.40.01 MÓDULO INTERNACIÓN DÍA PARA CIRUGÍAS MENORES AMBULATORIAS.

2 27030300 MODULO HEMODIALISIS CRÓNICA POR SESIÓN A

Incluye: Sesiones de hemodialísis, las cuales se facturarán por sesión individual,
 Material descartable:
 Filtros para diálisis
 Agujas descartables para fístulas.
 Agujas 25/8:2
 Agujas para diálisis.
 Presostato: 1
 Tubuladuras arteriales y venosas descartables
 Jeringas descartables
 Tubuladuras para infusiones endovenosas descartables
 Transductores de presión descartables
 Elementos de asepsia y antisepsia (barbijos, guantes descartables, anteojos, protectores, delantal, etc.)
Concentrado para hemodiálisis: Incluyendo baño de bicarbonato, glucosa, etc. Según la necesidad del paciente y personalización de tratamiento. Los concentrados para la hemodiálisis cumplen formalmente en todos y cada uno de sus aspectos con la Disposición ANMAT 2795/97.
Medicamentos específicos y habituales a utilizar durante la sesión de diálisis: (soluciones fisiológicas, soluciones hipertónicas glucosadas, y de Cina, analgésicos, antieméticos, Antiespasmódicos, complejos vitamínicos B, Ácido Fólico, Carbonato y Lactato de Calcio, Calcitriol oral y endovenoso, Sales de hierro oral y endovenoso, eritropoyetina, heparina, protamina).
 Análisis de laboratorio (a cargo del prestador en su totalidad)
 Laboratorio de ingreso
 Laboratorio control mensual
 Laboratorio de control trimestral
 Laboratorio de control semestral
 Estudios para el virus de la hepatitis B
● Accesos vasculares: toda practica requerida para su realización y/o reparación.

 Apoyo psicológico
 Atención nutricional, con la provision de un refrigerio solido y liquido en cada sesión
 Asistencia Social
 Guardia pasiva de Médico Nefrólogo y Técnico de hemodiálisis fuera de los horarios de actividad del Centro para asistir urgencias y realizar tratamiento hemodialíticos de emergencia.
 El prestador no podrá facturar internación ni ninguna de las prestaciones médicas antes mencionadas.

**EXCLUSIONES**

Quedan excluidos de dicho módulo, las siguientes prestaciones:
Exámenes complementarios necesarios para inscripción de los pacientes en lista de ingreso del INCUCAI
Cirugía vascular (Fístulas, Prótesis, Catéteres)
Análisis de Histocompatibilidad de ingreso, Cross match Semestral y cross match de operativos de transplante.
Traslado de pacientes.
Vacunación para prevención de Hepatitis B, Gripe, Tétanos y Neumococo, según normas de infectología.

Consultas con otras especialidades médicas que requieran el paciente.
- Medicación no relacionada al tratamiento de hemodiálisis
- Material descartable relacionado al tratamiento de hemodiálisis que no figuren en los módulos.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 27030400 | PROVISIÓN Y COLOCACIÓN DE CATETER PARA D.P.C.A. | I |

Incluye:
 Catéter y su colocación.
Aclaración:
 El prestador no puede facturar internación, medicación ni descartables, ya que esta prestación debe transaccionarse conjuntamente con el ítem 43.40.01 MÓDULO INTERNACIÓN DÍA PARA CIRUGÍAS MENORES AMBULATORIAS.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 27030400 | PROVISIÓN Y COLOCACIÓN DE CATETER PARA D.P.C.A. | I |

Incluye:
 Catéter y su colocación.
Aclaración:
 El prestador no puede facturar internación, medicación ni descartables, ya que esta prestación debe transaccionarse conjuntamente con el ítem 43.40.01 MÓDULO INTERNACIÓN DÍA PARA CIRUGÍAS MENORES AMBULATORIAS.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 27030500 | MÓDULO DE DIÁLISIS PERITONEAL INTERMITENTE PEDIATRICO | A |

Incluye:
 Honorarios por seis (6) horas de diálisis
Medicación:
 Solución para diálisis peritoneal
 Set de diálisis V 307 o 308
 Solución hipertónica de dextrosa a partir del 2%
 Heparina 5000 UI
 Material descartable

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 27030600 | MÓDULO MENSUAL DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA, D. | A |

Incluye:
 Consultas médicas como mínimo una mensual
 Disponibilidad permanente del médico Nefrólogo entrenado en D.P.C.A.
 Provisión de todo el material necesario para D.P.C.A.
 Material descartable: soluciones de diálisis peritoneal con asistencia de doble bolsa en Y, de distinto volumen y concentración, de acuerdo al requerimiento del paciente. Pinzas, desinfectantes para manos, tapas, otros materiales necesarios para realizar el procedimiento (gasas, cinta hipoalergénica, toallas de papel, entre otros). Líneas de extensión de catéter, bolsas y conectores para cicladora en pacientes que tienen indicado realizar esa modalidad.
 Prestaciones Bioquímicas: las prácticas bioquímicas incluidas dentro del presente módulo son las siguientes en acuerdo a la periodicidad que se establece para cada una. Como en las demás especificaciones la totalidad de lo
detallado se encuentra a cargo del Prestador. Los controles de laboratorio son en sangre, orina y líquido peritoneal.
 Laboratorio Mensual
 Laboratorio de control trimestral
 Laboratorio control semestral
 Laboratorio control cuatrimestral
 Laboratorio de control anual
 Laboratorio control según requerimiento
 Estudios para el virus de la Hepatitis B

● Apoyo psicológico
● Atención nutricional
● Asistencia Social
● Guardia pasiva de Médico Nefrólogo y Técnico de hemodiálisis fuera de los horarios de actividad de los centros para asistir urgencia y realizar tratamientos hemodialíticos de emergencia.
● Honorario del equipo tratante: médicos, enfermeras, nutricionista, asistente social, psicóloga, guardias pasivas con telefonía móvil de enfermero y médico para asistir las urgencias relacionadas con la técnica, tratamiento de complicaciones infecciosas, reentrenamiento y educación continua del paciente.
● Eritropoyetina de considerarse necesaria y toda otra medicación inherente a la sesión de D.P.C.A. que fuera prescrita durante los periodos en los que los pacientes se encuentran realizando el tratamiento sustitutivo, tendrán la cobertura del Centro Asistencial.

Este tratamiento puede realizarse tanto de forma manual como con cicladora

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 27030700 | MÓDULO EXTRACCIÓN DE CATETER D.P.C.A. | I |

Incluye:
 Honorarios médicos del cirujano, ayudante y anestesista.
Aclaración:
 El prestador no puede facturar internación, medicación ni descartables, ya que esta prestación debe transaccionarse conjuntamente con el ítem 43.40.01 MÓDULO INTERNACIÓN DÍA PARA CIRUGÍAS MENORES AMBULATORIAS.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 27030700 | MÓDULO EXTRACCIÓN DE CATETER D.P.C.A. | I |
| 2 | 27030800 | DIALISIS EXTENDIDA | A |

Indicaciones:  Shock séptico.  Inestabilidad Hemodinámica con dificultad para la ultrafiltración de líquidos.  Hiperamonemia con rebote.
Incluye:
 Provisión de un equipo portátil para hemodiálisis con control volumétrico de ultrafiltración y demás monitoreos exigidos por la ley.
 Honorarios médicos
Material descartable:
 Filtros para hemodiálisis
 Agujas descartables para fístulas
 Tubuladuras arteriales y venosas descartables
 Jeringas descartables
 Tubuladuras para infusiones endovenosas descartables
 Transductores de presión descartables
 Dializadores de bajo flujo (filtros para diálisis)
 Elementos para asepsia y antisepsia (Barbijos, guantes descartables, anteojos protectores, delantal, etc.)
 Concentrado para diálisis: incluyendo baño de bicarbonato, glucosa, etc. Según necesidad del paciente y personalización del tratamiento. Los concentrados para la hemodiálisis cumplen formalmente en todos y cada uno de sus aspectos con la Disposición ANMAT 2795/97
 Medicamentos específicos y habituales a utilizar durante la sesión de diálisis: (Soluciones Fisiológicas, Soluciones hipertónicas, Glucosadas y de CINA, Analgésicos, Antieméticos, Antipiréticos, Antiespasmódicos, Complejos Vitamínico B, Ácido Fólico, Carbonato y Lactato de Calcio, Calcitriol oral y endovenoso, Sales de hierro oral y endovenoso, Eritropoyetina, heparina).

**NEUMONOLOGIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 28020100 | EVALUACION NEUMONOLOGIA | A |
| | | **Incluye: exámenes clínicos enfocado a signos y síntomas pulmonares y/o vías aéreas, interrogatorio minicioso a los pacientes, recopilación de antecedentes patológicos, antecedentes familiares, conversar con los padres o familiares en caso de pacientes pediátricos o con grado de discapacidad que no permita realizar el interrogatorio al paciente. Informar sobre posibles efectos adversos de la mediación, indicación de conductas Realización de H CL.2 evaluaciones anuales o 4 en el caso que el paciente cambie de profesional** | |
| 2 | 28020200 | ESPIROMETRIA COMPUTADA | A |
| | | **Incluye: espirometría pre y post broncodilatadores (fid), curva flujo volumen, interpretación e informe, fármacos (tid), pipetas. Indicaciories: disnea, tos persistente, asma, EPOC, fibicasis quistica, intersticiopatia, cologenopatia, monitoreo de tratamientos de enfermedades ocupacionales, otras enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades neuromusculares obesidad, SAHOS, pre y postquinirgicos.** | |
| 2 | 28020300 | MEDICION VOLUMENES PULMONARES ETHICOS. REENTENCIA DE VILAS AEREAS RAW | A |
| | | **Incluye pletismografia, lavado de nitrógeno o cualquier otra tecnica. Indicaciones: disnea, tos A persistente, asma, EPOC, fibrosis quistica, intersticiopatia, cologenopatia, monitoreo de tratamientos de enfermedades ocupacionales, otras enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades neuromusculares, obesidad, SAHOS, pre y postquirúrgicos.** | |
| 2 | 28020400 | PRUEBA DE DIFUSION DE MONOXIDO DE CARBONO (DLCO) | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Indicaciones: disnea, tos persistente, asma, EPOC, fibrosis quistica, intersticiopatia, cologenopatia, monitoreo de tratamientos de enfermedades ocupacionales, otras enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades neuromusculares, obesidad, SAHOS, pre y postquirúrgicos, HTP.** | |
| 2 | 28020500 | MEDICIONES DE PRESIONES BUCALES MAXIMAS (PIMAX Y PeMAX) | A |
| | | **Indicaciones: enfermedades neuromusculares, intersticiopatia, destete dificultoso, obesidad, cologenopatias.** | |
| 2 | 28020600 | TEST DE CAMINATA | A |
| | | **Incluye: medida de saturación de Oxígeno. Indicaciones: EPOC, disnea, intersticiopatia, HTP.** | |
| 2 | 28020700 | PRUEBA DE TITULACION CON OXIGENO PARA OXIGENOTERAPIA | A |
| | | **Indicaciones: Pacientes que inician OCD requieren 2 por año en forma rutinaria. Indicaciones: pacientes que reagudizan enfermedades de base, EPOC, hipoventilación, fibrosis quística, Intersticiopatia, colagenopatia, enfermedades neuromusculares.** | |
| 2 | 28020800 | TEST DE BRONCOPROVOCACION CON EJERCICIO, METACOLINA O HISTAMINA | A |
| | | **A Indicaciones: Disnea, sibilancias, tos, asma oculta, hiperrreactividad bronquial, sospecha de asma, asma por frio y ejercicio, asma ocupacional.** | |
| 2 | 28020900 | TEST DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR CON CONSUMO DE OXIGENO | A |
| | | **A Indicaciones: prequirúrgica resección pulmonar, HTP, disnea de causa no ixplicada, origen indeterminado, pacientes en rehabilitación, deportistas alto rendimiento.** | |
| 2 | 28021000 | MODULO PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA | A |
| | | Indicaciones: EPOC, fibrosis pulmonar, fibrosis quística, enfermedades neuromusculares, pre y postquirúrgico de cirugía de resección pulmonar. Incluye: 24 sesiones - 3 sesiones/semana 1 hora de duración. Duración 8 semanas. | |
| 2 | 28021100 | DETERMINACION DE GASES EN FORMA NO INVASIVA | A |
| | | Incluye: medición de aire espirado, oxido nitrico (FeNO)-monóxido de carbono A (CO)- dióxido de carbono ($CO_2$), medición transcutanea de Dioxido de carbono. Indicaciones, FeNO:asma, CO cesación TBQ. $CO_2$: SAHOS, EPOC, obesidad mórbida, hipoventilación enf neuromusculares. | |
| 2 | 28021200 | OXIMETRIA NOCTURNA, CON REGISTRO GRAFICO E INFORME | A |
| | | Indicaciones: control apnea del sueño, EPOC, exigenoterapia, HTP, síndrome hipoventilación, A HAVA (hipertrofia amigdalina y vegetaciones adenoideas) grado 3, fibrosis quistica, neuromusculares, colagenopatias, ALTE (evento de aparente amenaza a la vida), destete oxigenoterapia. | |
| 2 | 28021300 | POLIGRAFIA RESPIRATORIA NOCTURNA CON OXIMETRIA. (INCLUYE LA OXIMETIA). | A |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Indicaciones: IMC igual o mayor de 35, roncopatía, apnea presenciada por familiar, cefalea matinal, preoperatorio en otorronolaringología (ronquido), hipersomnolencia diurna, mallampati 2-4, macroglosia, malformaciones congénitas faciales, HAVA, (hipertrofia A amigdalina, vegetaciones adeniodeas) Grado 3, fibrosis quística, neuromusculares, cologenopatias, ALTE (evento de aparente amenaza a la vida), destete oxigenoterapia. Es necesario hacer un segundo estudio de sueño diagnóstico en el año cuando: aumento o descenso de peso con variación de síntomas o el paciente fue sometido a cirugía ORL.No es necesaria hacer oximetría previa. | | | |
| 2 | 28021400 | TITULACION DE VENTILACION NO INVASIVA DOMICILIARIO (CPAP O BIPAP) | A | | |
| | | A Indicaciones: SAHOS, EPOC, obesidad morbida, hipoventilación, enfermedades neuromusculares. | | | |
| 2 | 28021500 | FIBROBRONCOSCOPIA | A | | |
| | | Incluye: lavado bronquio-alveolar, cepillado, biopsias endobronquiales, biopsia transbronquia, incluye intubación dificultosa. Indicaciones: hemoptisis, alteraciones de los estudios radiológicos del torax como: aumento localizado de la densidad, atelectasia o hiperlucencias localizadas, estrictor o sibilancias localizadas, parálisis frénica unilateral de causa no explicada, sindrome de vena cava superior o la parálisis de cuerda vocal de causa desconocida, citología del esputo positiva o sospechosa de malignidad, estatificación preoperatoria del cáncer de pulmón, carcinoma de esófago, tumores de mediastino, cuello. Injuria de la vía aérea después de inahalación de gases tóxicos, sospecha de ruptura de vía aérea despues de traumatismo torácico, sospecha de fistula broncopulmonar o traqueoesofágica, seguimiento postoperatorio del transplante de pulmón y cardiopulmonar, A estudio microbiológico en la sospecha de infección oportunista (en casos seleccionados) de neumonía por germenes comunes, neumonías de lenta resolución, pacientes inmunocomprometidos (incluyendo serología positiva para HIV con nuevos infiltrados pulmonares, obtención de material en el estudio de la enfermedad intersticial difusa del pulmón, problemas asociados al tubo endotraqueal (daño del tubo, obstrucción del tubo, colocación inadecuada), evaluación de la evolución de la intubación prolongada y la traqueostomia, y | | | |
| | | evaluación pre decanulación, neumotorax persistente refractario, intubación traqueal en pacientes con antecedente de intubación dificultosa, sospecha de cuerpo extraño, obstrucción de la vía aérea de causa no aclarada, evaluación de la tos crónica no explicable por la evaluación completa con los métodos de diagnóstico convencionales, malformación broncopulmonar, derrame pleural, absceso de pulmón, estudio microbiológico en las neumonías por gérmenes comunes, sospecha de traqueomalacia y colapso dinámico | I | | |
| 2 | 28021500 | FIBROBRONCOSCOPIA | | | |
| 2 | 28021600 | VIDEOBRONCOSCOPIA | A | | |
| | | Indicaciones: extracción de cuerpo extraño, toilette de vías aéreas (aspiración de secreciones en situaciones de tos ineficiente), hemoptisis, desobstrucción de neoplasias traqueobronquiales, por compromiso traqueal por carcinoma de tiroides o de esófago, metástasis endoluminales, atelectasia pulmonar inminente, compresión extrínseca severa, estenosis traqueal o bronquial, enfermedad estructural de la vía aérea (policondritis recidivante, amiloidosis endobronquial, etc.). Traqueobrocomalacia: focal, siguiendo a traquostomía o terapia radiante, difusa, idiopática, policondritis o sindrome de Mounier-Kuhn. Compresión dinámica excesiva de vía aérea, fistula (broncopleural o traqueo-broncoesofágica), obstrucción traqueal por Stent esofágico, radiotarapia endoluminal (braquiterapia), asistencia de traqueostomía percutánea, intubación orotraqueal en pacientes con antecedentes de intubación dificultosa, intubación bronquial selectiva, lavado pulmonar total o parcial en proteinosis alveolar, instilación de soluciones (trombolíticos en atelectasias, amtibióticos en fibrosis quística, abcesos de pulmón) | | | |
| 2 | 28021700 | BRONCOSCOPIA RIGIDA | A | | |
| | | Indicaciones: extracción de cuerpo extraño, toilette de vías aéreas (aspiración de secreciones en situaciones de tos ineficiente), hemoptisis, desobstrucción de neoplasias traqueobronquiales, por compromiso traqueal por carcinoma de tiroides o de esófago, metástasis endoluminales, atelectasia pulmonar inminente, compresión extrínseca severa, estenosis traqueal o bronquial, enfermedad estructural de la vía aérea (policondritis recidivante, amiloidosis endobronquial, etc.). Traqueobrocomalacia: focal, siguiendo a traquostomía o terapia radiante, difusa, idiopática, policondritis o sindrome de Mounier-Kuhn. Compresión dinámica excesiva de vía aérea, fistula (broncopleural o traqueo-broncoesofágica), obstrucción traqueal por Stent esofágico, radiotarapia endoluminal (braquiterapia), asistencia de traqueostomía percutánea, intubación orotraqueal en pacientes con antecedentes de intubación dificultosa, intubación bronquial selectiva, lavado pulmonar total o parcial en proteinosis alveolar, instilación de soluciones (trombolíticos en atelectasias, amtibióticos en fibrosis quística, abcesos de pulmón) | | | |
| 2 | 28021800 | CAMBIO DE CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA EN INTERNACIÓN, DOMICILIO O LABORATORIO<br>**Excluye cánula.** | A | | |
| | | | | 1 | I |
| 2 | 28021800 | CAMBIO DE CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA EN INTERNACIÓN, DOMICILIO O LABORATORIO<br>**Excluye cánula.** | I | | |
| 2 | 28021900 | TORACOCENTESIS<br>**Excluye cánula.** | I | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 28022000 | BIOPSIA PLEURAL CON AGUJA | I |

**Incluye aguja de punción. Indicaciones sospecha de malignidad, líquido pleural citología positiva.**

**NEUROLOGIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 29020100 | EVALUACION NEUROLOGICA | A |

Incluye:Ananmesis, examen físicoapropiado, interrogatorio minucioso a lospacientes, recopilación de antecedentes patológicos, antecedentes del desarrollopsicomotor, antecedentes familiares, conversarcon los padres o familiares, en el caso de pacientes pediátricos o con grado de descapacidad que no permita realizar el interrogarorio alpaciente, sobre la patologia, el pronóstico, losposibles efectos adversos de la medicación,indicación de conductas; confección de historiaclínica. Las consultas que puedan surgir para laevaluación, seguimientos y prescripcion demedicamentos posteriores al examen neurológicode los pacientes, se deberan facturar con elcódigo 42.01.01 correspondiente a consulta

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 29020200 | ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL | A |
| 2 | 29020300 | VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA DE 12 HORAS | A |
| 2 | 29020300 | VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA DE 12 HORAS | I |
| 2 | 29020400 | VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA DE 24 HORAS | A |
| 2 | 29020400 | VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA DE 24 HORAS | I |
| 2 | 29020500 | ELECTROMIOGRAFIA DIGITAL COMPUTARIZADA CON VELOCID | A |
| 2 | 29020500 | ELECTROMIOGRAFIA DIGITAL COMPUTARIZADA CON VELOCID | I |
| 2 | 29020600 | ELECTROMIOGRAFIA DIGITAL COMPUTARIZADA CON VELOCID | A |
| 2 | 29020600 | ELECTROMIOGRAFIA DIGITAL COMPUTARIZADA CON VELOCID | I |
| 2 | 29020700 | POTENCIALES EVOCADOS DE 1 POTENCIAL | A |
| 2 | 29020700 | POTENCIALES EVOCADOS DE 1 POTENCIAL | I |
| 2 | 29020800 | POTENCIALES EVOCADOS DE MAS DE 1 POTENCIAL | A |
| 2 | 29020800 | POTENCIALES EVOCADOS DE MAS DE 1 POTENCIAL | I |
| 2 | 29020900 | POLISOMNOGRAFIA DIURNA CON OXIMETRIA | A |
| 2 | 29020900 | POLISOMNOGRAFIA DIURNA CON OXIMETRIA | I |
| 2 | 29021000 | POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA CON OXIMETRIA | A |
| 2 | 29021000 | POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA CON OXIMETRIA | I |
| 2 | 29021100 | APLICACION DE TOXINA BOTULINICA | A |
| 2 | 29021100 | APLICACION DE TOXINA BOTULINICA | I |
| 2 | 29030100 | ELECTROENCEFALOGRAFÍA CONTINUA EN UTI (EECG) | I |
| 2 | 29040100 | EVALUACION NEUROLOGICA PEDIATRICA | A |
| 2 | 29040200 | ELECTROENCEFALOGRAMA PEDIATRICO ACTIVACION COMPLEJ | A |
| 2 | 29040300 | ELECTROENCEFALOGRAMA PEDIATRICO | A |
| 2 | 29040400 | ELECTROENCEFALOGRAMA PROLONGADO VIGILIA PEDIATRICO | A |
| 2 | 29040500 | VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA DE 12 HORAS PEDIATRICO | A |
| 2 | 29040500 | VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA DE 12 HORAS PEDIATRICO | I |
| 2 | 29040600 | VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA DE 24 HORAS PEDIATRICO | A |
| 2 | 29040600 | VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA DE 24 HORAS PEDIATRICO | I |
| 2 | 29040700 | POTENCIALES EVOCADOS DE 1 POTENCIAL PEDIATRICO | A |
| 2 | 29040700 | POTENCIALES EVOCADOS DE 1 POTENCIAL PEDIATRICO | I |
| 2 | 29040800 | POTENCIALES EVOCADOS DE 2 POTENCIALES PEDIATRICO | A |
| 2 | 29040800 | POTENCIALES EVOCADOS DE 2 POTENCIALES PEDIATRICO | I |
| 2 | 29040900 | POTENCIALES EVOCADOS DE 3 POTENCIALES PEDIATRICO | A |
| 2 | 29040900 | POTENCIALES EVOCADOS DE 3 POTENCIALES PEDIATRICO | I |
| 2 | 29041000 | POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA CON OXIMETRIA PEDIATRICA | A |
| 2 | 29041000 | POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA CON OXIMETRIA PEDIATRICA | I |
| 2 | 29041100 | POLISOMNOGRAFIA NOCT. OXIMETRIA DE PULSO PEDIATRIC | A |
| 2 | 29041100 | POLISOMNOGRAFIA NOCT. OXIMETRIA DE PULSO PEDIATRIC | I |
| 2 | 29041200 | POLISOMNOGRAFIA DIURNA CON OXIMETRIA PEDIATRICA | A |
| 2 | 29041200 | POLISOMNOGRAFIA DIURNA CON OXIMETRIA PEDIATRICA | I |

**OFTALMOLOGIA**

**Honorarios Cirugias Multiples:**
100% de la mayor
50% de las restantes - misma via de abordaje
75% de las restantes - distinta vía de abordaje
50% - misma patología por doble via de abordaje.
Si la cirugia es en ambos ojos en la misma seción se reconocerá el 100% del valor para cada ojo.

**GASTOS QUIRÚRGICOS**
Se sumaran a la facturación de los honorarios profesionales como Unidad Oftalmología.
Si la Cirugia es en ambos ojos se reconocera el 100% de los gastos Quirúrgicos de la primera y el 50% de los qastos quirúrqicos de la sequnda.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 30100100 | CONSULTA OFTALMOLOGICA Y ESTUDIOS | | A |
| | | Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo<br>Incluye: Ananmesis, examen de ojos, párpados y conjuntiva; tratamiento médico (ejemplo: conjuntivitis, chalazión, pterlgeon); indicación de conductas de agudeza visual (prescripcion de elementos opticos); confección de historia clinica. Examen: Campo visual convencional (cofrontación); Fondo de Ojos y/o esquiascopia (con dilatación estudios pupilar); Tonometria; Gonioscopia; Exoftalmometria; Oftalmoscopia binocular indirecta; estudio de fijación de visuscopio; Visión cromática (Test de Ishihara). El profesional podrá recurrir a uno o más estudios indicados en este modulo, de acuerdo a su criterio. Las consultas que puedan surgir para la evaluación de los elementos opticos solicitados al paciente se deberan facturar con el código 42.01.01 correspondiente a Consulta médica. | | |
| 2 | 30100200 | CONSULTA OFTALMOLOGIA Y ESTUDIOS, DE SEGUIMIENTO | | A |
| | | Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo practica es para pacientes con patologias cronicas (ejemplo : diabetes, glaucoma,maculopatias, etc).<br>Incluye:Ananmesis, examen de ojos, párpados y conjuntiva; tratamiento médico (ejemplo: conjuntivitis, chalazión, pterigeon); indicación de conductas de agudeza visual (prescripcion de elementos opticos); confección de historia clínica. Examen: Campo visual convencional (cofrontación); Fondo de Ojos y/o esquiascopia (con dilatación pupilar); Tonometria; Gonioscopia; Exoftalmometria; Oftalmoscopia binocular indirecta; estudio de fijación de mensual visuscopio; Visión cromática (Test de Ishihara). El profesional podrá recurrir a uno o más estudios Indicados en este modulo, de acuerdo a su criterio, dependiendo de lo realizado en la consulta oftalmológica y estudios anterior.<br>Las consultas que puedan surgir para la evaluación de los elementos opticos solicitados al paciente se deberan facturar con el código 42.01.01 correspondiente a consulta médica. | | |
| 2 | 30100300 | MODULO DE ESTUDIOS BAJO ANESTESIA GENERAL | OFTALMOLOGIA | I |
| | | Practica relacionada para su prescripcion, realización y facturación a medico oftalmólogo<br>Examen oftalmológico bajo anestesia general Indicaciones: neonatos, niños pequeños, pacientes con condiciones particulares. | | |
| 2 | 30100400 | MICROSCOPIA ESPECULAR (CON RECUENTO CELULAR DE CORNEA ) BILATERAL | OFTALMOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su prescripcion, realización y facturación a medico oftalmólogo.<br>Incluye: honorarios y gastos, comprende todo el material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Cornea Guttata, Edema Crónico, Engrosamiento Corneal, Degeneración Corneal, Seguimentos Pos Queratoplastia o Colocación de Lentes Fáquicas o de Camara Anterior. | | |
| 2 | 30100500 | CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA BILATERAL | OFTALMOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a medico oftalmólogo.<br>Indicaciones: Glaucoma, Neuropatias Opticas, Diagnóstico y Seguimiento de Patologías de SNC, Seguimientom de Toxicidad de Medicación. | | |
| 2 | 30100600 | RFG DIGITAL BILATERAL | OFTALMOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a médico oftalmólogo. Excluye RG.<br>Indicaciones: enfermedades retinales con afeccion de la trama vascular, o su permeabilidad, retinopatia diabetica, edema macular, retinopatia serosa central, obstrucciones vasculares, Tumores. | | |
| 2 | 30100700 | RG DIGITAL BILATERAL | OFTALMOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a médico oftalmólogo Indicaciones: Enfermedades Retinales con afectación de la trama Vascular, o su Permeabilidad, Retinopatia Diabetica, Edema Macular, Retinopatia Serosa Central, Obstrucciones Vasculares, Tumores. | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 30100800 | OCT (TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE) POSTERIOR UNILATERAL)<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a medico oftalmólogo Indlcaciones: Diagnóstico y seguimiento de Enfermedades que afectan a Macula, Nervio Optico o Cornea. | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30100900 | OCT (TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE) POSTERIOR BILATERAL)<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizaclon y facturación a médico oftalmólogo Indicaciones: Diagnóstico y seguimiento de Enfermedades que afectan a Macula, Nervio Optico o Cornea | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30101000 | HRT (TOMOGRAFIA CONFOCAL DE RETINA) UNILATERAL<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo Indicaciones: Diagnóstico y Seguimiento de Patologías que afectan al Nervio Optico | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30101100 | ECOBIOMETRIA UNILATERAL<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo Indicaciones: Prequirúrgico para Cirugía de Catarata, para el calculo de lente Intraocular. | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30101200 | ECOBIOMETRIA BILATERAL<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo Indicaciones: Prequirurgico para cirugia de cataratas, para calculo de lente intraocular | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30101300 | PAQUIMETRIA BILATERAL<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo Indicaciones: diagnostico y seguimiento de patologias corneales, glaucoma y prequirurgico de cirugia refractiva | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30101400 | TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTADA BILATERAL<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo Indicaciones: diagnostico y seguimiento de patologias corneales (queratocono, ectasias, degenracion) y prequirurgico de cirugia refractiva | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30101500 | TEST DE OJO SECO (SCHIRMER, ROSA DE BENGALA, BUT)<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo Indicaciones: diagnostico y seguimiento de patologias que afectan a la superficie corneal y su lubricacion | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30101600 | TEST DE SENSIBILIDAD DE CONTRASTE BILATERAL<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30101700 | EJERCICIO ORTOPICO POR SESION BILATERAL CON SINOPFORO<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo Indicaciones: ESTIMULACION DE LA VISION BINOCULAR Y CONVERGENCIA | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30101800 | **EXAMEN DE PREMATUROS HASTA 60 DIAS DE VIDA POR CONSULTA**<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30101900 | CURVA DIARIA DE PRESION OCULAR<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo Indicaciones: diagnostico y seguimiento de patologias de glaucoma | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30102000 | TEST DE MIRADA PREFERENCIAL<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo Indicaciones: valoracion de la agudeza visual en niños en edad preverbal, o con defisis neurologico | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30102100 | TEST DE LOTMAR (BILATERAL)<br>Practica relacionada en su prescripcion, realizacion y facturación a médico oftalmólogo. Indicaciones: Estudio Prequirúrgico de Catarata para evaluar Pronóstico Visual. | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30102200 | **MODULO BAJA VISION BILATERAL**<br>Practica relacionada en su prescripcion, realización y facturación a médico oftalmólogo. Incluye: consulta inicial,diagnóstico, receta de opticas y/o ayudas ópticas, adaptación de ayudas ópticas, consultas de control y seguimiento | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30102300 | BIOMETRIA CON INTERFEROMETRIA OPTICA ( IOL MASTER, LENSTAR, ALSCAN, ALDIN]) UNILATERAL<br>Practica relacionada en su prescrlpcion, realización y facturación a médico oftalmólogo Indicaciones: estudio de alta precisión para el calculo de Lentes Intraoculares. | OFTALMOLOGIA | A |
| 2 | 30102400 | ABERROMETRIA BILATERAL<br>**Practica relacionada en su prescripción a medico oftalmólogo. Realización a medico oftalmólogo . Se factura con la cirugía refractiva realizada al paciente.** | | A |
| 2 | 30102500 | ANGIO OCT BILATERAL | | A |

**Practica relacionada en su prescripción a medico oftalmólogo. Realización a medico oftalmólogo**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **OTORRINOLARINGOLOGIA** | | | |
| 2 31011000 | EXAMEN FUNCIONAL DE NARIZ (RINOMANOMETRIA) | AMBULATORIO ORL | | I |
| 2 31011000 | EXAMEN FUNCIONAL DE NARIZ (RINOMANOMETRIA) | AMBULATORIO ORL | | A |
| 2 31011100 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN OIDO O TAPON DE CERUM | | Médico, Medicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia | I |
| 2 31011100 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN OIDO O TAPON DE CERUM | | | A |
| 2 31011200 | TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR | | Médico, Medicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia | I |
| 2 31011200 | TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR | | | A |
| 2 31011300 | TAPONAMIENTO NASAL ANTEROPOSTERIOR | | Médico, Medicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia | I |
| 2 31011300 | TAPONAMIENTO NASAL ANTEROPOSTERIOR | | | A |
| 2 31011500 | CAUTERIZACION DE NARIZ | | Médico, Medicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia | I |
| 2 31011500 | CAUTERIZACION DE NARIZ | | | A |
| 2 31011800 | LARINGOSCOPIA DIRECTA | | | I |
| 2 31011800 | LARINGOSCOPIA DIRECTA | | | A |
| 2 31012000 | EXTRACCION DE CALCULO SALIVAL. SIN INCISION CATETE | | | I |
| 2 31012000 | EXTRACCION DE CALCULO SALIVAL. SIN INCISION CATETE | | | A |
| 2 31012200 | OTOMICROSCOPIA. | | | I |
| 2 31012200 | OTOMICROSCOPIA. | | | A |
| 2 31030100 | AUDIOMETRIA | | | A/I |
| 2 31030200 | LOGOAUDIOMETRIA | | | A/I |
| | **Prescripción por médicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia y neurología** | | | |
| 2 31030200 | LOGOAUDIOMETRIA | | | I |
| | **Prescripción por médicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia y neurología** | | | |
| 2 31030300 | PRUEBAS SUPRALIMINARES CADA UNA | | | A |
| | **Prescripción por médicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia y neurología** | | | |
| 2 31030300 | PRUEBAS SUPRALIMINARES CADA UNA | | | I |
| | **Prescripción por médicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia y neurología** | | | |
| 2 31030400 | SELECCION DE OTOAMPLIFONOS | | | A |
| | Incluye las pruebas audiológicas, pruebas de ganancia funcional, ajuste de molde/vincha, calibración inicial o recalibración periódica del dispositivo / audifono (otoamplífono). | | | |
| | **Prescripción por médicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia y neurología** | | | |
| 2 31030500 | IMPEDANCIOMETRIA | | | A |
| | **Prescripción por médicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia y neurología** | | | |
| 2 31030500 | IMPEDANCIOMETRIA | | | I |
| | **Prescripción por médicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia y neurología** | | | |
| 2 31030600 | AUDIOMETRIAS TONAL POR JUEGOS | | | A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Prescripción por médicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia y neurología** | | |
| 2 | 31030700 | OTOEMISIONES ACUSTICA BILATERAL | | A |
| | | | **Recien nacidos hasta 2 meses de vida** | |
| 2 | 31030800 | MODULO ESTUDIO DE LA ENERGIA VOCAL | | A |
| | | **Prescripción por médicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia y neurología** | | |
| 2 | 31030900 | TIMPANOMETRIA | | A |
| | | **Prescripción por médicos especialistas en otorrinolaringología, pediatría, clínica médica, medicina general, rural o de familia y neurología** | | |
| 2 | 31031000 | ENTREVISTA DE ADMISION DE FONOAUDIOLOGIA | | A |
| | | **Prescripción, realización y facturación Lic. en fonoaudiología . Exclusiones: no se puede consumir en simultaneo, ni en el mismo día que otra practica del Nomenclador** | | |
| 2 | 31031100 | POTENCIAL AUDITIVO AUTOMATIZADO (ABR)O CON CLICK DE TAMISAJE | | I |
| | | **Incluye. Indicaciones: factores de alto riesgo de hipoacusia en el recién nacido. Res. 483/17** | | |
| 2 | 31031100 | POTENCIAL AUDITIVO AUTOMATIZADO (ABR)O CON CLICK DE TAMISAJE | | A |
| | | **Incluye. Indicaciones: factores de alto riesgo de hipoacusia en el recién nacido. Res. 483/17** | | |
| 2 | 31031200 | POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS POR TONOS CLIKS | | A |
| | | **Incluye. Indicaciones: pacientes con deteccion de hipoacusia por estudios de screening. Res. 483/17** | | |
| 2 | 31031300 | POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS POR TONOS BURTS | | A |
| | | **. Incluye. Indicaciones: pacientes con deteccion de hipoacusia por estudios de screening. Res. 483/17** | | |
| 2 | 31031400 | NEUROLINGUISTICA | | A |
| 2 | 31031500 | REHABILITACIÓN DEL LENGUAJE | | A |
| 2 | 31040100 | RESECCION DE LESION LOCAL ENDONASAL | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31040200 | BIOPSIA DE NARIZ. SUTURA | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31040300 | PUNCION SENO PARANASAL C/S INSERCCION DE SONDA | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31040400 | EXAMEN FUNCIONAL LABERINTICO, VIDEOFRENZEL. MANIOB | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31040500 | INSUFLACION DE TROMAS DE EUSTAQUIO | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31040600 | EXPRESION ADENOIDEA O LAVAJE RIONOFARINGEO | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31040700 | RINOSINUSOFIBROSCOPIA DIAGNOSTICA | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31040800 | VIDEOFARINGOLARINGOSCOPIA | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31040900 | VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTARIZADA | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31041000 | CRIOCIRUGIA DE CORNETES NASALES Y RESTOS. POR SESI | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31041100 | VIDEO IMPULSE TEST (VHIT) | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31041200 | POTENCIALES MIOGENICOS VESTIBULARES (OVEMPS/CVEMPS | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31041300 | VIDEO ESTROBOSCOPIA LESIONES MINIMAS DE CUERDA VOC | AMBULATORIO ORL | A |
| 2 | 31041400 | MODULO TRATAMIENTO VESTIBULAR | AMBULATORIO ORL | A |
| | | **PEDIATRIA** | | |
| 2 | 32010400 | ATENCION DEL R.NACIDO, NORMAL O PATOL.EN SALA DE PARTO | | I |
| | | **PSIQUIATRIA** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Las psicoterapias breves con objetivos determinados.** | | A |
| | | **Incluye diferentes modalidades de prestaciones psicoteraputicas tendientes a solucionar distintas problematicas emocionales o desordenes psiquicos, que se realizan tanto a nivel individual, grupal, vincular o familiar. El modelo que se adopta es el de psicoterapias breves con objetivos determinados. Se basa en una concepcion terapeutica que pone enfasis en la definicion de un objetivo y la planificacion de un proceso especifico de corta duracion destinado a alcanzar el objetivo propuesto.** | | |
| 2 | 33010100 | PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES NIÑOS O ADULTOS POR SESION | | A |
| | | **Serie de sesiones individuales destinadas a resolver problemáticas psicológicas y/o psiquiátricas de acuerdo a los objetivos acordados con el terapeuta. Duración mínima de 45 min con frecuencia semanal.** | | |
| 2 | 33010100 | PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES NIÑOS O ADULTOS POR SESION | | I |
| 2 | 33010200 | PSICOTERAPIAS GRUPALES O COLECTIVAS. NIÑOS O ADULTOS | | A |
| | | **Serie se sesiones destinadas a resolver determinadas problemáticas de los individuos en el contexto de un grupo El grupo deberá estar integrado por un número de 6 a 12 personas, a cada una de las cuales se le solicitará el items 33.01.02 Los criterios de configuración del grupo quedará bajo la responsabilidad de cada terapeuta según su marco referencial teórico. Duración de 90 minutos, con frecuencia semanal. La coterapia se reconocerá dentro de este tipo de psicoterapia.** | | |
| 2 | 33010200 | PSICOTERAPIAS GRUPALES O COLECTIVAS. NIÑOS O ADULT | | I |
| 2 | 33010300 | PSICOTERAPIA DE PAREJA POR SESION MINIMA | | A |
| | | **Serie de sesiones con ambos integrantes de la pareja destinadas a resolver problemáticas de la relación dentro del marco de las psicoterapias breves con objetivos determinados. Duración de 60 minutos, con frecuencia semanal.** | | I |
| 2 | 33010300 | PSICOTERAPIA DE PAREJA POR SESION MINIMA | | A |
| 2 | 33010400 | PSICOTERAPIA DE FAMILIA POR SESION MINIMA | | I |
| | | **Serie de sesiones destinadas a resolver problemáticas de familias, de acuerdo a los objetivos acordados con el terapeuta Duración de 60 minutos, con frecuencia semanal. La coterapia se considerará en tratamientos de familias o parejas con alto grado de actuación o violencia.** | | |
| 2 | 33010400 | PSICOTERAPIA DE FAMILIA POR SESION MINIMA | | A |
| | | • **Incluye: equipos tecnológicos y de comunicación. . Incompatibilidad: no pueden consumirse en la misma semana la teleconsulta psicológica y la Entrevista psicológica "presencial"** | | |
| 2 | 33011100 | PRUEBAS PSICOMETRICAS BATERIA DE UN MINIMO DE 4 TE | | I |
| 2 | 33011100 | PRUEBAS PSICOMETRICAS BATERIA DE UN MINIMO DE 4 TE | | A |
| 2 | 33011200 | PRUEBAS PROYECTIVAS PERFIL | | I |
| 2 | 33011200 | PRUEBAS PROYECTIVAS PERFIL | | A |
| 2 | 33012400 | **ENTREVISTA DE EVALUAC Y SEGUIMIENTO EN PSIQUIATRIA** | | A |
| | | Corresponde a la Evaluación que realiza el beneficiario con el Médico Psiquiatra a fin de considerar la evaluacion clinico-psiquiatra, eventual solicitud de estudios complementarios pertinenetes y/o prescripcion y control psicofarmacologico. Se habilita en la situación en que un beneficiario se encuenttre realizando una practica psicoterapeuticacon un profesional psicologo y REQUIERA este tipo de evaluacion y eventual seguimiento. | | |
| | | Para paciente que han o estan realizando psicoterapias | | |
| | | Previo a consumo de los siguientes codigos: 60331400 / 60330900 / 33010100 | | |
| 2 | 33012500 | EVALUACION NEUROPSICOLOGICA | | A |
| 2 | 33012600 | CONSULTA PSICOLOGICA PROGRAMAS ESPECIALES | . MEDICOS-PSIQUIATRIA | A |

**Prescripción, realización y facturación a profesional en Psicología con orientación cognitiva conductual o entrenamiento en cesación tabáquica**

2 33012700 ADOS-2 ADI-R, MAS EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS A

**El ADI-R (Entrevista Diagnóstica para el Autismo Revisada) y el ADOS-2 (Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo) son dos herramientas de evaluación estandarizadas y complementarias utilizadas para diagnosticar el Trastorno del Espectro Autista (TEA)**

DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA:
Los Trastornos del Espectro Autista son una afección del neurodesarrollo caracterizada por presentar, como manifestaciones centrales, alteraciones en la comunicación y en las interacciones sociales, dificultad para comprender las perspectivas o intenciones de los demás, junto a otras condiciones como comportamientos repetitivos, restringidos y estereotipados y necesidad de rutinas estrictas, generalmente con un impacto de por vida. Las manifestaciones son muy variables entre las personas y a través del tiempo, acorde al crecimiento y maduración de las mismas. Puede presentar síntomas secundarios como alteraciones cognitivas, de aprendizaje, emocionales y médicas que incluyen: trastornos del sueño y la alimentación, ansiedad, depresión, problemas de atención, conductas agresivas hacia los demás o hacia ellos mismos, epilepsia y problemas gastrointestinales.

ADOS-2: Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo
Es una evaluación estandarizada y semiestructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo de materiales para personas con sospecha de tener un Trastorno del Espectro Autista.
La escala está estructurada en cinco módulos (T, 1, 2, 3 y 4), cada uno destinado a personas con una edad cronológica y con niveles de desarrollo y comunicación verbal diferenciados. El examinador seleccionará el módulo más apropiado, principalmente de acuerdo con el nivel de lenguaje expresivo del evaluado y, secundariamente, con la edad cronológica o con la pertinencia de las tareas en función de los intereses y habilidades del mismo. Este instrumento solo proporciona información sobre la conducta actual del evaluado y está basado en una muestra de comportamiento limitada temporalmente. La evaluación del TEA, como en el caso de otros trastornos, requiere la evaluación de múltiples dominios de funcionamiento mediante varios instrumentos y la recopilación de información de distintas fuentes.

ADI-R: Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Revisada
Es una entrevista clínica semiestructurada que permite una evaluación profunda de personas con sospechas de autismo o algún Trastorno del A

Espectro Autista. Se centra en las conductas que se dan raramente en las personas no afectadas.
El entrevistador explora tres grandes áreas (lenguaje/comunicación, interacciones sociales recíprocas y conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados) a través de 93 preguntas que se le hacen al progenitor o cuidador familiarizado tanto con la historia de desarrollo de la persona como con su conducta diaria.
Está destinada a pacientes desde los 2 años hasta los 17 años inclusive, con diagnósticos presuntivos de Trastornos del Espectro Autista, y que se encuentren bajo evaluación diagnóstica a cargo de un profesional competente. Incluye: las evaluaciones diagnósticas ADOS-2, ADI-R y la utilización de otros instrumentos de evaluación complementaria que se requieran en el proceso de valoración diagnóstica de Trastorno del Espectro Autista.
Entrevista de admisión, administración, evaluación, entrevista de devolución a los padres o cuidadores, e informe al profesional que indicó la práctica. En caso de requerir otra/s prueba/s diagnóstica/s se incluirán en el presente módulo.

2 CONSULTA PSICOLOGICA ATENCIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO . MEDICOS-PSIQUIATRIA

Prestaciones reconocidas: consultas psicológicas. Acciones de prevención primaria, sensibilización, educación, entre otras.
EJE PROMOCIÓN: Refiere a las acciones de prevención primaria de violencia, es decir medidas que intentan sensibilizar respeto a la problemática y por ende impedir que la violencia llegue a producirse. Son las intervenciones que efectúa el equipo técnico de la mediante charlas-debate
EJE PREVENCIÓN: Está compuesto por la Detección de violencia/Registro de llamadas telefónicas; y por el espacio de CONSEJERIA/ORIENTACIÓN
-EJE ASISTENCIA PSI ESPECIFICA: Derivación para asistencia psicológica.
Prestaciones reconocidas: consultas psicológicas. Acciones de prevención primaria, sensibilización, educación, entre otras.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | El abordaje psicológico en una víctima de violencia<br>• Incluye: contención inicial, evaluación de riesgos, estabilización emocional, elaboración para la reorganización de la vida cotidiana, disponibilidad de cambio y proyecto de vida; entre otros. Este tratamiento debe ser breve y focalizado a cargo de psicólogos experimentados en la problemática. | |
| 2 | 33030100 | MODULO ENTREVISTA DE ADMISION Y DIAGNOSTICO | A |
| | | Corresponde A LA PRIMERA ENTREVISTA QUE REALIZA EL PACIENTE CON UN PROFESIONAL PSICOLOGO O PSIQUIATRA, A LOS FINES DE EXPLICAR EL MOTIVO DE CONSULTA Y ESTABLECER LA NECESIDAD O NO DE INICIAR TRATAMIENTO | |
| | | Proceso que se inicia con la recepcion del paciente y culmina con el planteo de la estrategia terapéutica | |
| | | **Incluye un total de 3 entrevistas con dos profesionales (psiquíatra y/o psicólogo)** | |
| 2 | 33050100 | MODULO DE EVALUACION Y DIAGNOSTICO EN CONSUMO PERJUDICIAL DE SUSTANCIAS | A |
| | | **RADIOLOGIA** | |
| 2 | 34010200 | RADIOSCOPIA CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES | A |
| 2 | 34010200 | RADIOSCOPIA CON INTENSIFICADOR DE IMAGENES | I |
| 2 | 34010300 | RADIOSCOPIA CON CIRCUITO CERRADO DE TELEVISION | A |
| 2 | 34010300 | RADIOSCOPIA CON CIRCUITO CERRADO DE TELEVISION | I |
| 2 | 34020101 | RX DE CRANEO | A |
| 2 | 34020101 | RX DE CRANEO | I |
| 2 | 34020102 | RX DE CARA | A |
| 2 | 34020102 | RX DE CARA | I |
| 2 | 34020103 | RX SENOS PARANASALES | A |
| 2 | 34020103 | RX SENOS PARANASALES | I |
| 2 | 34020104 | RX DE CAVUN | A |
| 2 | 34020104 | RX DE CAVUN | I |
| 2 | 34020200 | RX DE CRAN.CARA,SEN.PARAN.(POR EXPOSIC.SUBSIGUIENT | A |
| 2 | 34020200 | RX DE CRAN.CARA,SEN.PARAN.(POR EXPOSIC.SUBSIGUIENT | I |
| 2 | 34020301 | RX HUESO TEMPORAL(COMPARATIVAS,POR INCIDENCIA Y PA | A |
| 2 | 34020301 | RX HUESO TEMPORAL(COMPARATIVAS,POR INCIDENCIA Y PA | I |
| 2 | 34020302 | RX AGUJEROS OPTICOS (COMPARATIVAS) (POR INCIDENCIA | A |
| 2 | 34020302 | RX AGUJEROS OPTICOS (COMPARATIVAS) (POR INCIDENCIA | I |
| 2 | 34020400 | RX ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR (3 POS.COMPARATI | A |
| 2 | 34020400 | RX ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR (3 POS.COMPARATI | I |
| 2 | 34020500 | ORTOPANTOMOGRAFIA/RADIOGRAFIA PANORAMICA DE CRANEO | A |
| 2 | 34020500 | ORTOPANTOMOGRAFIA/RADIOGRAFIA PANORAMICA DE CRANEO | I |
| 2 | 34020600 | ORTOPANTOMOGRAFIA (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE) | A |
| 2 | 34020600 | ORTOPANTOMOGRAFIA (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE) | I |
| 2 | 34020700 | TELERRADIOGRAFIA DE CRANEO Y/O PERFIL FACIAL(CON C | A |
| 2 | 34020700 | TELERRADIOGRAFIA DE CRANEO Y/O PERFIL FACIAL(CON C | I |
| 2 | 34020800 | TELERRADIOGRAFIA DE CRANEO Y/O PERFIL FACIAL(SUBSI | A |
| 2 | 34020800 | TELERRADIOGRAFIA DE CRANEO Y/O PERFIL FACIAL(SUBSI | I |
| 2 | 34020900 | RX COLUMNA (PRIMERA EXPOSICION | A |
| | | **SE PROHIBE LA UTILIZACION DEL COD 34.02.09 + 34.02.10 X 5, EN REEMPLAZO UTILIZAR EL CODIGO 34.02.22 ESPINOGRAFIA** | |
| 2 | 34020900 | RX COLUMNA (PRIMERA EXPOSICION | I |
| 2 | 34021000 | RX COLUMNA (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE) | A |
| 2 | 34021000 | RX COLUMNA (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE) | I |
| 2 | 34021101 | RX DE HOMBRO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 34021101 | RX DE HOMBRO | I |
| 2 | 34021102 | RX HUMERO | A |
| 2 | 34021102 | RX HUMERO | I |
| 2 | 34021103 | RX PELVIS | A |
| 2 | 34021103 | RX PELVIS | I |
| 2 | 34021104 | RX CADERA | A |
| 2 | 34021104 | RX CADERA | I |
| 2 | 34021105 | RX FEMUR | A |
| 2 | 34021105 | RX FEMUR | I |
| 2 | 34021200 | RX HOM. HUM. PELV. CAD. FEM. (POR EXPOSICION SUBSI | A |
| 2 | 34021200 | RX HOM. HUM. PELV. CAD. FEM. (POR EXPOSICION SUBSI | I |
| 2 | 34021301 | RX DE CODO (DOS POR PLACA) | A |
| 2 | 34021301 | RX DE CODO (DOS POR PLACA) | I |
| 2 | 34021302 | RX ANTEBRAZO (DOS POR PLACA) | A |
| 2 | 34021302 | RX ANTEBRAZO (DOS POR PLACA) | I |
| 2 | 34021303 | RX MUÑECA (DOS POR PLACA) | A |
| 2 | 34021303 | RX MUÑECA (DOS POR PLACA) | I |
| 2 | 34021304 | RX MANO (DOS POR PLACA) | A |
| 2 | 34021304 | RX MANO (DOS POR PLACA) | I |
| 2 | 34021305 | RX DEDOS (DOS POR PLACA) | A |
| 2 | 34021305 | RX DEDOS (DOS POR PLACA) | I |
| 2 | 34021306 | RX RODILLA (DOS POR PLACA) | A |
| 2 | 34021306 | RX RODILLA (DOS POR PLACA) | I |
| 2 | 34021307 | RX PIERNA (DOS POR PLACA) | A |
| 2 | 34021307 | RX PIERNA (DOS POR PLACA) | I |
| 2 | 34021308 | RX TOBILLO (DOS POR PLACA) | A |
| 2 | 34021308 | RX TOBILLO (DOS POR PLACA) | I |
| 2 | 34021309 | RX PIE (DOS POR PLACA) | A |
| 2 | 34021309 | RX PIE (DOS POR PLACA) | I |
| 2 | 34021400 | MEDICION COMPARATIVA DE MIEMBROS INF./ORTORADIOGRA | A |
| 2 | 34021400 | MEDICION COMPARATIVA DE MIEMBROS INF./ORTORADIOGRA | I |
| 2 | 34021500 | RX AMPLIADA O MACRO RADIOGRAFIA | A |
| 2 | 34021500 | RX AMPLIADA O MACRO RADIOGRAFIA | I |
| 2 | 34021600 | ARTROGRAFIA (PRIMERA EXPO | A |
| 2 | 34021600 | ARTROGRAFIA (PRIMERA EXPO | I |
| 2 | 34021700 | ARTROGRAFIA (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE) | A |
| 2 | 34021700 | ARTROGRAFIA (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE) | I |
| 2 | 34021800 | UNA PLACA APICAL | A |
| 2 | 34021900 | UNA PLACA OCLUSAL. | A |
| 2 | 34022000 | SEMISERIADA (HASTA SIETE PLACAS) | A |
| 2 | 34022100 | SERIADA DE 7(SIETE) A 14(CATORCE) PLACAS | A |
| 2 | 34022200 | ESPINOGRAMA/ESPINOGRAFIA | A |
| | | AMBULATORIO. Indicaciones: malformaciones congénitas, traumatismos, enfermedades crónicas (Espondilitis anquilosante, escoliosis, estenosis espinal), otras." | A |
| 2 | 34022200 | ESPINOGRAMA/ESPINOGRAFIA | I |
| | | INTERNACION. Indicaciones: malformaciones congénitas, traumatismos, enfermedades crónicas (espondilitis anquilosante, escoliosis, nosis espinal), otras." | |
| 2 | 34030100 | RX TORAX/TELERADIOGRAFIA DE TORAX | A |
| 2 | 34030100 | RX TORAX/TELERADIOGRAFIA DE TORAX | I |
| 2 | 34030200 | RX TORAX (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE) | A |
| 2 | 34030200 | RX TORAX (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE) | I |
| 2 | 34030300 | BRONCOGRAFIA (SIN ENDOSCOPIA, SIN ANESTESIA GENERA | A |
| 2 | 34030300 | BRONCOGRAFIA (SIN ENDOSCOPIA, SIN ANESTESIA GENERA | I |
| 2 | 34030400 | NEUMOMEDIASTINO FRENTE Y PERFIL | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 34030400 | NEUMOMEDIASTINO FRENTE Y PERFIL | I |
| 2 | 34040100 | SIALOGRAFIA (POR GLANDULA Y POR LADO) 3 PLACAS MIN | A |
| 2 | 34040100 | SIALOGRAFIA (POR GLANDULA Y POR LADO) 3 PLACAS MIN | I |
| 2 | 34040200 | SERIADA DE ESOFAGO (2 PLACAS MINIMO) (COMO UNICO E | A |
| 2 | 34040200 | SERIADA DE ESOFAGO (2 PLACAS MINIMO) (COMO UNICO E | I |
| 2 | 34040300 | SERIADA GASTRODUODENAL 10 (DIEZ) EXPOSICIONES MINI | A |
| 2 | 34040300 | SERIADA GASTRODUODENAL 10 (DIEZ) EXPOSICIONES MINI | I |
| 2 | 34040400 | SERIADA GASTRODUODENAL C/TEC.DE DOBLE CONTRASTE-12 | A |
| 2 | 34040400 | SERIADA GASTRODUODENAL C/TEC.DE DOBLE CONTRASTE-12 | I |
| 2 | 34040500 | SERIADA ESOFAGO GASTRODUODENAL 12 EXPOS. MINIMO | A |
| 2 | 34040500 | SERIADA ESOFAGO GASTRODUODENAL 12 EXPOS. MINIMO | I |
| 2 | 34040600 | DUODENOGRAFIA HIPOTONICA 4 PLACAS MINIMO(INC.SONDA | A |
| 2 | 34040600 | DUODENOGRAFIA HIPOTONICA 4 PLACAS MINIMO(INC.SONDA | I |
| 2 | 34040700 | TRANSITO DE INTESTINO DELGADO O COLON 3 PLACAS MIN | A |
| 2 | 34040700 | TRANSITO DE INTESTINO DELGADO O COLON 3 PLACAS MIN | I |
| 2 | 34040800 | SERIADA ILEOCECOAPENDICULAR 2 PLACAS MINIMO | A |
| 2 | 34040800 | SERIADA ILEOCECOAPENDICULAR 2 PLACAS MINIMO | I |
| 2 | 34040900 | COLON POR ENEMA Y EVACUADO 3 PLACAS MINIMO | A |
| 2 | 34040900 | COLON POR ENEMA Y EVACUADO 3 PLACAS MINIMO | I |
| 2 | 34041000 | COLON POR ENEMA Y EVACUADO 5 PLACAS MINIMO | A |
| 2 | 34041000 | COLON POR ENEMA Y EVACUADO 5 PLACAS MINIMO | I |
| 2 | 34041100 | COLON POR ENEMA EVACUADO E INSUFLADO TEC. DE FISHE | A |
| 2 | 34041100 | COLON POR ENEMA EVACUADO E INSUFLADO TEC. DE FISHE | I |
| 2 | 34041200 | COLON POR ENEMA EVACUADO Y DOBLE CONTRASTE 8PLACAS | A |
| 2 | 34041200 | COLON POR ENEMA EVACUADO Y DOBLE CONTRASTE 8PLACAS | I |
| 2 | 34041300 | COLECISTOGRAFIA ORAL INCLUYE PRUEBA DE EVACUACION | A |
| 2 | 34041300 | COLECISTOGRAFIA ORAL INCLUYE PRUEBA DE EVACUACION | I |
| 2 | 34041400 | COLECISTOGRAFIA ENDOVENOSA INCLUYE PRUEBA EVACUACI | A |
| 2 | 34041400 | COLECISTOGRAFIA ENDOVENOSA INCLUYE PRUEBA EVACUACI | I |
| 2 | 34041500 | COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA 5 PLACAS MINIMO | A |
| 2 | 34041500 | COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA 5 PLACAS MINIMO | I |
| 2 | 34041600 | COLANGIOGRAFIA OPERATORIA (PRIMERA PLACA) | A |
| 2 | 34041600 | COLANGIOGRAFIA OPERATORIA (PRIMERA PLACA) | I |
| 2 | 34041700 | COLANGIOGRAFIA OPERATORIA (POR C/PLACA SUBSIGUIENT | A |
| 2 | 34041700 | COLANGIOGRAFIA OPERATORIA (POR C/PLACA SUBSIGUIENT | I |
| 2 | 34041800 | FISTULOCOLANGIOGRAFIA/COLANGIOGRAFIA POSTOPERATORI | A |
| 2 | 34041800 | FISTULOCOLANGIOGRAFIA/COLANGIOGRAFIA POSTOPERATORI | I |
| 2 | 34041900 | COLANGIOGRAFIA RETROGRADA POR FIBROSCOPIA 3 PLACAS | A |
| 2 | 34041900 | COLANGIOGRAFIA RETROGRADA POR FIBROSCOPIA 3 PLACAS | I |
| 2 | 34042000 | NEUMOPERITONEOGRAFIA/RETRONEUMOPERITONEOGR(UNID.BI | A |
| 2 | 34042000 | NEUMOPERITONEOGRAFIA/RETRONEUMOPERITONEOGR(UNID.BI | I |
| 2 | 34042100 | RX ABDOMEN SIMPLE (PRIMERA EXPOSICION) | A |
| 2 | 34042100 | RX ABDOMEN SIMPLE (PRIMERA EXPOSICION) | I |
| 2 | 34042200 | RX ABDOMEN SIMPLE (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE) | A |
| 2 | 34042200 | RX ABDOMEN SIMPLE (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE) | I |
| 2 | 34042300 | VIDEODEGLUCION | A |
| | | **Excluye sustancia de contraste.** | |
| 2 | 34042300 | VIDEODEGLUCION | I |
| | | **Excluye sustancia de contraste.** | |
| 2 | 34042400 | MATERIAL DE CONTRASTE PARA PROCEDIMIENTOS RADIOLOG | A |
| 2 | 34042400 | MATERIAL DE CONTRASTE PARA PROCEDIMIENTOS RADIOLOG | I |
| 2 | 34050100 | RX VIAS URINARIAS | A |
| 2 | 34050100 | RX VIAS URINARIAS | I |
| 2 | 34050200 | UROGRAMA ESCRETOR O PIELOGRAFIA DESCENDENTE 3 PLAC | A |
| 2 | 34050200 | UROGRAMA ESCRETOR O PIELOGRAFIA DESCENDENTE 3 PLAC | I |
| 2 | 34050300 | UROGRAMA ESCRETOR CON ESTUDIO VESICAL.PRE Y POST M | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 34050300 | UROGRAMA ESCRETOR CON ESTUDIO VESICAL.PRE Y POST M | I |
| 2 | 34050400 | UROGRAMA MINUTADO O POR GOTEO/PIELOGRAFIA POR PERF | A |
| 2 | 34050400 | UROGRAMA MINUTADO O POR GOTEO/PIELOGRAFIA POR PERF | I |
| 2 | 34050500 | PIELOGRAFIA ASCENDENTE PRIMERA PLACA | A |
| 2 | 34050500 | PIELOGRAFIA ASCENDENTE PRIMERA PLACA | I |
| 2 | 34050600 | PIELOGRAFIA ASCENDENTE (POR EXPOSICION SUBSIGUIENT | A |
| 2 | 34050600 | PIELOGRAFIA ASCENDENTE (POR EXPOSICION SUBSIGUIENT | I |
| 2 | 34050700 | CISTOURETROGRAFIA MICCIONAL/CISTOURETROGRAFIA ASCE | A |
| 2 | 34050700 | CISTOURETROGRAFIA MICCIONAL/CISTOURETROGRAFIA ASCE | I |
| 2 | 34050800 | CISTOURETROGRAFIA PARA ESTUDIO DE INCONTINENCIA 4 | A |
| 2 | 34050800 | CISTOURETROGRAFIA PARA ESTUDIO DE INCONTINENCIA 4 | I |
| 2 | 34060100 | MAMOGRAFIA/SENOGRAFIA (UNICAMENTE CON MAMOGRAFO OR | A |
| 2 | 34060100 | MAMOGRAFIA/SENOGRAFIA (UNICAMENTE CON MAMOGRAFO OR | I |
| 2 | 34060200 | MAMOGRAFIA PROYECCION AXILAR | A |
| 2 | 34060200 | MAMOGRAFIA PROYECCION AXILAR | I |
| 2 | 34060300 | GALACTOGRAFIA CON O SIN MAMOGRAFO 2 EXPOS.POR LADO | A |
| 2 | 34060300 | GALACTOGRAFIA CON O SIN MAMOGRAFO 2 EXPOS.POR LADO | I |
| 2 | 34060400 | HISTEROSALPINGOGRAFIA CON PRUEBA DE COTTE 3 PLACAS | A |
| 2 | 34060400 | HISTEROSALPINGOGRAFIA CON PRUEBA DE COTTE 3 PLACAS | I |
| 2 | 34060500 | PELVINEUMOGRAFIA 3 PLACAS(MINIMO) | A |
| 2 | 34060500 | PELVINEUMOGRAFIA 3 PLACAS(MINIMO) | I |
| 2 | 34060600 | GINECOGRAFIA 6 PLACAS (MINIMO) | A |
| 2 | 34060600 | GINECOGRAFIA 6 PLACAS (MINIMO) | I |
| 2 | 34060700 | PELVIMETRIA RADIOLOGICA 2 PLACAS (MINIMO) | A |
| 2 | 34060700 | PELVIMETRIA RADIOLOGICA 2 PLACAS (MINIMO) | I |
| 2 | 34060800 | RX DIRECTA DE ABDOMEN/RX DEL EMBARAZO | A |
| 2 | 34060800 | RX DIRECTA DE ABDOMEN/RX DEL EMBARAZO | I |
| 2 | 34060900 | TERMOGRAFIA DE CONTACTO | A |
| 2 | 34060900 | TERMOGRAFIA DE CONTACTO | I |
| 2 | 34061000 | BIOPSIA ESTEROATAXIA DIGITAL DE MAMA | A |
| 2 | 34061000 | BIOPSIA ESTEROATAXIA DIGITAL DE MAMA | I |
| 2 | 34061001 | MATERIAL PARA BIOPSIA ESTEREOATAXICA DIGITAL DE M | A |
| 2 | 34061100 | MARCACION PREQUIRURGICA MAMARIA | A |
| 2 | 34061100 | MARCACION PREQUIRURGICA MAMARIA | I |
| 2 | 34070100 | SINUSOGRAFIA POR CATETERISMO 6 PLACAS (MINIMO) | A |
| 2 | 34070100 | SINUSOGRAFIA POR CATETERISMO 6 PLACAS (MINIMO) | I |
| 2 | 34070200 | VENTRICULOGRAFIA POR INYECCION DE MEDIO CONTRASTE | A |
| 2 | 34070200 | VENTRICULOGRAFIA POR INYECCION DE MEDIO CONTRASTE | I |
| 2 | 34070300 | ARTERIOGRAFIA CEREBRAL POR CATETERISMO 6 PLACAS (M | A |
| 2 | 34070300 | ARTERIOGRAFIA CEREBRAL POR CATETERISMO 6 PLACAS (M | I |
| 2 | 34070400 | ARTERIOGRAFIA CAROTIDEA O VERTEBRAL POR PUNCION DI | A |
| 2 | 34070400 | ARTERIOGRAFIA CAROTIDEA O VERTEBRAL POR PUNCION DI | I |
| 2 | 34070500 | NEUMOENCEFALOVENTRICULOGRAFIA FRACCIONADA.CISTERNO | A |
| 2 | 34070500 | NEUMOENCEFALOVENTRICULOGRAFIA FRACCIONADA.CISTERNO | I |
| 2 | 34070600 | MIELOGRAFIA ASC.O DESC.CISTERNOMIELOGRAFIA,RADICUL | A |
| 2 | 34070600 | MIELOGRAFIA ASC.O DESC.CISTERNOMIELOGRAFIA,RADICUL | I |
| 2 | 34070700 | DISCOGRAFIA/NEUROGRAFIA/EPIDUROGRAFIA 2 PLACAS (MI | A |
| 2 | 34070700 | DISCOGRAFIA/NEUROGRAFIA/EPIDUROGRAFIA 2 PLACAS (MI | I |
| 2 | 34080100 | CONTROL RADIOSCOPICO P/COLOCACION DE MARCAPASO TRA | A |
| 2 | 34080100 | CONTROL RADIOSCOPICO P/COLOCACION DE MARCAPASO TRA | I |
| 2 | 34080200 | CONTROL RADIOSCOPICO P/COLOCACION DE MARCAPASO DEF | A |
| 2 | 34080200 | CONTROL RADIOSCOPICO P/COLOCACION DE MARCAPASO DEF | I |
| 2 | 34080300 | CONTROL RADIOSCOPICO P/CATETERISMO DER.Y/O IZQ.S/A | A |
| 2 | 34080300 | CONTROL RADIOSCOPICO P/CATETERISMO DER.Y/O IZQ.S/A | I |
| 2 | 34080400 | CARDIOGRAFIA O ANGIOCARDIOGRAFIA 6 PLACAS (MINIMO | A |
| 2 | 34080400 | CARDIOGRAFIA O ANGIOCARDIOGRAFIA 6 PLACAS (MINIMO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 34080500 | CORONARIOGRAFIA.INCLUYE VENTRICULOGRAFIA 45 MTS DE | A |
| 2 | 34080500 | CORONARIOGRAFIA.INCLUYE VENTRICULOGRAFIA 45 MTS DE | I |
| 2 | 34080600 | INVESTIGACION DE FISTULAS VASCULARES PULMONARES | A |
| 2 | 34080600 | INVESTIGACION DE FISTULAS VASCULARES PULMONARES | I |
| 2 | 34080700 | PANARTERIOGRAFIA DEL CAYADO AORTICO Y VASOS DEL CU | A |
| 2 | 34080700 | PANARTERIOGRAFIA DEL CAYADO AORTICO Y VASOS DEL CU | I |
| 2 | 34080800 | AORTOGRAFIA POR PUNCION LUMBAR (PRIMERA EXPOSICION | A |
| 2 | 34080800 | AORTOGRAFIA POR PUNCION LUMBAR (PRIMERA EXPOSICION | I |
| 2 | 34080900 | AORTOGRAFIA POR PUNCION LUMBAR (POR EXPOSICION SUB | A |
| 2 | 34080900 | AORTOGRAFIA POR PUNCION LUMBAR (POR EXPOSICION SUB | I |
| 2 | 34081000 | ARTERIOGRAFIA DE ARTERIAS MEDULARES Y/O INTERCOSTA | A |
| 2 | 34081000 | ARTERIOGRAFIA DE ARTERIAS MEDULARES Y/O INTERCOSTA | I |
| 2 | 34081100 | ARTERIOGRAFIA SELECTIVA DE RAMAS DE LA AORTA | A |
| 2 | 34081100 | ARTERIOGRAFIA SELECTIVA DE RAMAS DE LA AORTA | I |
| 2 | 34081200 | ARTERIOGRAFIAS PERIF.DE MIEMBROS P/PUNCION(PRIMERA | A |
| 2 | 34081200 | ARTERIOGRAFIAS PERIF.DE MIEMBROS P/PUNCION(PRIMERA | I |
| 2 | 34081300 | ARTERIOGRAFIAS PERIF.DE MIEMBROS P/PUNCION(SUBSIG. | A |
| 2 | 34081300 | ARTERIOGRAFIAS PERIF.DE MIEMBROS P/PUNCION(SUBSIG. | I |
| 2 | 34081400 | CAVOGRAFIA.(1RA EXPOSICION) | A |
| 2 | 34081400 | CAVOGRAFIA.(1RA EXPOSICION) | I |
| 2 | 34081500 | CAVOGRAFIA (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE Y HASTA 4 | A |
| 2 | 34081500 | CAVOGRAFIA (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE Y HASTA 4 | I |
| 2 | 34081600 | ESPLENOPORTOGRAFIA POR PUNCION ESPLENICA | A |
| 2 | 34081600 | ESPLENOPORTOGRAFIA POR PUNCION ESPLENICA | I |
| 2 | 34081700 | ESPLENOPORTOGRAFIA(POR CADA EXPOSICION SUBSIGUIENT | A |
| 2 | 34081700 | ESPLENOPORTOGRAFIA(POR CADA EXPOSICION SUBSIGUIENT | I |
| 2 | 34081800 | FLEBOGRAFIA SELEC.AFLUENTES ABDOMINALES O TORACICO | A |
| 2 | 34081800 | FLEBOGRAFIA SELEC.AFLUENTES ABDOMINALES O TORACICO | I |
| 2 | 34081900 | FLEBOGRAFIA SELEC.AFLUENTES ABDOM.O TORAC.(SUBSIG. | A |
| 2 | 34081900 | FLEBOGRAFIA SELEC.AFLUENTES ABDOM.O TORAC.(SUBSIG. | I |
| 2 | 34082001 | FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR (1RA. EXPOS.) | A |
| 2 | 34082001 | FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR (1RA. EXPOS.) | I |
| 2 | 34082002 | FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (1RA. EXPOS.) | A |
| 2 | 34082002 | FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (1RA. EXPOS.) | I |
| 2 | 34082100 | FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR (SUBSIG | A |
| 2 | 34082100 | FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR (SUBSIG | I |
| 2 | 34082200 | LINFOGRAFIA POR EXPOSICION | A |
| 2 | 34082200 | LINFOGRAFIA POR EXPOSICION | I |
| 2 | 34090100 | TOMOGRAFIA LINEAL CUALQUIER ZONA O SISTEMA | A |
| 2 | 34090100 | TOMOGRAFIA LINEAL CUALQUIER ZONA O SISTEMA | I |
| 2 | 34090200 | TOMOGRAFIA HIPOCICLOIDAL/POLITOMOGRAFIA POR ESTUDI | A |
| 2 | 34090200 | TOMOGRAFIA HIPOCICLOIDAL/POLITOMOGRAFIA POR ESTUDI | I |
| 2 | 34090300 | FISTULOGRAFIA.ESTUDIO COMPLETO 2 PLACAS (MINIMO) | A |
| 2 | 34090300 | FISTULOGRAFIA.ESTUDIO COMPLETO 2 PLACAS (MINIMO) | I |
| 2 | 34090400 | DACRIOCISTROGRAFIA 3 PLACAS (MINIMO) | A |
| 2 | 34090400 | DACRIOCISTROGRAFIA 3 PLACAS (MINIMO) | I |
| 2 | 34090501 | RX QUIROFANO | I |
| | | traslado de equipamiento fuera del servicio de rayos (a pie de cama o área quirúrgica). | |
| 2 | 34090502 | RX HABITACION | I |
| | | traslado de equipamiento fuera del servicio de rayos (a pie de cama o área quirúrgica). | |
| 2 | 34090600 | RX QUIROFANO O HABITACION (POR EXPOSICION SUBSIGUIENTE) | I |
| | | traslado de equipamiento fuera del servicio de rayos (a pie de cama o área quirúrgica). | |
| 2 | 34090700 | RADIOSCOPIA EN QUIROFANO C/AMPLIFICADOR DE IMAGENE | I |
| 2 | 34100100 | TAC CEREBRAL (SIN CONTRASTE) | A |
| 2 | 34100100 | TAC CEREBRAL (SIN CONTRASTE) | I |
| 2 | 34100200 | TAC CEREBRAL (CON CONTRASTE) | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 34100200 | TAC CEREBRAL (CON CONTRASTE) | I |
| 2 | 34100300 | TAC CEREBRAL DE CONTROL | A |
| 2 | 34100300 | TAC CEREBRAL DE CONTROL | I |
| 2 | 34100400 | TAC OFTALMOLOGICA | A |
| 2 | 34100400 | TAC OFTALMOLOGICA | I |
| 2 | 34100500 | TAC TIROIDEA | A |
| 2 | 34100500 | TAC TIROIDEA | I |
| 2 | 34100600 | TAC MAMARIA | A |
| 2 | 34100600 | TAC MAMARIA | I |
| 2 | 34100700 | TAC GINECOLOGICA | A |
| 2 | 34100700 | TAC GINECOLOGICA | I |
| 2 | 34100801 | TAC COMPLETA DE ABDOMEN (SIN CONTRASTE) | A |
| 2 | 34100801 | TAC COMPLETA DE ABDOMEN (SIN CONTRASTE) | I |
| 2 | 34100802 | TAC COMPLETA DE ABDOMEN (CON CONTRASTE) | A |
| 2 | 34100802 | TAC COMPLETA DE ABDOMEN (CON CONTRASTE) | I |
| 2 | 34100900 | TAC HEPATOBILIAR ESPLENICA.PANCREATICA.SUPRARREN. | A |
| 2 | 34100900 | TAC HEPATOBILIAR ESPLENICA.PANCREATICA.SUPRARREN. | I |
| 2 | 34101000 | TAC TORACICA | A |
| 2 | 34101000 | TAC TORACICA | I |
| 2 | 34101100 | TAC VEJIGA Y PROSTATA | A |
| 2 | 34101100 | TAC VEJIGA Y PROSTATA | I |
| 2 | 34101200 | TAC DE OTROS ORGANOS O REGIONES | A |
| 2 | 34101200 | TAC DE OTROS ORGANOS O REGIONES | I |
| 2 | 34101300 | TAC DE COLUMNA | A |
| 2 | 34101300 | TAC DE COLUMNA | I |
| 2 | 34101400 | PUNCION BIOPSIA GUIADA BAJO T.A.C. | A |
| 2 | 34101400 | PUNCION BIOPSIA GUIADA BAJO T.A.C. | I |
| 2 | 34101500 | TOMOGRAFIA TRIDIMENSIONAL | A |
| 2 | 34101500 | TOMOGRAFIA TRIDIMENSIONAL | I |
| 2 | 34101600 | ANGIOTOMOGRAFIA | A |
| 2 | 34101600 | ANGIOTOMOGRAFIA | I |
| 2 | 34101601 | MATERIAL DE CONTRASTE PARA ANGIOTAC | A |
| 2 | 34101601 | MATERIAL DE CONTRASTE PARA ANGIOTAC | I |
| 2 | 34101700 | BLOQUEO SELECTIVO BAJO T.A.C. | A |
| 2 | 34101700 | BLOQUEO SELECTIVO BAJO T.A.C. | I |
| 2 | 34101800 | T.A.C. PARA NEFROSTOMIA PERCUTANEA | A |
| 2 | 34101800 | T.A.C. PARA NEFROSTOMIA PERCUTANEA | I |
| 2 | 34101900 | TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES (PET SCAN) **PET (Tomografía por Emisión de Positrones)** | A |

**Realización a médico especialista en imágenes** **Estudios PET-CT en pacientes oncológicos con buen estado general y expectativa de vida mayor a 3 meses. Se indica en estadificación, reestadificación y en diagnóstico solo si puede evitar procedimientos invasivos. Debe respetarse un tiempo de espera tras tratamientos (quimioterapia, radioterapia o cirugía). También se cubre en epilepsia refractaria y síndrome febril prolongado.**

**Cobertura Oncológica (Art. 5):**

**1. Nódulo Pulmonar Solitario (NPS): Diagnóstico cuando EIC o biopsia no son concluyentes o no puede realizarse biopsia.**
**2. Cáncer de Pulmón No Células Pequeñas (CPNPC): Estadificación prequirúrgica y reestadificación si hay dudas post-tratamiento.**
**3. Cáncer de Mama: Estadificación en estadios III y IV si EIC es dudoso; reestadificación ante sospecha de recaída.**
**4. Linfomas: Estadificación y reestadificación cuando EIC no define extensión o ante sospecha de recurrencia.**
**5. Mieloma Múltiple: Para diagnóstico, extensión y dudas en indicación terapéutica.**
**6. Cáncer Colo-rectal: Para estadificación y reestadificación si se planea cirugía o tratamiento, solo en pacientes candidatos.**
**7. Cáncer de Esófago, Gástrico y Páncreas: Estadificación y reestadificación si EIC es insuficiente.**
**8. Melanoma: Solo en estadios avanzados o sospecha de metástasis no accesibles a biopsia.**
**9. Cáncer de Cabeza y Cuello: Diagnóstico (tumor primario oculto), estadificación y reestadificación.**
**10. Cáncer Diferenciado de Tiroides: Reestadificación ante tiroglobulina elevada y rastreo negativo.**

**11. Cáncer de Riñón y Testículo: Reestadificación ante sospecha de recurrencia con EIC no concluyentes.**
**12. Cáncer de Próstata: Solo con C11-Colina en recaída bioquímica (PSA elevado).**
**13. Cáncer de Ovario, Cuello Uterino, GIST, Sarcomas, Osteosarcoma, Tumores Neuroendocrinos y del SNC: Estadificación y reestadificación si persisten dudas tras EIC.**
**14. Cáncer Metastásico de Primario Desconocido: Diagnóstico cuando EIC y anatomía patológica no identifican el tumor primario.**
**Otras patologías (Art. 6):**

**Epilepsia Refractaria: Para localización del foco cuando se evalúa cirugía y los EIC no son concluyentes.**

**Síndrome Febril Prolongado: Diagnóstico si persiste sin causa luego de evaluación clínica y paraclínica completa.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 34102000 | MATERIAL DE CONTRASTE PARA TAC | I |
| 2 | 34102000 | MATERIAL DE CONTRASTE PARA TAC | A |
| 2 | 34110100 | RESONANCIA MAGNET.NUCLEAR DE CRANEO (SIN CONTRASTE | I |
| 2 | 34110100 | RESONANCIA MAGNET.NUCLEAR DE CRANEO (SIN CONTRASTE | A |
| 2 | 34110200 | RESONANCIA MAGNET.NUCLEAR DE CRANEO (CON CONTRASTE | I |
| 2 | 34110200 | RESONANCIA MAGNET.NUCLEAR DE CRANEO (CON CONTRASTE | A |
| 2 | 34111100 | RESONANCIA MAGNET.NUCLEAR HEPATICA CON CONTRASTE H | A |
| 2 | 34111200 | RESONANCIA MAGNET.NUCLEAR DE OTRAS REGIONES | I |
| 2 | 34111200 | RESONANCIA MAGNET.NUCLEAR DE OTRAS REGIONES | A |
| 2 | 34111300 | RESONANCIA MAGNET.NUCLEAR DE COLUMNA (SIN CONTRAST | I |
| 2 | 34111300 | RESONANCIA MAGNET.NUCLEAR DE COLUMNA (SIN CONTRAST | A |
| 2 | 34111400 | ANGIORESONANCIA MAGNETICA CUALQUIER REGION | I |
| 2 | 34111400 | ANGIORESONANCIA MAGNETICA CUALQUIER REGION | A |
| 2 | 34111500 | COLANGIORESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR | I |
| 2 | 34111500 | COLANGIORESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR | A |
| | | Excluye sustancia de contraste. Debe transaccionarse con el codigo 34151600 | A |
| 2 | 34111600 | RMN MULTIPARAMETRICA PARA CANCER DE PROSTATA | A |
| 2 | 34111600 | RMN MULTIPARAMETRICA DE PROSTA | A / I |
| | | Realización: a médico especialista en imágenes.<br>Indicaciones:<br>Detección de cáncer de próstata.<br>Excluye:<br>Contraste<br>Debe transaccionarse junto con el item 34.15.16 MATERIAL CONTRASTE PARA RMN | |
| 2 | 34111800 | RMN DE ENCÉFALO CON TRACTOGRAFÍA | A / I |
| | | Indicaciones: Limitar lesiones tumorales cerebrales Incompatibilidad: No podrá transaccionarse junto a la RMN de craneo item 34.11.01 y 34.11.02Excluye: Contraste. Debe transaccionarse el item 34.15.16 MATERIAL CONTRASTE PARA RMN | |
| 2 | 34111900 | RMN HEPATICA CON CONTEO DE HIERRO | A / I |
| | | Indicaciones: Hemocromatosis Incompatibilidad: No podrá transaccionarse junto a la RMN hepática con contraste ítem 34.11.11Excluye: Contraste. Debe transaccionarse el item 34.15.16 MATERIAL CONTRASTE PARA RMN | |
| 2 | 34112000 | ARTRORESONANCIA | A / I |
| | | Indicaciones: Evaluación de cuerpos libres intraarticulares. Evaluación de lesiones osteocondrales para definir su condición de lesión estable versus inestable. Evaluación del cartílago articular.Incompatibilidad: No podrá transaccionarse junto a la resonancia magnet.nuclear de otras regiones ítem 34.11.12Excluye: Contraste. Debe transaccionarse el item 34.15.16 MATERIAL CONTRASTE PARA RMN | |
| 2 | 34112100 | DEFECO RMN | A / I |
| | | Indicaciones: Detectar patologías del suelo pélvico. Incontinencia urinaria, prolapso, etc. Cobertura a partir de los 50 años. Excluye: Contraste. Debe transaccionarse el item 34.15.16 MATERIAL CONTRASTE PARA RMN | |
| | 34112200 | RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR CON ESPECTROSCOPÍA (RMN-ESPECT) | A / I |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Indicaciones: Diagnóstico de tumores cerebrales. Enfermedades neurodegenerativas. Accidente cerebrovascular (ACV) y isquemia cerebral. Encefalopatías y trastornos metabólicos. Trastornos psiquiátricos. Epilepsia. Lesiones cerebrales traumáticas. Enrolados en plan O, plan HIV/SIDA o de enfermedades neurodegenerativas/trastornos de salud mental. Incompatibilidad: No podrá transaccionarse junto a RMN de cerebro o RMN de cráneo ítem 34.11.01 y 34.11.02Excluye: Contraste. Debe transaccionarse el item 34.15.16 MATERIAL CONTRASTE PARA RMN | | | | | |
| 2 34120100 | MODULO DE DIAGNOSTICO MAMARIO | | A | | | |
| 2 34130100 | DENSITOMETRIA OSEA | | A | | | |
| 2 34130100 | DENSITOMETRIA OSEA | | I | | | |
| 2 34151400 | METODO RADIOLOGICO DE APOYO P/ESTUDIOS ESPEC.CON F | | A | | | |
| 2 34151401 | METODO RADIOLOGICO DE APOYO, ARCO EN C | | A | | | |
| 2 34151600 | MATERIAL CONTRASTE PARA RMN | | A | | | |
| 2 34151600 | MATERIAL CONTRASTE PARA RMN | | I | | | |
| 2 34151700 | MATERIAL CONTRASTE HEPATOESPECIFICO PARA RMN HEPAT | | A | | | |
| 2 34200100 | TAC DE BAJAS DOSIS (TCDB) DE TORAX PARA LA DETECCIÒN TEMPRANA DE CÀNCER DE PULMÓN<br>Indicaciones: Condición tabáquica: fumadores activos o exfumadores que hayan abandonado hace menos de 15 años. Carga tabáquica: ≥ 20 paquetes-año | | A / I | | | |
| | **TERAPIA RADIANTE** | | | | | |
| 2 35010100 | ROENTGENOTERAPIA SUPERFICIAL O PROFUNDA.CADA APLIC | | A | | | |
| 2 35010100 | ROENTGENOTERAPIA SUPERFICIAL O PROFUNDA.CADA APLIC | | I | | | |
| 2 35020100 | HASTA 1000 MG/HORA | | A | | | |
| 2 35020100 | HASTA 1000 MG/HORA | | I | | | |
| 2 35020200 | CADA 1000 MG/HORA EXCEDENT. | | A | | | |
| 2 35020200 | CADA 1000 MG/HORA EXCEDENT. | | I | | | |
| 2 35020300 | ALQUILER DEL RADIUMPOR TRATAMIENTO. | RADIOLOGICO | I | | | |
| | **UROLOGIA** | | | | | |
| 2 36010500 | CISTOTONOMANOMETRIA | | A | | | |
| 2 36010500 | CISTOTONOMANOMETRIA | | I | | | |
| 2 36010700 | URETROSCOPIA | | A | | | |
| 2 36010700 | URETROSCOPIA<br>Incluye: Uroflujometría | | I | | | |
| 2 36020100 | FLUJOMETRIA MICCIONAL | | A | | | |
| 2 36020200 | ESTUDIO URODINAMICO COMPLETO | | A | | | |
| 2 36020300 | ESTUDIO URODINAMICO COMPLETO + ACTIVIDAD MIOELECTR | | A | | | |
| 2 36030100 | VIDEO URETROCISTOFIBROSCOPIA<br>Incluye: Videocistouretrofibroscopía. Pielografía anterógrada por nefrostomía. Cistografía por talla | | A/I | 1 | I | |
| 2 36030200 | PENESCOPÍA CON O SIN BIOPSIA, SONDAJE URETRAL,INST | | I | 3 | I | |
| 2 36030200 | PENESCOPÍA CON O SIN BIOPSIA, SONDAJE URETRAL,INSTILACION, DILATACION. CAUTERIZACION QUIMICA<br>Incluye: Penescopía. Sondaje uretral,instilación,dilatación. Cauterizacion quimica de lesion de pene (HPV) por sesión. Penescopía c/biopsia. | | A | | | |
| 2 36030300 | VIDEOCISTOURETROFIBROSCOPIA FLEXIBLE | | I | 3 | I | |
| 2 36030300 | VIDEOCISTOURETROFIBROSCOPIA FLEXIBLE<br>Incluye: Videocistouretrofibroscopia flexible<br>El estado internacion es solo si esta internado por otra causa y es necesario tambien realizarle esta practica. En estado ambulatorio debe realizarse en centro con sala de procedimientos | | A | | | |
| 2 36030400 | PIELOGRAFÍA ASCENDENTE (INCLUYE ENDOSCOPIA RÍGIDA) | | I | 3 | I | |
| 2 36030400 | PIELOGRAFÍA ASCENDENTE (INCLUYE ENDOSCOPIA RÍGIDA)<br>Incluye: Pielografía ascendente (Incluye endoscopia rígida).<br>El estado internacion es solo si esta internado por otra causa y es necesario tambien realizarle esta practica. | | A | | | |
| 2 36030500 | FISTULOGRAFÍA VESICAL | | I | 3 | I | |
| 2 36030500 | FISTULOGRAFÍA VESICAL<br>Incluye: Fistulografía vesical.<br>El estado internacion es solo si esta internado por otra causa y es necesario tambien realizarle esta practica | | A | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 36030600 | TRATAMIENTO DEL PRIAPISMO POR PUNCIÓN | I | 3 | I | |
| 2 36030600 | TRATAMIENTO DEL PRIAPISMO POR PUNCIÓN<br>Incluye: Tratamiento del Priapismo por punción<br>El estado internacion es solo si esta internado por otra causa y es necesario tambien realizarle esta practica. En estado ambulatorio debe realizarse en centro con sala de procedimientos | A | | | |
| 2 36030700 | RECOLECCIÓN URETERAL DE ORINA | I | | | |
| 2 36030700 | RECOLECCIÓN URETERAL DE ORINA<br><br>Incluye: Recolección ureteral de orina. (Se factura junto con colocacion Doble J en Pionefrosis al 50%)<br>El estado internacion es solo si esta internado por otra causa y es necesario tambien realizarle esta practica. En estado ambulatorio debe realizarse en centro con sala de procedimientos | A | | | |
| 2 36030800 | MODULO HORMONOTERAPIA<br><br>Indicaciones: Pacientes con diagnostico de cancer de prostata o renal.<br>Incluye: Honorarios médicos para el control y seguimiento ambulatorio del paciente bajo este tratamiento.<br>Aplicación de Leuprolide<br>Incompatible con consultas medica. | A | | | |
| 2 36030900 | MODULO INSTILACION VESICAL<br><br>Indicaciones: cancer de vejiga + cistitis actinica/hemorragica. El tratamiento se lleva a cabo una vez por semana por un total de 3 a 6 semanas (adjuntar a la transacción plan de tratamiento). El número total de ciclos de tratamiento debe ser informado por el profesional.<br>Incluye: Instilacion vesical de BCG/Mitomicina para cancer de vejiga o Hioluronato/Corticoides en cistitis intersticial / actinica | | | | |
| | **ONCOLOGIA** | | | | |
| 2 38050100 | MOD.INTEGRAL DE CONT.Y SEG.P/PAC.ONCOL.EN QUIMIO/ INMUNOTERAPIA<br><br>Sesión de tratamiento oncológico, el código cubre cada sesión en forma individual.<br>Se discriminan las distintas formas de administración de medicación quimioterapia. Se contemplan distintos valores (en internación y en ambulatorio), para quimioterapia EV en cavidades, distintas a las vías EV, y quimioterapia oral. Esta última contempla la responsabilidad de recomendaciones y controles en pacientes ambulatorios que reciben tratamientos con medicación con serios efectos colaterales e interacciones potenciales.<br><br>Inclusiones:<br>•Procedimiento para el tratamiento de quimioterapia.<br>Exclusiones:<br>•Gastos de insumos para tratamiento.<br>•Gastos de enfermería (atención integral).<br>•Uso de instalaciones adecuadas al tratamiento.<br>•Drogas quimioterápicas.<br>•Ondacetron (Zofran n.r.) (Res. 612/139)<br>•Internación en otros establecimientos, por complicaciones.<br>•Todo tratamiento derivado de su enfermedad de base y/o concomitantes no relacionadas con el tratamiento quimioterápico. | A | | | |
| 2 38050200 | MOD.DE ATENC.INTEG.P/CONT.Y SEGUI.PAC.CON HORMONOTERAPIA<br><br>Inclusiones:<br>Control y seguimiento ambulatorio o en su defecto en internación, del paciente con este tratamiento. | A | | | |
| 2 38050500 | HONORARIOS Y GASTOS POR ATENC.INTEG.MANT.SIST.IMPLANTABLE<br><br>Exclusiones:<br>•Medicamentos no oncológicos.<br>•Droga oncológica.<br>•Gastos<br>•Material descartable<br>•Sala de recuperación | A | | | |
| 2 38050600 | HONORARIO POR TRAT.QUIMIOTERAPICO C/INYECC.INTRATECAL | A | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Exclusiones:<br>•Medicamentos no oncológicos.<br>•Droga oncológica.<br>•Gastos<br>•Material descartable<br>•Sala de recuperación | |
| 2 | 38050800 | APLICACION DE DROGAS ONCOLOGICAS, POR SESION<br><br>Aplicación de una o más drogas por una única ruta de administración en un mismo momento u horario, independientemente del tiempo de duración de las infusiones. De ser requerido por el protocolo distintos horarios de administración se considerará por sesiones diferentes. De ser requerido tratamientos por distintas vías de administración (IM, EV, subcutánea, intratecal), se considerará una sesión por cada ruta, debiendo facturarse separadamente el procedimiento médico quirúrgico necesario para acceder a dicha vía.<br><br>Exclusiones:<br>•Medicamentos no oncológicos.<br>•Droga oncológica.<br>•Gastos<br>•Material descartable<br>•Sala de recuperación | A |
| 2 | 38050900 | APLICACION DE DROGAS COMPLEMENTARIAS, POR SESION<br><br>Cuando el protocolo involucre la administración de medicamentos oncológicos y/o complementos de rescate y/o substancias inmuno/biomoduladoras o modificadoras del comportamiento tumoral utilizadas como terapia directa del cáncer, por vía subcutánea, intramuscular, intratecal (punción lumbar)<br><br>Exclusiones:<br>•Medicamentos no oncológicos.<br>•Droga oncológica.<br>•Gastos<br>•Material descartable<br>•Sala de recuperación | A |
| 2 | 38051000 | SESION DE TRATAMIENTO ONCOLOGICO EN PACIENTE INTERNADOS<br><br>Exclusiones:<br>•Droga oncológica.<br>•Gastos<br>•Material descartable | I |
| 2 | 38051100 | MODULO MENSUAL QUIMIOTERAPIA POR VIA ORAL<br>Inclusiones:<br>• Control y seguimiento mensual.<br>Exclusiones:<br>• Droga oncológica.<br>• Gastos | A |
| 2 | 38051200 | MODULO SEMANAL TRATAMIENTO LLA<br>Inclusiones:<br>• Control y seguimiento semanal.<br>Exclusiones:<br>• Droga oncológica.<br>• Gastos | A |
| 2 | 38051300 | MÓDULO DE ATENCIÓN, CUIDADO Y ACOMPAÑAMIENTO DEL PACIENTE ADULTO ONCOHEMATOLOGICO Y ONCOLOGICO (ONCOLOGIA) AMBULATORIO<br><br>Destinado a la atencion de todo paciente a partir de los 17 años que reciba tratamiento oncologico con farmacos o moleculas de aplicación endovenosa y oral, en cualquiera de sus modalidades (quimioterapia, inmunoterapia, hormonal, mico moleculares o anticuerpos monoclonaels.<br><br>**INCLUSIONES:**<br>Servicio de enfermeria por demanda espontanea o Guardia: | **A** |

Curaciones de lesiones o tumores exofi'ticos.-Curacion y seguimiento de heridas quirurgicas- Retiro de puntos de sutura.- Colocaci6n de sondas nasogastricas- Colocacion de sondas vesicales- Enemas varios- Rehidratacion y control de sintomas (Nauseas, vomitos, diarreas, dolor, segun indicacion medica)I- Aplicaciones de tratamientos subcutaneos, intravenosos e intramusculares • Seguimiento por consultorio- Asistencia a paracentesis- Modulo Central de Emergencia (de acuerdo a la disp. 1701/18) Incluye hasta 6hs de internacion.- Hormonoterapia- Seguimiento oncologico • Quimioterapja oral Estudios:- PET SCAN, mas material radioactivo- RMN -TAC - Estudios por imagenes (Ecografi'a y RX)- Laboratorio: hemograma-hepatograma-plaquetas-2 marcadores tumorales.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 39010100 | PUVATERAPIA POR SESION | A |
| 2 | 39020100 | VIDEO DERMATOSCOPIA DIGITAL DE ALTA RESOLUCION (DI | A |
| 2 | 39020200 | DERMATOSCOPIA MANUAL | A |

**TERAPIA INTENSIVA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 40014000 | MODULO DE INTERNACIÓN CRITICA CON ARM | I |

Módulo destinado a pacientes que requieran de una unidad de internación debido a una condición clínica con riesgo crítico para su vida y con posibilidad de recuperación parcial o total que requieran para su supervivencia atención médica y de enfermería en forma constante, monitoreo paramétrico de funciones vitales y vigilancia estricta del paciente con
excepción de ciertas patologías que requieran acciones asistenciales complejas y específicas, corno por ejemplo cirugía cardiovascular, quemados, trasplantes, etc. Esto incluye pacientes que necesiten soporte actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de monitoreo continuo, diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida. Este módulo solo se puede solicitar con el uso de asistencia respiratoria mecánica continua.

Inclusiones (Terapia Intensiva e intermedia):

* Pensión y Derechos asistenciales.
* Monitoreo.
* Monitoreo PIC
* Insulinas
* Alimentación Enteral y Parenteral
* Radiología e imágenes nomencladas
* Laboratorio de Análisis Clínico Nomenclado.
* Kinesiología
* Interconsultas.
* pensión en UTI / UCO.
* ECG
* Ecocardiograma (modo M y Bidimensional)
* Bomba de infusión continúa.
* Oxigenoterapia
* Cardioversión
* Traqueotomía y Canalización en UTI—
* Colocación de Swanz-Ganz
* Anestesiología dentro del sector
* Oximetría
* Oxicapnometría
* Control de presión arterial media no invasiva e invasiva
* Colocación de marcapasos transitorio
* Punciones diagnósticas y evacuadoras

Medicamentos y Materiales Descartables: salvo los específicamente excluidos.

Exclusiones (unidades de terapia intensiva e intermedia):

Medicamentos:
* Biofármacos.
Medicamentos de alto precio y baja incidencia, enfermedades catastróficas. (Fibrosis Quística, Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Fabry, Enfermedad de Pompe, Enfermedad de Crohn, Insuficiencia Renal Crónica, Transplante y tratamiento Inmunosupresor post trasplante, HIV/SIDA, Hemofilia, Esclerosis Múltiple y lateral amiotrófica, Mieloma Múltiple, Hepatitis C, Leucemias y GIST, Insuficiencia hipofisiaria, Hemofilia, Fenilcetonuria, Fibrinolíticos).
* Drogas quimioterapicas, oncológicas e inmunosupresoras - hemoderivados.
*Levosimedan
* Prostaglandinas
* Linfoglobulina Antilinfocitaria
* Anticuerpos Monoclonales
*Gammaglobulinas endovenosas
*Interferones
*Estimulantes de Colonias
* Ciclosporina
* Somatostatina
* La medicación deberá ser facturada a valor (KAIROS) menos el 20%.
* Toda internación que se incluya por su evolución en otro módulo.
* Laboratorio: toda determinación no incluida expresamente.
* Cirugías con anestesia general fuera del sector de cuidados intensivos
* Transplantes
* Colocación de Balón de Contrapulsación en terapias polivalentes
* Traqueotomía en quirófano
* Hemodinamia: diagnóstica o terapéutica.
* Sustancias de contrastes y materiales radiactivos

* Prótesis — Órtesis (válvulas, etc.)
* Material descartable que se señala a continuación:
Catéter de SwanGanz
Catéteres implantables doble y triple lumen
Catéteres intraperitoneal para D.P.C.A.
Catéteres para medicación invasiva y sets de medicación
Catéteres tipo doble lumen y similares
Extractores de urología, fibroscopías.
Filtro para vena cava, de sangre
Filtros para nutrición parenteral
Guías especiales
Material de diéresis fría y caliente
Provisión de material rescatable o protésico en gastroenterología, neurocirugía
Válvula para neurocirugía.
Set de Cricotomia.
* Hemodialisis aguda en todas sus variantes.
* Hemoterapia: plasmaféresis; transfusión de leucocitos; transfusión de plaquetas; transfusión de crioprecipitados.

* Hemoterapia: las siguientes prácticas: transfusión de sangre hasta 500 cc, transfusión de plasma hasta 300 cc, transfusión de hematíes sedimentados hasta 300 cc, transfusión de glóbulos rojos lavados hasta 300cc.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 40014100 | MODULO DE INTERNACIÓN CRITICA SIN ARM | H. Y GASTOS (FIJO) | I |

Módulo destinado a pacientes que requieran de una unidad de internación debido a una condición clínica con riesgo crítico para su vida y con posibilidad de recuperación parcial o total que requieran para su supervivencia atención médica y de enfermería en forma constante, monitoreo paramétrico de funciones vitales y vigilancia estricta del paciente con excepción de ciertas patologías que requieran acciones asistenciales complejas y específicas, como por ejemplo cirugía cardiovascular, quemados, trasplantes, etc. Esto incluye pacientes que necesiten soporte actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de monitoreo continuo, diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida pero que no requiere asistencia respiratoria mecánica.

Inclusiones (Terapia Intensiva e intermedia):

* Pensión y Derechos asistenciales.
* Monitoreo.
* Monitoreo PIC
* Insulinas
* Alimentación Entera] y Parenteral
* Radiología e imágenes Nomencladas.
* Laboratorio de Análisis Clínico Nomenclado.
* Kinesiología
* Interconsultas.
*Pensión en UTI / UCO.
* ECG
* Ecocardiograma (modo M y Bidimensional)
*Bomba de infusión continúa.
* Oxigenoterapia
* Cardioversión
* Traqueotomía y Canalización en UTI
* Colocación de Swanz-Ganz
* Anestesiología dentro del sector
* Oximetría
* Oxicapnometría
* Control de presión arterial media no invasiva e invasiva.
* Colocación de marcapasos transitorio.
* Punciones diagnosticas y evacuadoras —
* Medicamentos y Materiales Descartables: salvo los específicamente excluidos.

Exclusiones (unidades de terapia intensiva e intermedia):

Medicamentos:
* Biofármacos.
* Medicamentos de alto precio y baja incidencia, enfermedades catastróficas. (Fibrosis Quística, Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Fabry, Enfermedad de Pompe, Enfermedad de Crohn, Insuficiencia Renal Crónica, Transplante y tratamiento Inmunosupresor post trasplante, HIV/SIDA, Hemofilia, Esclerosis Múltiple y lateral amiotrófica, Mieloma Múltiple, Hepatitis C, Leucemias y GIST, Insuficiencia hipofisiaria, Hemofilia, Fenilcetonuria, Fibrinolíticos)
* Drogas quimioterapicas, oncológicas e inmunosupresoras - hemoderivados.
* Levosimedan
* Prostaglandinas
* Linfoglobulina Antilinfocitaria
* Anticuerpos Monoclonales
* Gammaglobulinas endovenosas
* Interferones
* Estimulantes de Colonias
* Ciclosporina
* Somatostatina
* La medicación deberá ser facturada a valor KAIROS menos el 20%.
* Toda internación que se incluya por su evolución en otro módulo.
* Laboratorio: toda determinación no incluida expresamente.
* Cirugías con anestesia general fuera del sector de cuidados intensivos
* Trasplantes
* Colocación de Balón de Contrapulsación en terapias polivalentes
* Traqueotomía en quirófano
* Hemodinamia: diagnóstica o terapéutica
* Sustancias de contrastes y materiales radiactivos
* Prótesis — Órtesis (válvulas, etc.) Salvo convenios específicos
* Material descartable, que se señala a continuación:
Cánulas para hemodiálisis

Catéter de SwanGanz
Catéteres implantables doble y triple lumen
Catéteres intraperitoneal para D.P.C.A.
Catéteres para medicación invasiva y sets de medicación
Catéteres tipo doble lumen y similares
Extractores de urología, fibroscopías.
Filtro para vena cava, de sangre
Filtros para nutrición parenteral
Guías especiales
Material de diéresis fría y caliente
Provisión de material rescatable o protésico en gastroenterología, neurocirugía
Válvula para neurocirugía.
Set de Cricotomia.
* Hemodiánsis aguda en todas sus variantes.
* Hemoterapia: plasmaféresis; transfusión de leucocitos; transfusión de plaquetas; transfusión de crioprecipitados.

* Hemoterapia: transfusión de sangre hasta 500 cc, transfusión de plasma hasta 300 cc, transfusión de hematíes sedimentados hasta 300 cc, transfusión de glóbulos rojos lavados hasta 300cc.

2 40014200 MODULO NEONATOLOGIA 1. CUIDADOS MÍNIMOS

NEONATAL: SE CONSIDERA HASTA 30 DIAS DEL RECIEN NACIDO

Se define como SERVICIO DE NEONATOLOGÍA: a aquellos sectores donde se garantiza la asistencia de los pacientes neonatos, incluyendo: la asistencia y reanimación en sala de partos, la atención del neonato en internación conjunta, las unidades de cuidado intensivo neonatal, la unidad de cuidado intermedio, unidad de cuidados básicos (luminoterapia, imposibilidad de internación conjunta) y las salas de observación transitoria.
El alcance de los servicios de neonatología incluye también la participación de los neonatólogos en los equipos de embarazo de alto riesgo, en el abordaje de los problemas surgidos en las áreas de diagnóstico fetal y en el seguimiento ambulatorio de niños prematuros. Desde un enfoque amplio de cuidados centrados en la familia, la participación multidisciplinaria en apoyo de las madres o familias de bebés prematuros es esencial para garantizar resultados alejados apropiados. Se entiende explícitamente que el sector de recepción y reanimación del recién nacido, así como su personal profesional y técnico.
Estructura básica de asistencia:
Sector de recepción y reanimación del RN en sala de partos.
Unidad de Terapia Intensiva Neonatal UTIN

Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales UCIN . sector de Cuidados mínimos conjunta madre-hijo.
La diferencia entre la UTIN (Unidad Terapia Intensiva Neonatal) y UCIN (Unidad Cuidados Intensivos Neonatales) está dada por los diferentes niveles de complejidad de los pacientes y no por diferente complejidad y cantidad de los equipos de control y atención.

MÓDULO NEONATOLOGIA 1 (CUIDADOS MÍNIMOS)
Requerimientos observación en cuna o incubadora
Se requiere que el recién nacido (RN) atendido en este nivel esté clínicamente estable, sin ningún factor predisponente para deterioro cardiorespiratorio En casos selectos (de acuerdo al paciente) se realizará algún tipo de monitoreo continuo (oximetría de pulso, frecuencia cardiaca) Recién nacido de término en período de recuperación de enfermedad respiratoria o metabólica (Luego de las 24 horas cubiertas por Módulo Nacimiento) I

Inclusiones:

- Gastos y Derechos de pensión
- Radiología y Laboratorio nomenclado
- Ecografías nomencladas
- Prácticas, medicamentos y material descartable incluidos en el módulo
- Luminoterapia

Exclusiones:

- Asistencia Respiratoria Mecánica
- Toda práctica Quirúrgica
- Hemoterapia: toda práctica no incluida

- Hemoterapia: transfusión de sangre hasta 500 cc, transfusión de plasma hasta 300 cc, transfusión de hematíes sedimentados hasta 300 cc, transfusión de glóbulos rojos lavados hasta 300cc.

2 40014300 MODULO NEONATOLOGIA 2. CUIDADOS INTERMEDIOS I

Para neonatos que no requieren cuidados intensivos pero requieren cuidados de enfermería frecuentes, incubadora y monitoreo continuo.
Pacientes considerados de bajo riesgo de presentar cambios súbitos en su estado clínico.
Se aplica a recién nacido (RN) con enfermedad aguda leve sin compromiso cardiorespiratorio, enfermedad crónica que requiera Cuidados especiales, evolución benigna de prematurez
Recién Nacido pretérmino con morbilidades frecuentes por su prematurez, estables (con Oxígeno por cánula nasal) y en recuperación nutricional
Enteritis o post quirúrgico, luego de la etapa aguda Sepsis controlada. Fiebre en el menor de 1 mes con factores de riesgo
Poliglobulia y otros trastornos metabólicos que requieren corrección o hidratación parenteral
Inclusiones:

- Gastos y Derechos de Pensión
- Medicamentos y Material descartable
- Oxigenoterapia
- Ecografía Abdominal, Cerebral y otras que fueran necesarias
- Exámenes complementarios Nomenclados
- Monitoreo Cardíaco, saturación de 02, calentador humidificador 02, incubadora
- Prácticas menores como canalizaciones, punciones, nebulizaciones y curaciones dentro o fuera del área de UTI
- Prácticas, medicamentos y material descartable incluidos en el módulo
- Alimentación enteral y nutrición parenteral
- Luminoterapia

Exclusiones:

- Asistencia respiratoria mecánica
- Todas las prácticas quirúrgicas
- Óxido nítrico
- Hemoterapia: toda práctica no incluida I

- Hemoterapia: transfusión de sangre hasta 500 cc, transfusión de plasma hasta 300 cc, transfusión de hematíes sedimentados hasta 300 cc, transfusión de glóbulos rojos Lavados hasta 300cc.

2 40014400 MODULO NEONATOLOGIA 3. CUIDADOS INTENSIVOS SIMPLES

- Para recién nacido (RN) inestables en lo cardiorrespiratorio, con riesgo de cambios en su estado general.
- Cuidados de enfermería continuos (según necesidad de cada paciente) con controles frecuentes. Monitoreo cardiorespiratorio constante.
- Pacientes con infusión continúa de medicación o nutrición parenteral.
- Recién nacidos con enfermedad de membrana hialina u otro síndrome de dificultad respiratoria. Con requerimiento de oxigenoterapia.
- Recién nacidos que requieran utilización de Halo con fio2 mayor 50%, asistencia respiratoria Mecánica Convencional o CPAP
- Postquirúrgicos, hipertensión pulmonar, asfixia neonatal, Sepsis, Shock, Malformaciones congénitas y otras patologías descompensadas o con riesgo de vida.

***Inclusiones:***

- Gastos y Derechos de Pensión.
- Medicamentos y Material descartable.
- Oxigenoterapia con requerimientos mayor 50% en halo.
- Ecografía Abdominal, Cerebral y otras que fueran necesarias.
- Exámenes complementados Nomenclados.
- Monitoreo Cardíaco, saturación de 02, calentador humidificador 02, incubadora.
- Prácticas menores como canalizaciones, punciones, nebulizaciones y curaciones dentro o fuera del área de UTI.
- Prácticas, medicamentos y material descartable incluidos en el módulo
- Alimentación enteral y nutrición parenteral.
- Asistencia respiratoria Mecánica convencional o CPAP.
-Traslados dentro de la ciudad de Neuquén para estudios, en caso de que los mismos no se puedan realizar en el establecimiento donde el paciente se encuentre internado.
- Luminoterapia.

***Exclusiones:***

- Todas las Prácticas Quirúrgicas que sean de realización al pie de la cama
- Óxido nítrico
- Hemoterapia: toda práctica no incluida

- Hemoterapia: transfusión de sangre hasta 500 cc, transfusión de plasma hasta 300 cc, transfusión de hematíes sedimentados hasta 300 cc, transfusión de glóbulos rojos lavados hasta 300cc.

2 40014500 MODULO NEONATOLOGIA 4. CUIDADOS INTENSIVOS COMPLEJ H. Y GASTOS (FIJO) I

Incluye el mismo tipo de paciente que pero con mayores riesgos y gravedad o características especiales que hagan necesario el uso de:
Ventilación Alta frecuencia
Óxido nítrico
Monitoreo Transcutáneo de CO2 y 02
Monitoreo cerebral continuo (EEG)
Monitoreo de oxigenación tisular
Hipotermia controlada terapéutica
Inclusiones:

- Gastos y Derechos de Pensión
- Asistencia respiratoria Mecánica Alta frecuencia
- Medicamentos y Material descartable
- Oxigenoterapia
-Ecografía Abdominal, Cerebral y otras que fueran necesarias
- Exámenes complementarios Nomenclados
- Monitoreo Cardíaco, saturación de 02, calentador humidificador 02, incubadora
- Otros monitoreos de alta complejidad que justifican el módulo
- Prácticas menores como canalizaciones, punciones, nebulizaciones y curaciones dentro o fuera del área de UTI
- Prácticas, medicamentos y material descartable incluidos en el módulo
- Alimentación enteral y nutrición parenteral
-Traslados dentro de la ciudad de Neuquén para estudios, en caso de que los mismos no se puedan realizar en el establecimiento donde el paciente se encuentre internado.
- Luminoterapia

Exclusiones:

- Todas las Prácticas Quirúrgicas que no sean de indicación al pie de la cama
- Óxido nítrico (costo del gas)
- ECMO (Oxigenación membrana extracorpórea)
- Hemoterapia: toda práctica no incluida.

Hemoterapia: transfusión de sangre hasta 500 cc, transfusión de plasma hasta 300 cc, transfusión de hematíes sedimentados hasta 300 cc, transfusión de glóbulos rojos lavados hasta 300cc.

**CUIDADOS ESPECIALES**

2 41014000 MODULO DE INTERNACIÓN CUIDADOS INTERMEDIOS I

Destinado para pacientes que por su condición clínica requieran de un lugar de internación en una Unidad que brinde cuidados Constantes y permanentes de enfermería que no puedan ser brindados en áreas de internación general, se llevarán a cabo en una planta física apta para el desarrollo de tales actividades. Es recomendable que la Unidad de Cuidados Intermedios dependa de la UCI.

***Inclusiones:***

- Pensión y Derechos asistenciales
- Derechos Quirúrgicos y anestesista al pie de la cama
- Derecho de Monitoreo.
- Monitoreo PIC
-Insulinas
- Insumos y material Descartable (incluye pañales y material de confort).
- Alimentación Enteral y Parenteral
- Radiología e imágenes Nomencladas.
- Laboratorio de Análisis Clínico Nomenclado.
- Kinesiología
- Interconsultas.
- Derechos Sanatoriales: pensión en UTI / UCO.
- ECG
- Ecocardiograma (modo M y Bidimensional)
- Bomba de infusión continua
- Oxigenoterapia
- Cardioversión
- Traqueotomía y Canalización en UTI
- Colocación de Swanz-Ganz
- Anestesiología dentro del sector
- Oximetría
- Oxicapnometría
- Control de presión arterial media no invasiva e invasiva
- Colocación de marcapasos transitorio
- Punciones diagnósticas y evacuadoras
- Hemodiálisis aguda en todas sus variantes
- Medicamentos

***Exclusiones:***

- Medicamentos:
Biofármacos.
Medicamentos de alto precio y baja incidencia, enfermedades catastróficas. (Fibrosis Quística, Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Fabry, Enfermedad de Rompe, Enfermedad de Crohn, Insuficiencia Renal Crónica, Transplante y tratamiento Inmunosupresor post trasplante, HIV/SIDA, Hemofilia, Esclerosis Múltiple y lateral amiotrófica, Mieloma Múltiple, Hepatitis C, Leucemias y GIST, Insuficiencia hipofisiaria, Hemofilia, Fenilcetonuria, Fibrinolíticos).
Drogas quimioterapicas, oncológicas e inmunosupresoras - hemoderivados.
Levosimedan
Prostaglandinas
Linfoglobulina Antilinfocitaria
Anticuerpos Monoclonales
Gammaglobulinas endovenosas
Interferones
Estimulantes de Colonias
Ciclosporina
Somatostatina
La medicación deberá ser facturada a valores KAIROS menos el veinte por ciento (- 20%)
- Toda internación que se incluya por su evolución en otro módulo
- Laboratorio toda determinación no incluida expresamente
- Cirugías con anestesia general fuera del sector de cuidados intensivos
- Transplantes
-Colocación de Balón de Contrapulsación en terapias polivalentes
- Traqueotomía en quirófano
- Hemodinamia: diagnóstica o terapéutica
- Sustancias de contrastes y materiales radiactivos
- Prótesis — Órtesis (válvulas, etc ) Salvo convenios específicos

Material descartable, que se señala a continuación:
Cánulas para hemodiákis
Catéter de SwanGanz
Catéteres implantables doble y triple lumen
Catéteres intraperitoneal para D.P.C.A.
Catéteres para medicación invasiva y sets de medicación
Catéteres tipo doble lumen y similares
Extractores de urología, fibroscopías
Filtro para vena cava, de sangre
Filtros para nutrición parenteral
Guías especiales
Material de diéresis fría y caliente
Provisión de material rescatable o protésico en gastroenterología neurocirugía Válvula para neurocirugía
SET DE CRICOTOMIA
Hemoterapia: plasmaféresis; transfusión de leucocitos; transfusión de plaquetas; transfusión de crioprecipitados-
Hemoterapia: transfusión de sangre hasta 500 cc, transfusión de plasma hasta 300 cc, transfusión de hematíes sedimentados hasta 300 cc, transfusión de glóbulos rojos lavados hasta 300cc.

A

**CONSULTAS MEDICAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 42010100 | CONSULTA MEDICA | ( sello de Medico) | A |
| 2 | 42010300 | CONSULTA MEDICA EN HORARIO NOCT.Y/O DIAS FERIADO. | | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ***LUNES A VIERNES DE 20:00 A 7:59 HS. SABADOS, DOMINGOS Y FERIADOS LAS 24 HS*** | | |
| 2 42010400 | CONSULTA MEDICA EN SERVICIO DE GUARDIA DIURNO (8:00 a 19:59) | | A |
| 2 42010500 | CONSULTA MEDICA EN SERVICIO DE GUARDIA EN HORARIO NOCTURNO / FERIADO | | A |
| | ***LUNES A VIERNES DE 20:00 A 7:59 HS. SABADOS, DOMINGOS Y FERIADOS LAS 24 HS*** | | |
| 2 42010600 | CONSULTA PED. ESPONTANEA CONSULTORIO PLAN INFANTIL | | A |
| | Practica realcionada en su realizacion y facturacion a medico, medico pediatra, De 0 a 6 años inclusive | | |
| 2 42010601 | CONSULTA PED. ESPONTANEA CONSULTORIO COBERTURA GENERAL | | A |
| | Practica realcionada en su realizacion y facturacion a medico, medico pediatra, De 6 a 16 años inclusive | | |
| 2 42010700 | CONSULTA MEDICA, CLINICA MEDICA, MEDICINA GENERAL,RURAL O DE FAMILIA . ESPECIALISTAS ( o especialidad que no tenga su propio codigo) | | A |
| | LOS PROFESIONALES MEDICOS **ESPECIALISTAS**, CLINICA MEDICA, MEDICINA GENERAL. RURAL O DE FAMILIA; DEBEN DEDICAR CONSIEDERABLE TIEMPO EN LA EVALUACION DE SUS PACIENTES, ESCUCHAR SU PADECER, PARA BRINDAR SUS CONOCIMIENTOS, RECOMENDAR PASOS A SEGUIR DE DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO. REGISTRAR UN DOCUMENTO, QUE TIENE VALOR CIENTIFICO Y LEGAL, QUE FORMA PARTE DE LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE Y DEJA CONSTANCIA DE LA ACTUACION DEL MEDICO TRATANTE | | |
| | sello de medico clinico, medicina general, rural o de familia, ESPECIALIDADES (que no tengan codigo en este nomenclador) | | |
| 2 42020100 | VISITA MEDICA | | A |
| 2 42020300 | VISITA MEDICA EN HORARIO NOCT.Y/O DIAS FER. | | A |
| 2 42500100 | EVALUACION MÉDICA INICIAL - ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) | | A |
| | Se realiza una consulta inicial y una preclasificación inicial del riesgo cardiovascular global. Incluirá al menos:<br>Anamnesis: Se indaga si hay enfermedades crónicas, se verifica cómo es su manejo de la medicación, los estudios realizados, etc.<br>Examen físico: Peso y tallas, índice de masa corporal, medición de tensión arterial, medición de la circunferencia de la cintura.<br>Incompatibilidades: No podrá realizarse junto con otras consultas médicas | | |
| 2 42500200 | EVALUACION MÉDICA SEGUIMIENTO - ATENCION INTEGRAL ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) | | |
| | Inicia el proceso de tratamiento, se realiza una síntesis con el paciente y se indica un plan anual.<br>Incompatibilidades: No podrá realizarse junto con otras consultas médicas | | |
| 2 42050100 | CONSULTA MEDICA PLANES ESPECIALES | | |
| | **ESTE CODIGO SERA EXCLUSIVO PARA DETECCION, CONTROL Y TRATAMIENTO DE FACTORES CARDIOVASCULARES.**<br>**Incompatibilidad: No se puede transaccionar conjuntamente con consulta médica 42.01.01** | Medico, medico clinico, de familia o rural, neumonologo, etc | |
| 2 42050200 | CONSULTA MEDICA PROGRAMA INTEGRAL IVE/ILE | | A |

Que esta consulta específica incluirá la atención médica de evaluación inicial, consejería, seguimiento y control post aborto;
Que esta consulta incluye la información sobre las alternativas posibles para llevar adelante el aborto y los riesgos para la salud; en el momento de dar el alta o, en el caso de que el procedimiento sea ambulatorio, se dará las indicaciones de cómo utilizar los medicamentos y anticipar a la persona lo relacionado con algunas situaciones que pueden presentarse durante los días siguientes y brindarle la información necesaria;
Que incluirá información sobre signos y síntomas que puede presentar y requieren atención inmediata, espacio para hacer preguntas y obtener más apoyo si lo necesita la paciente y se propondrá en el caso que lo requiera derivaciones que se consideren oportunas (servicio social, salud mental, atención a mujeres víctimas de violencia);
Que cubrirá las citas posteriores al procedimiento, remarcando la importancia de los cuidados de seguimiento y de los controles periódicos de salud, brindar información sobre anticoncepción haciendo hincapié en los métodos de larga duración;

**PRESTACIÓN FARMACOLOGICA**

| DROGAS | PRESENTACIONES |
|---|---|
| MISOPROSTOL | COMP. VAGINALES X 12 |
| PARACETAMOL | 500 MG COMP. X 20 |
| IBUPROFENO | 600 MG COMP. X 20 |
| AZITROMICINA | 500 MG COMP. X 3<br>500 MG COMP. X 6 |
| METRONIDAZOL | 500 MG COMP. X 10<br>500 MG COMP. X 20<br>500 MG OV. X 6<br>500 MG OV. X 8<br>500 MG OV. X 10<br>500 MG OV. X 12 |
| DOXICICLINA | 100 MG COMP. X 10<br>100 MG COMP. X 20 |
| CEFTRIAXONA | 1 G IM F.A.X 1 |

Que en definitiva esta consulta tiene el objetivo de abordar de manera integral la salud de las pacientes dejando en claro que el proceso de atención a una persona no culmina con el procedimiento de IVE/ILE; sino que requiere de acompañamiento, información sobre su fertilidad futura, su estado de salud u otras intervenciones, estas entrevistas de seguimiento son una oportunidad para que el profesional de salud aborde estas cuestiones y/o realice las derivaciones pertinentes;
Que además en esta oportunidad se decide ampliar la cobertura de antibióticos dentro de las prestaciones farmacológicas de la NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE);
Que en su creación dentro de la cobertura farmacológica no se contempló la cobertura de antibióticos;
Que esta medicación si se encuentra dentro del Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2021;
Que este protocolo establece que el uso de antibióticos al momento del procedimiento instrumental disminuye el riesgo de infecciones posteriores;
Que si hay signos clínicos de infección, la persona debe ser tratada inmediatamente con antibióticos y luego llevar a cabo el aborto;
Que en la presente normativa se establecen los antibióticos recomendados por organizaciones de profesionales, que se basan en evidencia clínica y opinión de expertos;

2 42100100 EVALUACION MÉDICA - ATENCION INTEGRAL ECNT (Enfermedades Cronica No Transmisibles) **DADO DE BAJA 01/05/2026** A

Practica relacionada en su realización y facturación a médicos generales, clínicos y especialistas, cada paciente luego de la admisión de enfermería, e inicia el proceso de diagnóstico y tratamiento de cada paciente, e indica las interconsultas a los profesionales del equipo. Luego de culminado ese proceso realiza una síntesis con el paciente, e indica un plan anual.

Enfermedades cardiovasculares: Incluyen la hipertensión arterial (HTA), cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (ACV).
Cáncer: Diversos tipos de cáncer.
Enfermedades respiratorias crónicas: EPOC - Asma.
Enfermedades metabólicas: Diabetes mellitus. Enfermedad celíaca
Trastornos neurológicos: Alzheimer, Esclerosis múltiple - Parkinson.
Enfermedades autoinmunes y reumatológicas: Artritis, Lupus eritematoso sistémico y Enfermedad de Crohn.
Hipertiroidismo / Hipotiroidismo
Etc.

2 42110100 INTERCONSULTA VIRTUAL MEDICO - MEDICO A
2 42110200 INTERCONSULTA VIRTUAL PACIENTE - MEDICO INICIAL A
2 42110300 INTERCONSULTA VIRTUAL PACIENTE - MEDICO SEGUIMIENT A
2 42110400 INTERCONSULTA PRESCRIPCIÓN MEDICA A

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 42120100 | **ENFERMERÍA - EVALUACIÓN INICIAL** | | A |
| | Incluye la recopilación de datos subjetivos y objetivos para determinar el estado de salud del paciente. Esto abarca el examen físico inicial (signos vitales: Temperatura, Frecuencia respiratoria, Frecuencia del pulso y presión arterial, Oximetría de pulso. Medición de peso y altura, y cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) estado general, higiene, piel), la evaluación mental y emocional (estado de ánimo, alerta, angustia), y la recopilación de historial médico y personal (antecedentes, factores sociales y familiares). Además, se promueven acciones preventivas como vacunación y estudios de detección precoz. | | |
| 2 42120200 | **ENFERMERÍA SEGUIMIENTO - (inyectable) administracion de medicamentos - Plan de atencion - Procedimientos varios** | | |
| 2 42130100 | SEGUIMIENTO - TALLER NUTRICIÓN | | A |
| | Realización de intervenciones individuales y grupales. Cada taller tendrá la duración de 1 a 2 Hs. | | |
| 2 42130200 | SEGUIMIENTO - TALLER PSICOLOGIA<br>Profesional en Psicologia. Incluye: Realización de intervenciones individuales y grupales. Cada taller tendrá la duración de 1 a 2 Hs | | A |
| 2 42130300 | SEGUIMIENTO - TALLER ENFERMERÍA<br>Realizacion de encuentros individuales y/o grupales para seguir de cerca la evolución de cada paciente. Cada taller tendrá la duración de 1 a 2 Hs. | | A |
| 2 42200100 | PRESCRIPCIÓN MÉDICA DIGITAL (RECETA DIGITAL) | | A |
| | No se puede transaccionar con las consultas médicas 42.01.01 – 42.01.03 – 42.01.04 – 42.01.05 – 42.01.07 – 42.02.01 – 42.02.03 – 42.05.01 – 42.05.02 – 42.01.06 – 42.01.06 A – 42.32.02 A – 42.32.02 B – 42.32.03 A – 42.32.03 B – 42.32.03 C – 42.32.03 D – 42.32.03 E – 42.32.04 y con los ítems 30.10.01 Consulta oftalmológica y estudios - 30.10.02 Consulta oftalmología y estudios, de seguimiento - 17.02.01 Evaluación cardiovascular primaria.<br>Incluye - 28.02.01 Evaluación neumología - 29.02.01 Evaluación neurológica - 29.04.01 Evaluación neurológica pediátrica.<br>A los valores establecidos no se le aplicaran porcentajes adicionales correspondientes a categorías profesionales, recertificaciones o antigüedad. | | |
| | ***CONSULTAS PEDIATRICAS AMBULATORIAS*** | | |
| 2 42320201 | CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD | | A |
| | | Practica relacionada en su realización y facturación a médico, médico pediatra. De 0 a 16 años | |
| | Incluye: El control de Crecimiento, Desarrollo y Puericultura, según Normas SAP/MSAL para controles en salud en niño sano.<br>Incompatibilidad: No podrá realizarse junto a ítem 42.01.06, 42.01.06 A, 42.32.02 B, 42.32.03 A, 42.32.03 B, 42.32.03 C, 42.32.03 D, 42.32.03 E, 42.32.04. | | |
| 2 42320202 | CONSULTA PRE-QUIRURGICA | | A |
| | | Practica relacionada en su realización y facturación a Medico, médico pediatra | |
| | Incluye: Evaluación por subespecialistas pediátricos a pedidos de otros pediatras: prequirúrgico, neurología pediátrica, neumonología pediátrica, etc.<br>Incompatibilidad: No podrá realizarse junto a ítem 42.01.06, 42.01.06 A, 42.32.02 A, 42.32.03 A, 42.32.03 B, 42.32.03 C, 42.32.03 D, 42.32.03 E, 42.32.04. | | |
| 2 42320301 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ | | A |
| | | Practica relacionada en su realización y facturación a medico, médico pediatra. De 0 a 16 años | |

Incluye: Incluye anamnesis completa y examen físico.
Incompatibilidad: No podrá realizarse junto a ítem 42.01.06, 42.01.06 A, 42.32.02 A, 42.32.02 B, 42.32.03 B, 42.32.03 C, 42.32.03 D, 42.32.03 E, 42.32.04.

2 42320302 CONSULTA PRENATAL A

La consulta prenatal corresponde a la atención médica brindada antes del parto Una por embarazo

Incluye: Puericultura y asesoramiento prenatal sobre el hijo por nacer.
Incompatibilidad:42.01.01, 42.01.06,42.01.07.

2 42320303 CONSULTA SEGUIMIENTO RECIEN NACIDO ALTO RIESGO A

Corresponde a la atención médica brindada a un recién nacido que tenga patologías crónicas. Luego de los seis meses de edad, si precisa seguimiento deberá usarse el código 42.32.04 Consulta de paciente crónico (pacientes con patologías crónicas)

Incluye: El control de Crecimiento, Desarrollo y Puericultura, para controles en salud en niño recién nacido de alto riesgo (prematurez extrema, síndromes genéticos, ect).
Incompatibilidad: No podrá realizarse junto a ítem 42.01.06, 42.01.06 A, 42.32.02 A, 42.32.02 B, 42.32.03 A, 42.32.03 B, 42.32.03 D, 42.32.03 E, 42.32.04.

2 42320304 CONSULTA CON PADRES/CUIDADORES Y/O OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA, EQUIPO ESCOLAR, EQUIPO DE SALUD A

Corresponde a una sesión de evaluación y/o intervención que tiene como objetivo abordar dificultades en el vínculo, desarrollo o aprendizaje, planificar y/o evaluar conductas terapéuticas en pacientes crónicos.

Incluye: Atención/entrevista con integrantes del círculo de cuidado del PACIENTE, sin que este presente.
Incompatibilidad: No podrá realizarse junto a ítem 42.01.06, 42.01.06 A, 42.32.02 A, 42.32.02 B, 42.32.03 A, 42.32.03 B, 42.32.03 C, 42.32.03 E, 42.32.04.

2 42320305 ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE A

La atención está dirigida a usuarios entre los 10 y 24 años.

Incluye: la atención integral de salud en adolescentes, en motivos de consultas inherentes a esta población.
Incompatibilidad: No podrá realizarse junto a ítem 42.01.06, 42.01.06 A, 42.32.02 A, 42.32.02 B, 42.32.03 A, 42.32.03 B, 42.32.03 C, 42.32.03 D, 42.32.04.

2 42320400 CONSULTA DE PACIENTE CRÓNICO CUD A

Practica relacionada en su realización y facturación a medico, médico pediatra. La atención está dirigida a usuarios con un Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente. Se considera paciente crónico a aquel que, según parámetros de edad y condición médica, presenta limitaciones que impiden el desempeño de actividades propias de su edad y/o obstaculizan su crecimiento y desarrollo adecuados.

Incompatibilidad: No podrá realizarse junto a ítem 42.01.06, 42.01.06 A, 42.32.02 A, 42.32.02 B, 42.32.03 A, 42.32.03 B, 42.32.03 C, 42.32.03 D, 42.32.03 E.

2 42321000 CONSULTA PEDIATRICA SERVICIO DE GUARDIA DIURNO / NOCTURNO A

Practica relacionada en su realización y facturación a médico, medico pediatra
**DE 0 A 16 AÑOS DE EDAD**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 43010600 | MODULO ACOMPAÑAMIENTO PACIENTE PEDIATRICO | I |

Practica relacionada a Internación en pacientes hasta 16 años inclusive, a fin de asegurar una adecuada contención por parte de un familiar durante un momento crítico como es la internación y, sobre todo, en este grupo etario.Incluye: Uso de cama, ropa de cama y colaciones diarias, para el adulto responsable.

Este módulo es un adicional a los módulos clínicos hasta 72hs (431201) y control sintomático (431202), Mod. de cuidados intermedios (410140), Mod. Sintomatico Oncohematologico pediatrico (431206) y Mod. Cirugia programada (431204). No incluye a los ítems: 11.04.10, 11.04.11, 40.01.40 , 40.01.41, 40.01.42, , 40.01.43, , 40.01.44, , 40.01.45, 43.06.03, 43.12.03, 43.12.05, 43.13.01, 43.13.02, 43.13.03, 43.13.04, 43.13.05No puede ser solicitado como prestación inicial, siempre va asociado a un módulo de pensión.

**ASISTENCIA EN DOMICILIO**

**DEFINICIÓN**

Internación Domiciliaria es una modalidad de atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, realizada por un equipo interdisciplinario cuya misión es: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en los aspectos físico, psíquico, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana.

**OBJETIVOS:**

- Brindar asistencia en el domicilio del paciente, interactuando con los establecimientos asistenciales de diferentes niveles de categorización, con quienes deberá mantener mecanismos adecuados de referencia y contra referencia.
- Favorecer la reincorporación del paciente a su entorno natural: la familia y la comunidad.
- Recuperar la dimensión social del problema salud/enfermedad, dentro de la comunidad.
- Evitar la institucionalización del paciente y familia atendiendo los múltiples efectos negativos, aislamiento psico-físico del paciente, desestabilización económica, desintegración familiar y de su entorno comunitario.
- Acompañar y asistir a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución.
- Facilitar la participación activa de la familia o responsable del paciente, mediante su capacitación adecuada y aceptada.
- Optimizar la eficiencia del servicio en aquellos pacientes que por su patología es posible su asistencia con esta modalidad de atención.
- Disminuir el promedio de días de internación por patologías y aumentar la disponibilidad de camas para patologías más complejas.
- Disminuir las posibilidades de infecciones intrahospitalarias.
- Contribuir al mejoramiento de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus componentes: equidad, eficacia, eficiencia, efectividad y accesibilidad a los servicios de salud.

En los casos que la patología a tratar lo requiera, las siguientes especialidades y sus respectivas prestaciones están incluidas en los Módulos:
 Médica
 Enfermería
 Psicología
 Fonoaudiología
 Otras interconsultas médicas (cardiología, neurología, neumonología, entre otras)
 Nutricionista
 Estimulación temprana (incluye todas las terapias).
 Terapia ocupacional
 Medicamentos y material descartable de uso necesario para la asistencia del paciente en relación a su patología que da curso a la internación
 Alimentación enteral, suplemento nutricional según requerimientos para edad, peso y patología. Incluyendo equipamientos e insumos necesarios para la misma.
 Oxigenoterapia (cualquier modalidad)

ALCANCE GENERAL DE LA COBERTURA
En los casos que la patología a tratar lo requiera, las siguientes especialidades y sus respectivas prestaciones están incluidas en los Módulos:
 Médica
 Enfermería
 Psicología
 Fonoaudiología
 Otras interconsultas médicas (cardiología, neurología, neumonología, entre otras)
 Nutricionista
 Estimulación temprana (incluye todas las terapias). Las prácticas que no se realizan en el domicilio, serán evaluadas por Auditoría y luego se debitará sobre el valor total del módulo.
 Terapia ocupacional
 Medicamentos y material descartable de uso necesario para la asistencia del paciente en relación a su patología que da curso a la internación .
 Alimentación enteral, suplemento nutricional según requerimientos para edad, peso y patología. Incluyendo equipamientos e insumos necesarios para la
 misma.

2 43014000 CUIDADOS DOMICILIARIOS-MODULO NIVEL I ADULTO-PEDIATRICO A

Indicaciones: Está dirigido al seguimiento de las patologías que necesiten de cuidados de enfermería y médicos de baja complejidad.
Incluye:
 1 visita de enfermería diaria
 1-2 visitas médicas semanales
 1 visita de kinesiólogo por día. Incluye terapia motora y respiratoria.
 Equipamientos, descartables y medicación necesarios de acuerdo a la patología.
 No incluye alimentación enteral

2 43014001 CUIDADOS DOMICILIARIOS-NIVEL I ADULTO PEDIATRICO A A

Indicaciones: Está dirigido al seguimiento de las patologías que necesiten de cuidados de enfermería y médicos de baja complejidad.
Incluye:
 1 visita de enfermería diaria
 1-2 visitas médicas semanales
 1 visita de kinesiólogo por día. Incluye terapia motora y respiratoria.
 Equipamientos, descartables y medicación necesarios de acuerdo a la patología.
 Alimentación enteral o suplemento nutricional, equipamientos e insumos necesarios para su administración, según requerimientos para edad, peso y patología.

2 43014100 CUIDADOS DOMICILIARIOS-MODULO NIVEL II ADULTO-PEDIATRICO A

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Indicaciones: Está dirigido al seguimiento de las patologías o postoperatorios invalidantes que requieren uso de medicación EV/SC/IM, pacientes con patologías crónicas estables, incluyendo pacientes con traqueotomía fonatoria.<br>Incluye:<br>- 1-2 visita de enfermería diaria.<br>- 1-2 visitas médicas semanales.<br>- 1 visita de kinesiología motora y/o respiratoria diaria.<br>- Equipamientos, descartables y medicación necesarios de acuerdo a la patología.<br>- No incluye alimentación enteral | |
| 2 | 43014101 | CUIDADOS DOMICILIARIOS-NIVEL II ADULTO PEDIATRICO | A |
| | | Indicaciones: Está dirigido al seguimiento de las patologías o postoperatorios invalidantes que requieren uso de medicación EV/SC/IM, pacientes con patologías crónicas estables incluyendo pacientes con traqueotomía fonatoria.<br>Incluye:<br>- 1-2 visita de enfermería diaria.<br>- 1-2 visitas médicas semanales.<br>- 1 visita de kinesiología motora y/o respiratoria diaria.<br>- Equipamientos, descartables y medicación necesarios de acuerdo a la patología.<br>- Alimentación enteral o suplemento nutricional equipamientos e insumos necesarios para su administración según requerimientos para edad, peso y patología. | |
| 2 | 43014200 | CUIDADOS DOMICILIARIOS-MODULO NIVEL III ADULTO-PED | A |
| | | Indicaciones: Trastornos neurológicos graves, postrantes y necesidad de enfermería continúa. EPOC grave o patologías que requieran modalidad de ventilación no invasiva<br>Incluye:<br>- Enfermería hasta 12 horas diarias<br>- 1 visita médica diaria o de acuerdo a complicaciones<br>- 1-2 visitas de kinesiología motora y/o respiratoria diaria.<br>- Equipamientos, descartables y medicación necesarios de acuerdo a la patología y complicaciones esperables o habituales por su condición clínica.<br>- Alimentación enteral o suplemento nutricional equipamientos e insumos necesarios para su administración según requerimientos para edad, peso y patología.<br>- Prestaciones complementarias que requiera detalladas en Art 5º | |
| 2 | 43014201 | CUIDADOS DOMICILIARIOS-NIVEL III ADULTO PEDIATRICO | A |
| | | Indicaciones: Pacientes con requerimientos especiales de alimentación enteral, suplementos nutricionales. Trastornos neurológicos graves, postrantes y necesidad de enfermería continúa<br>EPOC grave o patologías que requieran modalidad de ventilación no invasiva<br>Incluye:<br>- Enfermería más de 12 horas diarias.<br>- 1 visita médica diaria o de acuerdo a complicaciones<br>- 1-2 visitas de kinesiología motora y/o respiratoria diaria.<br>- Equipamientos, descartables y medicación necesarios de acuerdo a la patología y complicaciones esperables o habituales por su condición clínica.<br>- Prestaciones complementarias que requiera detalladas en Art 5º<br>- Alimentación enteral o suplemento nutricional equipamientos e insumos necesarios para su administración según requerimientos para edad, peso y patología. | |
| 2 | 43014300 | CUIDADOS DOMICILIARIOS-MODULO NIVEL IV ADULTO-PEDIATRICO | A |

Indicaciones: Requerimiento de Asistencia Respiratoria Mecánica, ventilación invasiva en pacientes traqueostomizados. Neurológicos graves, con asistencia funcional permanente.
Incluye:
- Enfermería 24 hs diarias.
- 2 visita médicas diarias y las necesarias según demanda clínica
- 3 visita kinesiológicas motora y/o respiratoria diarias.
- Equipamientos, descartables y medicación necesarios de acuerdo a la patología y complicaciones esperables o habituales por su condición clínica.
- Alimentación enteral o suplemento nutricional y todo insumo necesario para su administración según requerimientos para edad, peso y patología.
- Prestaciones complementarias que requiera detalladas en Art 5º

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 43014500 | MODULO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA DIURNO | A |

OBJETIVO:
● Brindar atención de enfermería en domicilio, evitando así que el paciente tenga que trasladarse a un centro de atención médica para atención de baja complejidad, descomprimiendo de esta forma los sanatorios actualmente sin capacidad para asistencia de pacientes ante la situación de pandemia vigente.
● Evitar la exposición de pacientes a un posible contagio

requieran asistencia de enfermería de baja complejidad (ver nomenclador Anexo V) en su domicilio, que no requiera permanencia y que cuenten con la indicación médica pertinente.

Practica relacionada en su prescripcion a medico clinico, realizacion y facturacion a enfermero con Nº de matricula / Pacientes que requieran atencion de enfermeria en domicilio . Incompatibilidad con modulos de cuidados domiciliarios.

Actividad
Administración de citostático
Administración de nutrición parenteral
Administración de nutrición enteral
Administración de vacunas
Alimentación por gastrostomía
Aspiración de secreciones bucales
Aspiración de secreciones nasales
Aspiración de secreciones traqueotomía
Aspiración secreciones tubo endotraq.
Cambio de traqueoflex
Colocación de bolsa de colostomía
Colocación de bolsa de ileostomía
Colocación de bolsa recolectora de orina
Colocación de parches
Colocación de sonda nasogástrica
Colocación de sonda nasoyeyunal
Colocación de sonda orofaringea
Colocación de sonda vesical
Colocación de urodrop
Colocación de venoclisis
Control de débito de fistulas
Cuidado de colostomía
Cuidado de nefrectomía
Cuidado de paciente traqueostomizado
Cuidado al paciente en AMR

Cuidados de los avenamientos pleurales
Cuidados de los drenajes abdominales
Curación compleja
Curación de abscesos
Curación de escaras por dec. Compleja
Curación de escaras por decúbito
Curación de port
Curación de vía central
Curación simple
Extracción de puntos de sutura
Medicación intravenosa por goteo
Medicación por tubuladura y/o colateral
Medicación vía cutánea
Medicación vía intradérmica
Medicación vía intramuscular
Medicación vía intravenosa
Medicación vía subcutánea

2 43014501 MODULO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DOMICILIARIA NOCTURNO A

Practica relacionada en su prescripcion a medico clinico, realizacion y facturacion a enfermero con Nº de matricula / Pacientes que requieran atencion de enfermeria en domicilio . Atencion descripta en diurno .Incompatibilidad con modulos de cuidados domiciliarios.

2 43014600 CUIDADOS DOMICILIARIOS – CUIDADOS PALIATIVOS I A

| Grado | ECOG |
|---|---|
| 0 | Totalmente activo, capaz de llevar a cabo todas las actividades previas a la enfermedad, sin restricción |
| 1 | Restringido en actividad físicamente extenuante pero ambulatorio y capaz de llevar a cabo trabajos de naturaleza ligera o sedentaria, por ejemplo, trabajo en casa suave, trabajo de oficina |
| 2 | Ambulatorio y capaz de realizar todos los cuidados personales pero incapaz de llevar a cabo cualquier actividad laboral. Más de 50% de las horas de vigilia |
| 3 | Capacidad limitada solo al autocuidado, confinado a la cama o silla, más del 50% de las horas de vigilia |
| 4 | Completamente incapacitado. No puede llevar a cabo ninguna tarea de autocuidado. Totalmente confinado a la cama o silla |
| 5 | Próximo al óbito / Fallecido |

Indicaciones: Pacientes con síntomas leves y moderados (ECOG 0, 1 y 2).
Incluye:
 Visita médica: Hasta 1 visita semanal
 Visitas de enfermería: Hasta 3 visitas semanales
 Visitas de kinesiología: Hasta 3 visitas semanales.
 Visita psicología: Hasta 1 visita quincenal
 Opioides débiles (tramadol, codeína y buprenorfina) y fuertes (morfina, metadona, fentanilo y oxicodona). En cuanto a la morfina, en caso de requerir ampollas, se incluyen hasta 3 ampollas diarias.
 Material descartable necesario para la atención del paciente (guantes, iodopovidona, cinta, alcohol, agua oxigenada, algodón, apósitos, vendas, gasas, agujas comunes, jeringas de 1 a 60 cc, solución fisiológica, dextrosa, abbocaths, butterfly, guías de suero, entre otros)

2 43014601 CUIDADOS DOMICILIARIOS – CUIDADOS PALIATIVOS I A A

Indicaciones: Pacientes con síntomas leves y moderados (ECOG 0, 1 y 2).
Incluye:
 Visita médica: Hasta 1 visita semanal
 Visitas de enfermería: Hasta 3 visitas semanales
 Visitas de kinesiología: Hasta 3 visitas semanales.
 Visita psicología: Hasta 1 visita quincenal
 Opioides débiles (tramadol, codeína y buprenorfina) y fuertes (morfina, metadona, fentanilo y oxicodona). En cuanto a la morfina, en caso de requerir ampollas, se incluyen hasta 3 ampollas diarias.
 Material descartable necesario para la atención del paciente (guantes, iodopovidona, cinta, alcohol, agua oxigenada, algodón, apósitos, vendas, gasas, agujas comunes, jeringas de 1 a 60 cc, solución fisiológica, dextrosa, abbocaths, butterfly, guías de suero, entre otros)
 Alimentación enteral o suplemento nutricional, equipamientos e insumos necesarios para su administración según requerimientos para edad, peso y patología.

2 43014700 CUIDADOS DOMICILIARIOS - CUIDADOS PALIATIVOS II A

Indicaciones: pacientes con síntomas de moderados a severos (ECOG 3, 4 y 5) y/o en fin de vida.
Incluye:
 Visita médica: hasta 2 visitas semanales
 Visitas de enfermería: Hasta 2 visitas diarias
 Visitas de kinesiología: Hasta 5 visitas semanales
 Visitas de psicología: Hasta 1 visita semanal
 Opioides débiles (tramadol, codeína y buprenorfina) y fuertes (morfina, metadona, fentanilo y oxicodona). En cuanto a la morfina, en caso de requerir ampollas, se incluyen hasta 5 ampollas diarias.
 Material descartable necesario para la atención del paciente (guantes, iodopovidona, cinta, alcohol, agua oxigenada, algodón, apósitos, vendas, gasas, agujas comunes, jeringas de 1 a 60 cc, solución fisiológica, dextrosa, abbocaths, butterfly, guias de suero)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 43014701 | CUIDADOS DOMICILIARIOS - CUIDADOS PALIATIVOS II A | A |

Indicaciones: pacientes con síntomas de moderados a severos (ECOG 3, 4 y 5) y/o en fin de vida.
Incluye:
 Visita médica: hasta 2 visitas semanales
 Visitas de enfermería: Hasta 2 visitas diarias
 Visitas de kinesiología: Hasta 5 visitas semanales
 Visitas de psicología: Hasta 1 visita semanal
 Opioides débiles (tramadol, codeína y buprenorfina) y fuertes (morfina, metadona, fentanilo y oxicodona). En cuanto a la morfina, en caso de requerir ampollas, se incluyen hasta 5 ampollas diarias.
 Material descartable necesario para la atención del paciente (guantes, iodopovidona, cinta, alcohol, agua oxigenada, algodón, apósitos, vendas, gasas, agujas comunes, jeringas de 1 a 60 cc, solución fisiológica, dextrosa, abbocaths, butterfly, guias de suero)
 Alimentación enteral o suplemento nutricional, equipamientos e insumos necesarios para su administración según requerimientos para edad, peso y patología.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **PRESTACIONES DE ENFERMERIA** | A |
| 2 | 43020100 | CURACIONES | A |
| 2 | 43020200 | CURACIONES QUEMADOS | A |
| 2 | 43040200 | CON RESPIRADOR O NEBULIZ. ULTRASON.INCLUYENDO OXIG | |

**ATENCION EN INTERNACION**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 43060300 | MODULO LUMINOTERAPIA | I |

Destinado a neonatos que deban permanecer bajo lámpara, por hiperbihrrubinemia como patología principal y sin riesgo de exanguineo transfusión, debiendo contar con la internación conjunta del binomio madre- hijo en caso de corresponder. En este módulo se factura por día real de estadía

***Inclusiones:***

Luminoterapia en internación conjunta (madre e hijo).
Gastos y Derechos de pensión incluyendo binomio madre/hijo.
Laboratorio nomenclado
Ecografías y Radiología nomencladas
Atención de Enfermería
Prácticas, medicamentos y material descartable incluidos en el módulo
Alimentación enteral si requiere.

***Exclusiones:***

Internación en sala de Neonatología.
Asistencia Respiratoria Mecánica
Toda práctica Quirúrgica.

Comprende a todo paciente que requiera ser internado para tratamiento médico y diagnóstico (en caso de imposibilidad de realizar el mismo en forma ambulatoria). Se trata de un módulo que corresponderá a toda internación de paciente adulto /pediátrico que la requiera para recibir tratamiento o una práctica diagnóstica que, por su condición clínica, deba ser internado en una institución de salud habilitada. En caso de que el paciente provenga de la central de emergencia consumiendo dicho módulo, el valor del módulo clínico lo reemplazará.
Este módulo comprende: gastos, al pie de la cama, prácticas al pie de la cama,
material descartable e insumos que se especifican a continuación en los anexos generales.
Para la facturación de este módulo, es condición, la permanencia mínima (internado) del paciente durante 24 horas.

***Inclusiones:***

- Pensión y Derechos asistenciales
Medicación de uso en internación. Y medicación ambulatoria que el paciente consuma al momento de la internación
Material Descartable (incluye pañales y material de confort del paciente) Todos menos los que se consignan específicamente en las exclusiones.
Radiología e Imágenes Nomencladas
Laboratorio de Análisis Clínicos Nomenclados
Prácticas al pie de la cama: son prácticas realizadas por especialistas o por médico de guardia: vía central, traqueotomía al pie de la cama, punción pleural, punción lumbar, punción abdominal, punción articular; suturas simples; drenajes de colecciones; colocación de sondas; colocación de vía central; punciones evacuadoras; punciones diagnosticas; resolución de luxaciones; drenajes percutáneos. Toda práctica que por criterio clínico se realice al pie de la cama.
Kinesiología
Apoyo psicológico
-Oxigenoterapia
- Todas las interconsultas
- Gasto quirúrgico de las prácticas mínimamente invasivas (colocación de vía central; punciones evacuadoras; punciones diagnosticas; resolución de luxaciones; drenajes percutáneos) llamadas en esta norma como Prácticas al pie de la cama

***Exclusiones:***

Medicamentos:
Biofármacos.
Medicamentos de alto precio y baja incidencia, enfermedades catastróficas. (Fibrosis Quística, Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Fabry, Enfermedad de Pompe, Enfermedad de Crohn, Insuficiencia Renal Crónica, Transplante y tratamiento Inmunosupresor post trasplante, HIV/SIDA, Hemofilia, Esclerosis Múltiple y lateral amiotrófica, Mieloma Múltiple, Hepatitis C, Leucemias y GIST, Insuficiencia hipofisiaria, Hemofilia, Fenilcetonuria, Fibrinolíbcos).
Drogas quimioterapicas, oncológicas e inmunosupresoras - hemoderivados
Levosimedan
Prostaglandinas
Linfoglobulina Anblinfocitaria
Anticuerpos Monoclonales
Gammaglobulinas endovenosas
Interferones
Estimulantes de Colonias
Ciclosporina
Somatostatina
La medicación deberá ser facturada a valor KAIROS menos el veinticinco por ciento (- 20%).
Todo tipo de cirugía que necesite anestesia general total
Material descartable que se señala a continuación:
Cánulas para hemodiálisis
Catéter de SwanGanz
Catéteres implantables doble y triple lumen

Catéteres intraperitoneal para D.P.C.A.
Catéteres para medicación invasiva y sets de medicación
Catéteres tipo doble lumen y similares
Extractores de urología, fibroscopías.
Filtro para vena cava, de sangre
Filtros para nutrición parenteral
Guías especiales
Material de diéresis fría y caliente
Provisión de material descartable o protésico en gastroenterología/ neurocirugía
Válvula para neurocirugía.
Hemoterapia: las prácticas no incluidas.

INSULINAS, LEUPLOLIDE, ALTEPLASE, IMIPENEM/CILASTINA/RELEBACTAM, MEROPEMEN, TIMOGLOULINA, RITURIMAB, CEFTAZIDIMA+AVIBACTAM,
IMPLANON NXT

MEDICAMENTOS cuya dosis o uso diario exceda el 20% (veinte%) DEL VALOR DEL MODULO DE INTERNACION , deberán ser facturados por exclusión a valor Kairos menos el 20%

Hemoterapia: Hemoterapia: transfusión de sangre hasta 500 cc, transfusión de plasma hasta 300 cc, transfusión de hematíes sedimentados hasta 300 cc, transfusión de glóbulos rojos lavados hasta 300cc.

2 43120200 MODULO DE INTERNACIÓN CONTROL SINTOMATICO, CLÍNICO-QUIRURGICO I

Contiene a aquellos pacientes con los que se supera la internación establecida por norma o por cuadro clínico o quirúrgico.
Se diferencia del anterior no solo por el tiempo de internación sino por el diagnóstico clínico que deberá justificar CON DOCUMENTACION RESPALDATORIA.
Este módulo es de facturación diaria.
SE PODRA CONSUMIR este módulo en AQUELLOS CASOS DE ESPERA DE PRÓTESIS, MARCAPASOS, INTERNACION DOMICILIARIA, ETC, o en casos que el paciente debe cumplir tratamiento en internación con imposibilidad real o logística de internación domiciliaria.

***Inclusiones:***

Todas las prácticas nomencladas que ocurran durante la internación y no requieran anestesia.
Toda la medicación contemplada aprobada para internación y aquella medicación que el paciente consuma previamente relacionada con sus enfermedades preexistentes
Hidratación parenteral; alimentación enteral;
Todas las pruebas bioquímicas nomencladas por ISSN
Todas las prácticas de imágenes nomencladas, con y sin contraste
Oxigenoterapia
Todas las interconsultas
Gastos de pensión y gasto quirúrgico de las prácticas al pie de la cama o que no se justifique el uso del quirófano;
Material descartable con excepción de los detallados en las Exclusiones

***Exclusiones:***

Medicamentos:
Biofármacos.
Medicamentos de alto precio y baja incidencia, enfermedades catastróficas. (Fibrosis Quística, Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Fabry, Enfermedad de Pompe, Enfermedad de Crohn, Insuficiencia Renal Crónica, Transplante y tratamiento Inmunosupresor post trasplante, HIV/SIDA, Hemofilia, Esclerosis Múltiple y lateral amiotrófica, Mieloma Múltiple, Hepatitis C, Leucemias y GIST, Insuficiencia hipofisiaria, Hemofilia, Fenilcetonuria, Fibrinolíticos).
Drogas quimioterapicas, oncológicas e inmunosupresoras - hemoderivados
Levosimedan
Prostaglandinas
Linfoglobulina Antilinfocitaria
Anticuerpos Monoclonales
Gammaglobulinas endovenosas
Interferones
Estimulantes de Colonias
Ciclosporina
Somatostatina
La medicación facturada a valor KAIROS menos el 20%.
Material descartable que se señala a continuación:
Cánulas para hemodiálisis
Catéter de SwanGanz
Catéteres implantables doble y triple lumen
Catéteres intraperitoneales para D.P.C.A.
Cateteres para medicación invasiva y sets de medicación
Catéteres tipo doble lumen y similares
Extractores de urología, fibroscopías
Filtro para vena cava, de sangre

INSULINAS, LEUPLOLIDE, ALTEPLASE, IMIPENEM/CILASTINA/RELEBACTAM, MEROPEMEN, TIMOGLOULINA, RITURIMAB, CEFTAZIDIMA+AVIBACTAM,
IMPLANON NXT

Filtros para nutrición parenteral
Guías especiales
Material de diéresis fría y caliente
Provisión de material descartable o protésico en gastroenterología neurocirugía
Válvulas para neurocirugía.
Hemodiálisis aguda en todas sus formas
Hemoterapia: prácticas no incluidas

Material de contraste (34042400-34102000-34151600-34101601)

MEDICAMENTOS cuya dosis o uso diario exceda el 20% (veinte%) DEL VALOR DEL MODULO DE INTERNACION , deberán ser facturados por exclusión a valor Kairos menos el 20%

Hemoterapia: transfusión de sangre hasta 500 cc, transfusión de plasma hasta 300 cc, transfusión de hematíes sedimentados hasta 300 cc, transfusión de glóbulos rojos lavados hasta 300cc.

**Medicación psiquiátrica, En internaciones de salud mental**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 43120300 | ADICIONAL PARA PACIENTES CON AISLAMIENTO EN INTERNACION | I |

Este módulo es un adicional a los módulos clínicos y control sintomático y módulos críticos (adultos y pediátricos) cuando corresponda la modalidad de habitación aislada. No puede ser solicitado como prestación inicial, siempre va asociado a un módulo de pensión.
Se considera el riesgo para la situación de salud del paciente y los riesgos para los demás usuarios del servicio, se trata de situaciones especiales en pacientes con las siguientes enfermedades:
Manejo de pacientes afectados por SARS (Síndrome agudo respiratorio severo) e Influenza "A" - Avian
Manejo de pacientes con severo inmunocompromiso
Manejo de pacientes afectados por:
Gérmenes multirresistentes, especialmente ERV (enterococo resistente a vancomicina), SAMR (Staphylococcusaureus resistente a la meticilina), gram negativos productores de carbapenemasas (EPC) y Mycobacterium
Manejo de pacientes afectados por:
Ántrax, viruela, fiebre hemorrágica, botulismo, tularemia
El valor destinado a este módulo será el 50% del valor diario considerado en el módulo de control sintomático, definido en la presente norma.

2 43120400 MODULO DE INTERNACIÓN DE CIRUGIA PROGRAMADA I

Se trata del módulo que se codificará para su facturación el día que el paciente es internado para su cirugía. A este módulo se le sumará el módulo quirúrgico correspondiente según lo establecido up supra.
Solo podrá consumirse el día de la cirugía. Es caso de continuar el afinado internado, se solicitará el módulo de sostén sintomático de acuerdo a la normativa detallada up supra.

**Inclusiones:**

- Pensión
- Laboratorio
- Imágenes
- Medicación perioperatoria adecuada por cirugía
- Material descartable

Exclusiones:

- Medicamentos:
Biofármacos.
Medicamentos de alto precio y baja incidencia, enfermedades catastróficas.
(Fibrosis Quística, Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Fabry, Enfermedad de Pompe, Enfermedad de Crohn, Insuficiencia Renal Crónica, Transplante y tratamiento Inmunosupresor post trasplante, HIV/SIDA, Hemofilia, Esclerosis Múltiple y lateral amiotrófica, Mieloma Múltiple, Hepatitis C, Leucemias y GIST, Insuficiencia hipofisiaria, Hemofilia, Fenilcetonuria, Fibrinolíticos).
- Drogas quimioterapicas, oncológicas e inmunosupresoras - hemoderivados.
- Levosimedan
- Prostaglandinas
- Linfoglobulina Antilinfocitaria
-Anticuerpos Monoclonales
- Gammaglobulinas endovenosas
- Interferones
- Estimulantes de Colonias
- Ciclosporina
- Somatostatina
- La medicación deberá ser facturada a valor KAIROS menos el veinte por ciento (- 20%).
- Todo tipo de cirugía que necesite anestesia general total.
- Traslados de alta.
- Material descartable que se señala a continuación:
Cánulas para hemodiálisis
Catéter de SwanGanz

• Catéteres implantables doble y triple lumen
Catéteres intraperitoneal para D.P.C.A.
Catéteres para medicación invasiva y sets de medicación
Catéteres tipo doble lumen y similares
Extractores de urología, fibroscopías.
Filtro para vena cava, de sangre
Filtros para nutrición parenteral
Guías especiales
Material de diéresis fría y caliente
Provisión de material descartable o protésico en gastroenterología/ neurocirugía
Válvula para neurocirugía.

INSULINAS, LEUPLOLIDE, ALTEPLASE, IMIPENEM/CILASTINA/RELEBACTAM, MEROPEMEN, TIMOGLOULINA, RITURIMAB, CEFTAZIDIMA+AVIBACTAM, IMPLANON NXT

MEDICAMENTOS cuya dosis o uso diario exceda el 20% (veinte%) DEL VALOR DEL MODULO DE INTERNACION , deberán ser facturados por exclusión a valor Kairos menos el 20%

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 43120500 | MODULO CENTRAL DE EMERGENCIA | A |

1) Módulo de atención en central de emergencias Comprende la asistencia del paciente que presenta una emergencia menor, que requiere consulta clínica o especializada en la Central de Emergencia.
Emergencia menor. se trata de cuadros que luego de la primera evaluación clínica necesiten de Interconsultas de especialistas en el momento; medicación de urgencia; control de signos vitales, contención psíquica. Este módulo abarca también la asistencia del paciente que requiere diagnóstico, atención especializada y tratamiento ambulatorio, observación y control en Central de Emergencia incluyendo una emergencia quirúrgica menor, capaz de resolverse en la guardia. El paciente podrá permanecer en la central de emergencias hasta 6 horas. Luego de dicho período deberá ser transferido a otro sitio de internación o dado de alta.
Consulta clínica o especializada - interconsultas
Medicación de urgencia Detalle 4
Imágenes: ver detalle 2
Electrocardiograma y consulta cardiológica
Procedimientos o práctica de cirugía o traumatología para tratamiento de las lesiones
Material descartable de baja complejidad. (Ver listado de materiales descartables comúnmente utilizados en la Central de Emergencias. Detalle 3)
Análisis de laboratorio (Ver listado análisis de laboratorio. Detalle 1)
Nebulizaciones
Oxigenoterapia
Saturometría
Shock room

Monitoreo de presión
Control multiparamétrico
Anatomía patológica
Curación
Inyectables: prácticas y material descartable
Toma de presión

Nebulización
Colocación de sonda vesical
Fracturas sin desplazamiento
Fracturas con desplazamiento no quirúrgico Clavícula, costilla, rótula, nariz.
Columna cervical - dorsal. Esternón, peroné, cúbito y/o radio. Pelvis, Fémur, peroné, calcáneo
Fractura/desplazamiento (inmovilización, yeso, vendaje no inmóvil, consulta).
Luxaciones: Tratamientos incruentos e inmovilización Columna cervical, dorsal o lumbar. Cadera, rodilla. Metacarpo o Temporo Maxilar
Infiltraciones y movilizaciones
Sutura de tendón
Yesos vendajes y tracciones Bota corta de yeso. Bota larga de yeso. Botín de yeso. Calza de yeso. Yeso colgante. Ducroquet. Velpeau de yeso. Valva corta de miembro inferior. Valva larga de miembro inferior. Valva corta de miembro superior. Valva larga de miembro superior. Vendaje de Shanz. Vendaje de Velpeau. Yeso tóracobraquial Yeso braquipalmar. Yeso antibraquipalmar
Canalización venosa
Curación quemadura hasta
Drenaje absceso perianal. Drenaje de absceso profundo otras partes
Extracción de cuerpo extraño profundo
Drenaje de absceso superficial, hidrosadenitis, quiste sebáceo infectado, forúnculo, panadizo, hematoma ántrax, nevus, etc.
Extracción de cuerpo extraño superficial
Escisión de uña
Sutura de heridas - material descartable a utilizar
Extracción cuerpo extraño en cornea / conjuntiva

Detalle 1: INCLUSIONES de laboratorio para modulo asistencia central de emergencias
Inclusiones de análisis de laboratorio:
Estado de ácido-base (sangre)
Presión parcial de oxígeno
Sodio en plasma
Calcemia
Cloro plasmático
Potasemia. Hematología
Hematocrito
Recuento de leucocitos
Recuento de plaquetas
Tiempo de coagulación y sangría
Tiempo de protrombina
Tiempo parcial de tromboplastina
Dosaje de fibrinógeno
Retracción de coágulo
Bacteriología directa y triplicación
Hemocultivo (No muestras aerób.) (No muestras anaerób.)
Química sangre
Bilirrubina total y directa
Glucemia
Urea
Fosfatasas alcalinas
Amilasemia
T.G. Oxalacética (T.G.0.)
T.G. Pirúvica
Creatinofosfaquinasa (C.P.K.)
Lacticodehidrogenasa (L.D.H.)
Cetonemia

Líquido cefalorraquídeo
Glucosa
Proteínas totales
Citológico
Orina
PH con densidad - Sodio
Potasuria
Urea
Glucosa
Cuerpos cetónicos
Proteínas
Pigmentos y sales biliares
Sedimento
Hemoglobina
Amilasuria
Embarazo Gravindex

Detalle 2: Inclusiones en prácticas de imágenes para la central de emergencias
RX del Cráneo, Cara, Senos Paranasales o Cavun, Primera Exposición
RX Exposición subsiguiente
RX de hueso temporal o agujeros ópticos, comparativos, por incidencia y por par. B (Town/ Schuler/ Chausse)
RX Temporomandibular
RX de Raquis - Columna cervical, dorsal, lumbar- frente
RX de Raquis - Columna cervical, dorsal, lumbar- perfil
RX de hombro, húmero, pelvis, cadera y fémur - frente
RX de hombro, húmero, pelvis, cadera y fémur - perfil
RX de codo, antebrazo, muñeca, manos, dedos, rodilla, pierna, tobillo y pie
Medición comparativa de miembros inferiores
RX de tórax - frente
RX de tórax - perfil
RX de abdomen - pie
RX de abdomen - acostado
RX de arbol urinario
Ecografía pelviana/obstétrica
Ecografía mamaria
Ecografía testicular
Ecografía abdomen/hígado/páncreas/v biliares

Ecografía hígado/v. binares/pleura
Ecografía prostática, vesical
Ecografía renal
Tomografía axial computada con y sin contraste (todas)

Detalle 3: INSUMOS — DESCARTABLES para la central de emergencias
Listado de materiales descartables comúnmente utilizados en la Central de Emergencia:
Abbocath 16-18-20-22. Bolsa colectora de orina. Bolsa colectora pediátrica. Butterfly 19-21 y 23. Dexon 3/0, 4/0, 5/0....etc. Hoja de bisturí. Jeringa 5cc, lOcc, 20cc. Jeringa de insulina. K-9, K-10, K-11, K-30, K-31, K-32, K-33, K-106, K-108.Perfus N01, Perfus N05.Set de subclavia. Set para cricotiroidectomía. Set para medición PVC. Sonda Foley 2V. Sonda Foley 3V. Tycron 2/0, 3/0, 4/0. Tuboendotraqueal. Venda de yeso. Férula digital. Pump set. Ethilón 4/0, 5/0. Vicril 4/0, 5/0. Collar de Filadelfia. Aguja de punción lumbar descartable. Espéculo vaginal descartable. Máscara de Campbell descartable. Llaves de tres vías. Material de curaciones.

Detalle 4: MEDICAMENTOS GENERALES para la central de emergencias
Listado de medicamentos tipo comúnmente utilizados en las Centrales de emergencia:
Analgésicos - Antiespasmódicos:
Tranquilizantes - Neurolépticos: Medicación cardiológica: Anbarrítmicos/ diuréticos/ cardiotónicos/ vasodilatodores/ betabloqueantes/ vasoconstrictores. Formas oral y endovenosa
Medicación vasoactiva: Nitroprusiato sódico/ Enalapril/ Losartan/ Dopamina/ Dobutamina/ Nifedipina
Medicación gastroenterológica: antiácidos (cualquier tipo y forma de administración)/ Antieméticos/ Antidiarréicos/ Antiespasmódicos
Terapia antibiótica inicial: Ampicilina/ Ceftriaxona/ Gentamina/ Amoxicilina clavulánico/ Amoxicilina-sulbactam
Metronidazol/ Ciprofioxacina/ Amikacina/ Vacuna antitetánica (la dosis)
Soluciones parenterales: Solución dextrosada en agua 5%, 10%, 25%/ Solución fisiológica/ Solución Ringer Lactato/ Solución bicarbonato de sodio 1 molar/ Haemacell/ Dextran/ Solución hipertónico 20%/ Vitaminas complejo B/ Cloruro de potasio (ampolla)/ Cloruro de calcio (ampolla)
Medicación anficonvulsiva y miorelajante
Anti-edema cerebral: difenilhidantoina/ diazepam/ pancuronio/ Fenobarbital

Anticoagulantes: Heparina/ acenocumarol
Medicación para procedimientos quirúrgicos: Material para curaciones. Novocaina/ Xilocaína 0,5%, 1% y 2%.
Medicación respiratoria: Aminofilina/ Nebulizaciones con fluidificantes/ Salbutamol/ Budesonide
Hipogluceminantes: Insulina

***Exclusiones:***

Otros Módulos
Anexos de Exclusiones generales
Sumatoria de módulos
Módulo clínico
Internación mayor de 6 horas en la central de emergencias

MEDICAMENTOS cuya dosis o uso diario exceda el 20% (veinte%) DEL VALOR DEL MODULO DE INTERNACION , deberán ser facturados por exclusión a valor Kairos menos el 20%

INSULINAS, LEUPLOLIDE, ALTEPLASE, IMIPENEM/CILASTINA/RELEBACTAM, MEROPEMEN, TIMOGLOULINA, RITURIMAB, CEFTAZIDIMA+AVIBACTAM,
IMPLANON NXT

2 43120600 MODULO SINTOMATICO ONCOHEMATOLOGICO PEDIATRICO

Módulo de Atención en Internación de Pacientes Pediátricos que se encuentren en tratamiento Oncohematologico;

seguimiento especial por ser una patología de baja incidencia, y deben estar acompañados de familiares y contar con asistencia terapéutica

Practica relacionada a:
1.Atención de pacientes pediátricos (hasta 16 años inclusive) en tratamiento oncohematologico.
2. Prescripción médicos especialistas en clínica médica, pediatría, oncohematologo.
3. Incluye: gastos, interconsultas con especialistas, prácticas oncohematologicas, prácticas hematológicas, pie de cama e insumos que se
especifican en las reglas generales establecidas para esta practica.
4. Excluye: se especifica en reglas establecidas para este módulo.

***Inclusiones:***

● Todas las prácticas nomencladas que ocurran durante la internación y no requieran anestesia general
● Toda la medicación contemplada aprobada para internación y aquella medicación que el paciente consuma previamente relacionada con sus enfermedades preexistentes
● Hidratación parenteral; alimentación enteral
● Todas las pruebas bioquímicas nomencladas
● Todas las prácticas de imágenes nomencladas, con y sin contraste
● Oxigenoterapia
● Todas las interconsultas
● Prácticas oncohematologicas, prácticas hematológicas.
● Gastos de pensión y gasto quirúrgico de las prácticas al pie de la cama o que no se justifique el uso del quirófano.
● Material descartable con excepción de los detallados en las Exclusiones
● K inesiología, psicología

***Exclusiones:***
● Medicamentos:
● Biofármacos.
● Medicamentos de alto precio y baja incidencia, enfermedades catastróficas. (Fibrosis Quística, Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Fabry, Enfermedad de Pompe, Enfermedad de Crohn, Insuficiencia Renal Crónica, Transplante y tratamiento Inmunosupresor post trasplante, HIV/SIDA, Hemofilia, Esclerosis Múltiple y lateral amiotrófica, Mieloma Múltiple, Hepatitis C, Leucemias y GIST, Insuficiencia hipofisiaria, Hemofilia, Fenilcetonuria, Fibrinolíticos). ● Drogas quimioterapicas, oncológicas e inmunosupresoras - hemoderivados
● Levosimedan
● Prostaglandinas
● Linfoglobulina Antilinfocitaria
● Anticuerpos Monoclonales
● Gammaglobulinas endovenosas
● Interferones
● Estimulantes de Colonias
● Ciclosporina
● Somatostatina
La medicación se factura a valor KAIROS menos el veinte por ciento (- 20%).
● Material descartable que se señala a continuación:
● Cánulas para hemodiálisis
● Catéter de SwanGanz
● Catéteres implantables doble y triple lumen
● Catéteres intraperitoneales para D.P.C.A.
● Catéteres para medicación invasiva y sets de medicación
● Catéteres tipo doble lumen y similares
● Extractores de urología, fibroscopías
● Filtro para vena cava, de sangre
● Filtros para nutrición parenteral
● Guías especiales
● Material de diéresis fría y caliente

● Provisión de material descartable o protésico en gastroenterología neurocirugía
● Válvulas para neurocirugía.
● Hemodiálisis aguda en todas sus formas
● Hemoterapia: prácticas no incluidas

MEDICAMENTOS cuya dosis o uso diario exceda el 20% (veinte%) DEL VALOR DEL MODULO DE INTERNACION , deberán ser facturados por exclusión a valor Kairos menos el 20%

INSULINAS, LEUPLOLIDE, ALTEPLASE, IMIPENEM/CILASTINA/RELEBACTAM, MEROPEMEN, TIMOGLOULINA, RITURIMAB, CEFTAZIDIMA+AVIBACTAM,
IMPLANON NXT

● Hemoterapia: transfusión de sangre hasta 500 cc, transfusión de plasma hasta 300 cc, transfusión de hematíes sedimentados hasta 300 cc, transfusión de glóbulos rojos lavados hasta 300cc.

**ESTAS REGLAS SERÁN DE APLICACIÓN EFECTIVA PARA TODAS LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS COMPRENDIDAS ENTRE EL CAPITULO 1 Y EL 13 DEL NOMENCLADOR**

***Inclusiones (adulto/pediátrico):***

- Gasto quirúrgico
- Material descartable utilizados en el acto operatorio (salvo lo expresamente excluido)
- Laboratorio que se requiera durante el acto quirúrgico
- Medicación anestésica. Medicación de uso en al quirófano de acuerdo a necesidad e indicación clínica
- Radiología e imágenes Nomencladas.
- Estudios Endoscópicos Digestivos, Respiratorios y Urológicos
-Oxigenoterapia/asistencia ventilatoria mecánica
- Monitoreo intraoperatorio
-Arco en C
- Torres de VLP
-Prácticas de apoyo intraoperatoria para diagnóstico y/o apoyo terapéutico

***Exclusiones:***

- Bisturí Armónico
- Otros Módulos
- Anatomía Patológica
- Hemoterapia
- Estudios Hemodinámicos
- Estudios Electrofisiológicos.
- Angiografía y Arteriografía Digital.
- Sustancias de contraste y material radiactivo
- Terapia Radiante.
- Infusiones oncológicas
- Tratamientos de quimioterapia
- Punciones o drenajes bajo ecografía o tomografía
- Extras del Paciente y/o acompañante.
- Tratamientos del dolor: bloqueos
- Órtesis y prótesis
- Craneótomo
- Pensión
- Recuperador de sangre. Solo indicaciones y valores pautados previamente.
- SIVACO
- Láser de Argón, Suturas mecánicas
-Filtro de vena cava
- Válvula de PIC
- Válvulas para neurocirugías
- Marcapaso definitivo
- Material protésico para gastroenterología
- Catéteres endovenosos permanentes
- Catéteres de drenaje percutáneo especiales, placa paciente de uso pediátrico, set de bloqueo para dolor postquirúrgico, asa de ligadura pediátrica para video, máscara laríngea
- Hemoterapia
-Cualquier medicamento o descartable que por uso en el acto quirúrgico que supere el 20 % del valor del módulo.

## ***MÓDULOS QUIRÚRGICOS***

Se trata de un módulo destinado a todo paciente que debe ser intervenido quirúrgicamente y que para ello se necesite de una internación
El módulo incluye el gasto quirúrgico. Por lo tanto **no es un módulo de pensión.**
Se utilizará para determinar su valor los niveles de complejidad del nomenclador de anestesia vigente en el ISSN. Los módulos consideran también la suma de los tiempos quirúrgicos, con sus costos directos e indirectos: llegada del paciente al bloque quirúrgico (área quirófano), tiempo de espera del paciente hasta la entrada del mismo al quirófano, inducción de la anestesia, realización del procedimiento quirúrgico, control y seguimiento de la técnica anestésica dentro de la cirugía, control post anestésico, salida del paciente del área quirófano, limpieza de quirófano inmediata al final de la cirugía.
Este módulo se sumará al módulo que corresponda de acuerdo dónde se encuentre internado: módulo de atención en la central de emergencias, módulo crítico, módulo clínico o módulo de sostén sintomático (módulos de pensión).

NOTA: Independientemente de cuál sea el módulo que se encuentre consumiendo, se puede consumir el módulo quirúrgico. En este caso se procederá de la siguiente manera; Consumiendo el módulo de central de emergencias/clínico/quirúrgico el paciente pasa a cirugía: el módulo correspondiente se cierra, se coloca diagnóstico, y se solicita módulo quirúrgico (el afilado debe operarse). Luego de la cirugía pasa a internación clínica o critica o al sector de donde provenga. Se deberá cerrar el módulo quirúrgico y facturar el módulo correspondiente. Hasta el alta o variaciones. No se pueden sumar módulos de pensión.
En caso de cirugías múltiples y en el mismo tiempo quirúrgico: se facturará el Módulo Quirúrgico del nivel correspondiente y se sumará lo siguiente: en la segunda cirugía y las restantes el 40% del módulo cuando se empleó la misma vía de abordaje quirúrgico y se aplicará la misma regla cuando sea efectuado por distinta vía de abordaje.

**El módulo quirúrgico será clasificado según complejidad en cinco subgrupos:**

(No son modulos de pensión) - Pacientes pediatricos y adultos

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 43130100 | MODULO QUIRURGICO I<br>**Práctica relacionada a complejidad anestésica 3 y 4. En caso de cirugías múltiples considera la complejidad anestésica de la cirugía mayor.** | I |
| 2 | 43130200 | MODULO QUIRURGICO II<br>**Práctica relacionada a complejidad anestésica 5 y 6. En caso de cirugías múltiples considera la complejidad anestésica de la cirugía mayor.** | I |
| 2 | 43130300 | MODULO QUIRURGICO III<br>**Práctica relacionada a complejidad anestésica 7. En caso de cirugías múltiples considera la complejidad anestésica de la cirugía mayor.** | I |
| 2 | 43130400 | MODULO QUIRURGICO IV<br>**Práctica relacionada a complejidad anestésica 8 y 9. En caso de cirugías múltiples considera la complejidad anestésica de la cirugía mayor.** | I |
| 2 | 43130500 | MODULO QUIRURGICO V<br>**Práctica relacionada a complejidad anestésica 10. En caso de cirugías múltiples considera la complejidad anestésica de la cirugía mayor.** | I |

***NOTA 1:*** Los niveles de complejidad 1 y 2 del nomenclador de anestesia incluyen prácticas que pueden realizarse en el sitio de internación del afinado, ya sea en internación clínica, Central de emergencias o internación crítica. En estos casos el gasto de pensión incluye el gasto quirúrgico, es decir que no se puede solicitar el módulo quirúrgico.
En aquellas SITUACIONES ESPECIALES en que se requiera el uso de quirófano para estos niveles, se deberá solicitar el MÓDULO QUIRÚRGICO I para resolver el episodio.

***NOTA 2:*** estos módulos corresponden a las prácticas comprendidas de los capítulos 1 a 13 del nomenclador aprobado por el ISSN. La prácticas diagnósticas y/o terapéuticas (otros capítulos del nomenclador) que tengan una complejidad anestésica mayor a 1-2, pueden o no requerir uso de quirófano. Si no se justifica el uso de quirófano, no se puede solicitar un módulo quirúrgico.

2 43140100 INTERNACIÓN SALUD MENTAL ADOLESCENTE COMPLEJIDAD BAJA/MODERADA (EDAD DE 10 A 17 AÑOS INCLUSIVE)

Destinado a cuadros agudos que requieren internación clínica e intervención interdisciplinaria, sin necesidad de vigilancia permanente individualizada.

INCLUSIONES:

oAtenciones y seguimiento diario de Pediatría de sala.
oEvaluación y sesiones de Psicología infantojuvenil en sala.
oEvaluación y monitoreo psicofarmacológico por Psiquiatría infantojuvenil.
oAtención por Especialista en Adolescencia.
oEvaluación y seguimiento Nutricional.
oEnfermería reforzada permanente.
oCoordinación clínica interdisciplinaria e interinstitucional, junto con la elaboración de informes evolutivos.
oPensión sanatorial en habitación
oCobertura de un familiar acompañante: Incluye el uso de cama, ropa de cama y colaciones diarias para el adulto responsable.
oInterconsultas
oMedicación y material descartable habitual utilizado durante la internación.
oEstudios de laboratorio e imágenes nomenclados necesarios para el seguimiento y control del cuadro clínico.

EXCLUSIONES:

oInternaciones en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) o cuidados críticos.
oMedicamentos de alto costo, productos biológicos.
oHemoderivados.
oPrótesis, órtesis e implantes.
oEstudios genéticos.
oTomografía Computada (TAC), Resonancia Magnética (RM) y otros estudios de alta complejidad.
oHonorarios profesionales que no estén contemplados explícitamente en el módulo.
oPrácticas médicas no nomencladas.
oPrestaciones o tratamientos derivados de patologías clínicas o quirúrgicas ajenas al motivo principal de la internación en salud mental.
oTraslados.
oMedicación psiquiatrica

2 43140200 INTERNACIÓN SALUD MENTAL ADOLESCENTE ALTA COMPLEJIDAD

Para pacientes con riesgo autolítico elevado, trastornos de la conducta alimentaria (TCA) severos, crisis psiquiátricas complejas o necesidad de seguimiento intensivo con aplicación obligatoria de protocolos de prevención de riesgo suicida

INCLUSIONES:

oAtenciones y seguimiento diario de Pediatría de sala.
oEvaluación y sesiones de Psicología infantojuvenil en sala.
oEvaluación y monitoreo psicofarmacológico por Psiquiatría infantojuvenil.
oAtención por Especialista en Adolescencia.
oEvaluación y seguimiento Nutricional.
oEnfermería reforzada permanente.
oCoordinación clínica interdisciplinaria e interinstitucional, junto con la elaboración de informes evolutivos.
oPensión sanatorial en sector de observación protegido según estado clínico
oCobertura de un familiar acompañante: Incluye el uso de cama, ropa de cama y colaciones diarias para el adulto responsable.
oAplicación de protocolos específicos de prevención y mitigación del riesgo suicida (en Mód B).
oInterconsultas
oMedicación y material descartable habitual utilizado durante la internación.
oEstudios de laboratorio e imágenes nomenclados necesarios para el seguimiento y control del cuadro clínico.

EXCLUSIONES:

oInternaciones en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) o cuidados críticos.
oMedicamentos de alto costo, productos biológicos.
oHemoderivados.
oPrótesis, órtesis e implantes.
oEstudios genéticos.
oTomografía Computada (TAC), Resonancia Magnética (RM) y otros estudios de alta complejidad.
oHonorarios profesionales que no estén contemplados explícitamente en el módulo.
oPrácticas médicas no nomencladas.
oPrestaciones o tratamientos derivados de patologías clínicas o quirúrgicas ajenas al motivo principal de la internación en salud mental.
oTraslados.
oMedicación psiquiatrica

43140300 INTERNACIÓN SALUD MENTAL ADOLESCENTE ALTA COMPLEJIDAD CON ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE

- Vigilancia individualizada continua (1:1). Código adicional que se factura **ÚNICAMENTE** sumado al 43140200 (nunca de forma aislada).

2 43300100 MODULO INTERNACION BREVE Y SALA DE RECUPERACION PROCEDIMIENTOS MEDICOS BAJO ANESTESIA O SEDACION H. Y GASTOS (FIJO)

***SALA DE PROCEDIMIENTOS:*** Comprende el conjunto de prestaciones medico asistenciales destinadas a la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos ( cirugía ambulatoria menor, practicas mínimamente invasivas, estudios endoscópicos) bajo anestesia o sedación

***SALA DE RECUPERACION (Lugar físico):*** Destinada a la pensión (lugar físico) del control post-procedimientos, es el periodo comprendido entre la finalización del acto quirúrgico/anestésico y el pasaje del paciente al área de recuperación inmediata. Tanto el cuidado y la vigilancia profesional debe ser constante en relación a estabilidad hemodinámica, ventilación, nivel de conciencia, analgesia y actividad motora. Durante esta etapa de la recuperación debe disponerse de todos los elementos para vigilar, manejar y proporcionar atención en todas las situaciones que puedan presentarse desde el simple despertar sin complicaciones hasta la resucitación cardiopulmonar.

***Inclusiones:***
● Gastos de pensión, quirófano, sala de recuperación.
● Consumo de Oxigeno, Oximetría
● Medicación (soluciones parenterales, anestésicos, pre anestésicos y otros medicamentos relacionados a la realización del procedimiento) y Descartables (Perfus, Abocath, tapón de Brown, Jeringas, Guantes estériles y/o descartables, Gasa, Camisolín y otros descartables necesarios para la realización del procedimiento).
● Control de signos vitales, equipamiento médico

***EXCLUISIONES:*** Medicacion de Alto Precio (MAP) especifica para el tratamiento

***Indicaciones:***
● Estudios endoscópicos bajo anestesia diagnósticos/terapéuticos
● Prácticas mínimamente invasivas que requieran de una internación breve o transitoria

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 43300200 | MODULO INTERNACION BREVE Y SALA DE RECUPERACION PARA IMPLEMENTACION DE TRATAMIENTOS CLINICOS AMBULATORIOS | H. Y GASTOS (FIJO) |

***SALA DE PROCEDIMIENTOS:*** Comprende el conjunto de prestaciones medico asistenciales destinadas a la implementacion de tratamientos clinicos ambulatorios para la administracion de medicacion endovenosa

***SALA DE RECUPERACION (Lugar físico):*** Destinada al control post-tratamiento, es el periodo comprendido entre la finalizacion de la administracion de la medicacion y el pasaje del paciente al area de recuperacion inmediata. El cuidado y la vigilancia profesional deben ser constantes, Durante esta etapa de la recuperacion debe disponerse de todos los elementos, equipos y personal especialemnte entrenado para vigilar, manejar y proporcionar atencion en todas las situaciones que puedan presentarse.

***Indicaciones:***
● Tratamientos antibioticoterapia
● Tratamientos inmunosupresores
● Otros tratamientos para la administración de medicación endovenosa que requieran de una internación breve o transitoria

***Inclusiones:***
● Gastos de pensión, sala de recuperación.
● Medicación (soluciones parenterales y otros medicamentos relacionados al procedimiento) y Descartables (Perfus, Abocath, tapón de Brown, Jeringas, Guantes estériles y/o descartables, Gasa, Camisolín y otros descartables necesarios para la realización del procedimiento).
● Control de signos vitales, equipamiento médico.

***EXCLUSIONES:*** Medicación de Alto Precio (MAP) especifica para el tratamiento

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 43300300 | MODULO INTERNACION BREVE Y SALA DE RECUPERACION PARA IMPLEMENTACION DE TRATAMIENTOS ESPECIFICOS CON DROGAS ONCOLOGICAS | H. Y GASTOS (FIJO) |

***SALA DE PROCEDIMIENTOS:*** Comprende el conjunto de prestaciones medico asistenciales destinadas a la implementación de tratamientos clínicos ambulatorio específicos con drogas oncológicas para la administración de medicación endovenosa

***SALA DE RECUPERACION (Lugar físico):*** Destinada al control postratamiento, es el periodo comprendido entre la finalización de la administración de la medicación y el pasaje del paciente al área de recuperación inmediata. El cuidado y la vigilancia profesional deben ser constantes, Durante esta etapa de la recuperación debe disponerse de todos los elementos, equipos y personal especialmente entrenado para vigilar, manejar y proporcionar atención en todas las situaciones que puedan presentarse.

***Inclusiones:***
● Gastos de pensión, sala de recuperación.
● Medicación (soluciones parenterales y otros medicamentos relacionados al procedimiento) y Descartables (Perfus, Abocath, tapón de Brown, Jeringas, Guantes estériles y/o descartables, Gasa, Camisolín y otros descartables necesarios para la realización del procedimiento).
● Control de signos vitales, equipamiento médico.

***EXCLUISIONES:*** Medicación de Alto Precio (MAP) especifica para el tratamiento

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 43300400 | MODULO INTERNACION BREVE Y SALA DE RECUPERACION PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS DEL TUBO DIGESTIVP ALTO Y BAJO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO | H. Y GASTOS (FIJO) |

Practica relacionada a: Procedimientos endocopicos de tubo digestivo alto y bajo de diagnostico y tratamiento. Incluye: gastos de pension, sala de recuperacion, medicacion y descartables e insumos detallados

Inclusiones:
● Gastos de pensión, quirófano, sala de recuperación. En el valor se contempla la totalidad de los gastos independientemente de la cantidad de procedimientos realizados. No se aplicaran porcentajes por la realización de procedimientos múltiples.
● Consumo de Oxigeno, Oximetría
● Medicación (soluciones parenterales, anestésicos, pre anestésicos y otros medicamentos relacionados a la realización del procedimiento) y Descartables (Perfus, Abocath, tapón de Brown, Jeringas, Guantes estériles y/o descartables, Gasa, Camisolín y otros descartables necesarios para la realización del procedimiento).
● Control de signos vitales, equipamiento médico.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 43400100 | MÓDULO INTERNACIÓN DÍA PARA CIRUGÍAS MENORES AMBULATORIAS | H. Y GASTOS (FIJO) |

***CIRUGIAS MENORES AMBULATORIAS***: Son todos aquellos procedimientos quirúrgicos menores que se realizan con anestesia local, regional o general y que requiere de postoperatorio en sala de recuperación

***SALA DE RECUPERACION (Lugar físico):*** Destinada a la pensión (lugar físico) del control post-procedimientos, es el periodo comprendido entre la finalizacion del acto quirurgico/anestesico y el pasaje del paciente al area de recuperacion mediata. Tanto el cuidado y la vigilancia profesional debe ser constante en relación a estabilidad hemodinámica, ventilación, nivel de conciencia, analgesia y actividad motora. Durante esta etapa de la recuperación debe disponerse de todos los elementos para vigilar, manejar y proporcionar atención en todas las situaciones que puedan presentarse desde el simple despertar sin complicaciones hasta la resucitación cardiopulmonar

***Inclusiones:***
● Gastos de pensión, quirófano, sala de recuperación.
● Consumo de Oxigeno, Oximetría
● Medicación (soluciones parenterales, anestésicos, pre anestésicos y otros medicamentos relacionados a la realización del procedimiento) y Descartables (Perfus, Abocath, tapón de Brown, Jeringas, Guantes estériles y/o descartables, Gasa, Camisolín y otros descartables necesarios para la realización del procedimiento).
● Control de signos vitales, equipamiento médico

***EXCLUSIONES:*** Medicación de Alto Precio (MAP) especifica para el tratamiento

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 43400200 | MÓDULO INTERNACIÓN DÍA PARA CIRUGÍAS MAYORES AMBULTORIAS | H. Y GASTOS (FIJO) |

***CIRUGÍAS MAYORES AMBULATORIAS:***
Son todos aquellos procedimientos quirúrgicos que se realizan con anestesia local, regional o general, que requieren que el paciente reciba cuidados postoperatorios poco intensivos y que cumplido el período de recuperación es dado de alta a su domicilio.

***Sala de Recuperación*** (Lugar Físico) Destinada a la pensión (lugar físico) del control post-procedimientos, es el período comprendido entre la finalización del acto quirúrgico/anestésico y el pasaje del paciente al área de recuperación mediata.

Tanto el cuidado y la vigilancia profesional debe ser constante en relación a estabilidad hemodinámica, ventilación, nivel de conciencia, analgesia y actividad motora. Durante esta etapa de la recuperación debe disponerse de todos los elementos para vigilar, manejar y proporcionar atención en todas las situaciones que puedan presentarse desde el simple despertar sin complicaciones hasta la resucitacion cardiopulmonar

- Gastos de pensión, quirófano, sala de recuperación.
- Consumo de Oxígeno, Oximetría
- Medicación (soluciones parenterales, anestésicos, pre anestésicos y otros medicamentos relacionados a la realización del procedimiento) y Descartables (Perfus, Abocath, tapón de Brown, Jeringas, Guantes estériles y/o descartables, Gasa, Camisolín y otros descartables necesarios para la realización del procedimiento).
- Control de signos vitales, equipamiento médico

***ACLARACIÓN***
Toda cirugía que un paciente tiene programada, se considera que es en estado AMBULATORIO y se transacciona junto a estos módulos.
El estado internación es exclusivo para cuando el paciente está internado por un motivo diferente y requiere de una intervención o aquellos pacientes que por su alto riesgo quirúrgico requieren ser intervenidos en un centro asistencial de alta complejidad con internación.

**CIRUGÍAS MULTIPLES**
En el caso de que se realicen cirugías múltiples en el mismo acto quirúrgico, la modalidad será la siguiente:
- Dos o más cirugías menores – Se reconocerá el ítem 434001 más un cincuenta por ciento (50%).
- Dos o más cirugías mayores - Se reconocerá el ítem 434002 más un cincuenta por ciento (50%).

**POR PRESUPUESTO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 45010100 | HEMODINAMIA DIAGNOSTICA-CINECORONARIOGRAFIA | A |

**INCLUSIONES GENERALES**
**Duración del módulo: hasta 1 (un) día en sala de recuperación. • equipo de Hemodinamia (Médico especialista, ayudantes, instrumentadores).• Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico.**
- **Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
- **La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
- **Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
- **Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
- **El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
- **Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

2 45010100 HEMODINAMIA DIAGNOSTICA-CINECORONARIOGRAFIA I

**"INCLUSIONES GENERALES**
**Duración del módulo: hasta 1 (un) día en sala de recuperación. • equipo de Hemodinamia (Médico especialista, ayudantes, instrumentadores).• Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico.**
- **Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
- **La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
- **Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
- **Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
- **El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
- **Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado) "**

**EXCLUSIONES GENERALES**

- **Diálisis en agudo**
- **Provisión de sangre**
- **Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
- **orarios de anestesiología.**
- **Colocación de marcapasos.**
- **Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
- **Trasplantes cardíacos.**
- **Estudios pre y post trasplantes.**
- **Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
- **Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
- **Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
- **Diálisis en agudo.**
- **Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser**
- **Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**

**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

| | | |
|---|---|---|
| 2 | 45010200 | HEMODINAMIA DIAGNOSTICA-ARTERIOGRAFIA PERIFERICA (EXCEPTO ARTERIOGRAFIA CEREBRAL Y LOS VASOS DE CUELLO) |

**INCLUSIONES GENERALES**

**Duración del módulo: hasta 1 (un) día en sala de recuperación. • equipo de Hemodinamia (Médico especialista, ayudantes, instrumentadores).• Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico.**

**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**

**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**

**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**

**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**

**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**

**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

- **Diálisis en agudo**
- **Provisión de sangre**
- **Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
- **orarios de anestesiología.**
- **Colocación de marcapasos.**
- **Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
- **Trasplantes cardíacos.**
- **Estudios pre y post trasplantes.**
- **Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
- **Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
- **Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
- **Diálisis en agudo.**
- **Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser**
- **Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**

**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

| | | |
|---|---|---|
| 2 | 45010200 | HEMODINAMIA DIAGNOSTICA-ARTERIOGRAFIA PERIFERICA (EXCEPTO ARTERIOGRAFIA CEREBRAL Y LOS VASOS DE CUELLO) |

**INCLUSIONES GENERALES**
**Duración del módulo: hasta 1 (un) día en sala de recuperación. • equipo de Hemodinamia (Médico especialista, ayudantes, instrumentadores).• Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico.**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•**

**El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

- **Diálisis en agudo**
- **Provisión de sangre**
- **Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
- **orarios de anestesiología.**
- **Colocación de marcapasos.**
- **Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
- **Trasplantes cardíacos.**
- **Estudios pre y post trasplantes.**
- **Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
- **Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
- **Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
- **Diálisis en agudo.**
- **Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser**
- **Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**

**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

I

2 45020100 ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA SIMPLE Y COMPLEJA.

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Duración del módulo: 4 días corridos a contar desde la internación, un primer día preoperatorio y 3 días postoperatorios.**
**• orarios del equipo de Hemodinamia (Médico especialista, ayudantes, instrumentadores)**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**

**•Los Honorarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
•

**Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**
- **Diálisis en agudo**
- **Provisión de sangre**
- **Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
- **orarios de anestesiología.**
- **Colocación de marcapasos.**
- **Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
- **Trasplantes cardíacos.**
- **Estudios pre y post trasplantes.**
- **Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
- **Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
- **Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
- **Diálisis en agudo.**
- **Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser**
- **Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**
**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**

**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

I

2 45020200 ANGIOPLASTIA DE LA COARTACION DE AORTA.

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Duración del módulo: 4 días corridos a contar desde la internación, un primer día preoperatorio y 3 días postoperatorios.**

**• orarios del equipo de Hemodinamia (Médico especialista, ayudantes, instrumentadores)**

**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**

**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**

**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**

**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**

**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**

**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**

**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**

- **Diálisis en agudo**
- **Provisión de sangre**
- **Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
- **orarios de anestesiología.**
- **Colocación de marcapasos.**
- **Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
- **Trasplantes cardíacos.**
- **Estudios pre y post trasplantes.**
- **Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
- **Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
- **Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
- **Diálisis en agudo.**
- **Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser**
- **Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**

**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45020300 ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL RENAL SIMPLE Y COMPLEJA.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 4 días corridos a contar desde la internación, un primer día preoperatorio y 3 días postoperatorios.**
**• Honorarios del equipo de Hemodinamia (Médico especialista, ayudantes, instrumentadores)**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los honorarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los honorarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los honorarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

- **Diálisis en agudo**
- **Provisión de sangre**
- **Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
- **orarios de anestesiología.**
- **Colocación de marcapasos.**
- **Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
- **Trasplantes cardíacos.**
- **Estudios pre y post trasplantes.**
- **Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
- **Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
- **Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
- **Diálisis en agudo.**
- **Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser**
- **Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**

I

**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45020400 ANGIOPLASTIA DE RAMAS DE LA ARTERIA PULMONAR.

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Duración del módulo: 4 días corridos a contar desde la internación, un primer día preoperatorio y 3 días postoperatorios.**

**• orarios del equipo de Hemodinamia (Médico especialista, ayudantes, instrumentadores)**

**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**

**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**

**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**

**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**

**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**

**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**

**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

- **Diálisis en agudo**
- **Provisión de sangre**
- **Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
- **orarios de anestesiología.**
- **Colocación de marcapasos.**
- **Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
- **Trasplantes cardíacos.**
- **Estudios pre y post trasplantes.**
- **Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
- **Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
- **Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
- **Diálisis en agudo.**
- **Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser**
- **Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**

**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**

**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45020500 VALVULOPLASTIA MITRAL POR CATETERISMO.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 4 días corridos a contar desde la internación, un primer día preoperatorio y 3 días postoperatorios.**
**• Honorarios del equipo de Hemodinamia (Médico especialista, ayudantes, instrumentadores)**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los Honorarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los Honorarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los Honorarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**

- **Diálisis en agudo**
- **Provisión de sangre**
- **Los honorarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
- **Honorarios de anestesiología.**
- **Colocación de marcapasos.**
- **Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
- **Trasplantes cardíacos.**
- **Estudios pre y post trasplantes.**
- **Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
- **Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
- **Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
- **Diálisis en agudo.**
- **Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser**
- **Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**

**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45020600 VALVULOPLASTIA AORTICA POR CATETERISMO.

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Duración del módulo: 4 días corridos a contar desde la internación, un primer día preoperatorio y 3 días postoperatorios.**

**•Honorarios del equipo de Hemodinamia (Médico especialista, ayudantes, instrumentadores)**

**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**

**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**

**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**

**•Los honorarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**

**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**

**•Los honorarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**

**•Los honorarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**

**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**

**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

- **Diálisis en agudo**
- **Provisión de sangre**
- **Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
- **orarios de anestesiología.**
- **Colocación de marcapasos.**
- **Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
- **Trasplantes cardíacos.**
- **Estudios pre y post trasplantes.**
- **Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
- **Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
- **Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
- **Diálisis en agudo.**
- **Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser**
- **Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**

**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**

**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45020700 VALVULOPLASTIA PULMONAR O AORTO PULMONAR.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 4 días corridos a contar desde la internación, un primer día preoperatorio y 3 días postoperatorios.**
**• Honorarios del equipo de Hemodinamia (Médico especialista, ayudantes, instrumentadores)**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los honorarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los honorarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los honorarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

- **Diálisis en agudo**
- **Provisión de sangre**
- **Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
- **orarios de anestesiología.**
- **Colocación de marcapasos.**
- **Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
- **Trasplantes cardíacos.**
- **Estudios pre y post trasplantes.**
- **Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
- **Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
- **Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
- **Diálisis en agudo.**
- **Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser**
- **Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**

**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

I

2 45020800 LITOTRICIA CORONARIA

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Duración del módulo: 4 días corridos a contar desde la internación, un primer día preoperatorio y 3 días postoperatorios.**

**• orarios del equipo de Hemodinamia (Médico especialista, ayudantes, instrumentadores)**

**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**

**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**

**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**

**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**

**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**

**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**

**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**

- **Diálisis en agudo**
- **Provisión de sangre**
- **Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
- **orarios de anestesiología.**
- **Colocación de marcapasos.**
- **Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
- **Trasplantes cardíacos.**
- **Estudios pre y post trasplantes.**
- **Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
- **Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
- **Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
- **Diálisis en agudo.**
- **Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser**
- **Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**

**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45030100 COLOCACION DE ENDOPROTESIS VASCULAR PARA ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL O TORACICA.

**EXCLUSIONES GENERALES**

**•Diálisis en agudo**
**•Trasplantes**
**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**
**•Provisión de sangre**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
**• orarios de anestesiología.**
**•Colocación de marcapasos.**
**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
**•Trasplantes cardíacos.**
**•Estudios pre y post trasplantes.**
**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
**•Diálisis en agudo.**
**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**
**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**
**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

**EXCLUSIONES GENERALES**

**•Diálisis en agudo**
**•Trasplantes**
**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**
**•Provisión de sangre**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
**• orarios de anestesiología.**
**•Colocación de marcapasos.**
**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
**•Trasplantes cardíacos.**
**•Estudios pre y post trasplantes.**
**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
**•Diálisis en agudo.**
**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**
**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**
**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45040100 EMBOLIZACION DE COLATERALES AORTOÛ PULMONARES.

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Duración del módulo: 3 días corridos a contar desde la internación, un primer día preoperatorio y 2 días postoperatorios.**

**•Duración del módulo: 4 días corridos a contar desde la internación, un primer día preoperatorio y 3 días postoperatorios.**

**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**

**•Balón de contrapulsación**

**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**

**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**

**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**

**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**

**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**

**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato**

**EXCLUSIONES GENERALES**

**•Diálisis en agudo**

**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**

**•Provisión de sangre**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**

**• orarios de anestesiología.**

**•Colocación de marcapasos.**

**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**

**•Trasplantes cardíacos.**

**•Estudios pre y post trasplantes.**

**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**

**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**

**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**

**•Diálisis en agudo.**

**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**

**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45050100 CIERRE DE DUCTUS POR CATETERISMO

**INCLUYE MATERIALES PARA CIERRE DE DUCTOS Y CIA, AMPLATZER** I

2 45060100 BY PASS AORTOCORONARIO.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**

**•Diálisis en agudo**
**•Transplantes**
**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**
**•Provisión de sangre**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
**• orarios de anestesiología.**
**•Colocación de marcapasos.**
**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
**•Trasplantes cardíacos.**
**•Estudios pre y post trasplantes.**
**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
**•Diálisis en agudo.**
**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**
**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**
**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Baclofen**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

| | | |
|---|---|---|
| 2 | 45060200 | BY PASS MAMARIOÛCORONARIO. |

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

2 45060300 REVASCULARIZACION MIOCARDICA.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

I

2 45060400 REEMPLAZO VALVULAR AORTICO.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

2 45060500 REEMPLAZO VALVULAR MITRAL.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

2 45060600 REEMPLAZO VALVULAR DOBLE.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

I

2 45060700 REEMPLAZO VALVULAR UNICO O DOBLE CON REVASCULARIZA MIOCARDICA

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

I

2 45060800 ANASTOMOSIS SUBCLAVIO PULMONAR.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

2 45060900 CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

I

2 45061000 TRATAMIENTO DE LA COARTACION AORTICA.

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**

**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**

**•Balón de contrapulsación**

**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**

**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**

**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**

**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**

**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**

**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**

**•Diálisis en agudo**

**•Transplantes**

**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**

**•Provisión de sangre**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**

**•orarios de anestesiología.**

**•Colocación de marcapasos.**

**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**

**•Trasplantes cardíacos.**

**•Estudios pre y post trasplantes.**

**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**

**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**

**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**

**•Diálisis en agudo.**

**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**

**2- Alteplasa**

**3- Aminoácidos**

**4- Anfotericina B**

**5- Aprotinina**

**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45061100 REUNIFICACION DE ARTERIA PULMONAR.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**

**•Diálisis en agudo**
**•Transplantes**
**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**
**•Provisión de sangre**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
**• orarios de anestesiología.**
**•Colocación de marcapasos.**
**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
**•Trasplantes cardíacos.**
**•Estudios pre y post trasplantes.**
**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
**•Diálisis en agudo.**
**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**
**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**
**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

| | | |
|---|---|---|
| 2 | 45061200 | TRATAMIENTO Y/O RESECCION DE ANEURISMAS DE LA AORTTORACICA Y/O ABDOMINAL A CIELO ABIERTO |

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**

**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**

**•Balón de contrapulsación**

**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**

**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**

**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**

**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**

**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**

**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**•Diálisis en agudo**

**•Transplantes**

**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**

**•Provisión de sangre**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**

**• orarios de anestesiología.**

**•Colocación de marcapasos.**

**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**

**•Trasplantes cardíacos.**

**•Estudios pre y post trasplantes.**

**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**

**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**

**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**

**•Diálisis en agudo.**

**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**

**2- Alteplasa**

**3- Aminoácidos**

**4- Anfotericina B**

**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45061300 CIERRE DE DEFECTOS SEPTALES.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**•Diálisis en agudo**
**•Transplantes**
**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**
**•Provisión de sangre**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
**• orarios de anestesiología.**
**•Colocación de marcapasos.**
**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
**•Trasplantes cardíacos.**
**•Estudios pre y post trasplantes.**
**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
**•Diálisis en agudo.**
**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**
**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**
**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**

**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45061400 CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO O ARTERIOVENOSO.

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**

**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**

**•Balón de contrapulsación**

**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**

**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**

**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**

**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**

**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**

**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**

**•Diálisis en agudo**

**•Transplantes**

**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**

**•Provisión de sangre**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**

**• orarios de anestesiología.**

**•Colocación de marcapasos.**

**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**

**•Trasplantes cardíacos.**

**•Estudios pre y post trasplantes.**

**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**

**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**

**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**

**•Diálisis en agudo.**

**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**

**2- Alteplasa**

**3- Aminoácidos**

**4- Anfotericina B**

**5- Aprotinina 6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45061500 OCLUSIONES DE FISTULAS CORONARIAS Y/O AORTOÛ PULMONARES.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Diálisis en agudo**
**•Transplantes**
**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**
**•Provisión de sangre**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
**• orarios de anestesiología.**
**•Colocación de marcapasos.**
**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
**•Trasplantes cardíacos.**
**•Estudios pre y post trasplantes.**
**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
**•Diálisis en agudo.**
**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**
**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**
**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

| | | |
|---|---|---|
| 2 | 45061600 | BIOPSIA ENDOMIOCARDICA POR PUNCION (EXCEPTO EN TRATAMIENTOS POST-TRANSPLANTES) |

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**

**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**

**•Balón de contrapulsación**

**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**

**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**

**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**

**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**

**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**

**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**

**•Diálisis en agudo**

**•Transplantes**

**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**

**•Provisión de sangre**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**

**•orarios de anestesiología.**

**•Colocación de marcapasos.**

**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**

**•Trasplantes cardíacos.**

**•Estudios pre y post trasplantes.**

**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**

**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**

**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**

**•Diálisis en agudo.**

**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**

**2- Alteplasa**

**3- Aminoácidos**

**4- Anfotericina B**

**5- Aprotinina**

**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45061700 BIOPSIA PERICARDICA.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Diálisis en agudo**
**•Transplantes**
**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**
**•Provisión de sangre**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
**•Orarios de anestesiología.**
**•Colocación de marcapasos.**
**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
**•Trasplantes cardíacos.**
**•Estudios pre y post trasplantes.**
**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
**•Diálisis en agudo.**
**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**
**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**
**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45061800 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS MALFORMACIONES CARDIOVASCULARES CENTRALES.

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**

**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**

**•Balón de contrapulsación**

**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**

**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**

**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**

**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**

**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**

**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**

**•Diálisis en agudo**

**•Transplantes**

**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**

**•Provisión de sangre**

**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**

**• orarios de anestesiología.**

**•Colocación de marcapasos.**

**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**

**•Trasplantes cardíacos.**

**•Estudios pre y post trasplantes.**

**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**

**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**

**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**

**•Diálisis en agudo.**

**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**

**2- Alteplasa**

**3- Aminoácidos**

**4- Anfotericina B**

**5- Aprotinina**

**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45061900 ASISTENCIA CIRCULATORIA MECANICA CON BALON DE CONTRA CULSACION.

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día de preoperatorio y 9 días postoperatorios.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Diálisis en agudo**
**•Transplantes**
**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**
**•Provisión de sangre**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
**• orarios de anestesiología.**
**•Colocación de marcapasos.**
**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
**•Trasplantes cardíacos.**
**•Estudios pre y post trasplantes.**
**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
**•Diálisis en agudo.**
**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**
**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**
**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45070100 BIOPSIA MIOCARDICA

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Pensión Común**
**•Un dia de UCO**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico.**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**•Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**

**•Diálisis en agudo**
**•Estudios anatomopatologico de la pieza**
**•Toda cirugía o practica no incluida en el módulo será facturada a los valores del nomenclador de ISSN**
**•Provisión de sangre**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
**• orarios de anestesiología.**
**•Colocación de marcapasos.**
**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
**•Trasplantes cardíacos.**
**•Estudios pre y post trasplantes.**
**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
**•Diálisis en agudo.**
**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**

**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**

**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

| | | |
|---|---|---|
| 2 | 45080100 | ESTUDIO ELECTRO FISIOLOGICO DEL HAZ DE HIS (SIMPLE Y COMPLEJO) CON O SIN ESTIMULACIÓN AURICULAR TRANSESOFÁGICA. |

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Duración del módulo: hasta 1 (un) día en sala de recuperación o UCO.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico.**
**•Sobreestimulación cardíaca, mapeo y desencadenamiento de la arritmia y otros.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico.**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**

**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

**EXCLUSIONES GENERALES**

**•Diálisis en agudo**
**•Colocación de marcapasos definitivos**
**•Provisión de sangre**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia a partir de la sexta unidad por paciente.**
**• orarios de anestesiología.**
**•Colocación de marcapasos.**
**•Colocación de cardio desfibriladores implantables.**
**•Trasplantes cardíacos.**
**•Estudios pre y post trasplantes.**
**•Traslados hacia la Ciudad de Neuquén desde el interior de la Provincia.**
**•Si un afiliado debe ser atendido bajo el objeto del presente convenio y su afección es consecuencia de una patología de base, mientras dure la internación se facturará por separado la atención de dicha patología.**
**•Los orarios y gastos derivados de prolongación de internaciones por patologías concominantes o intercurrentes no atribuibles a**
**•Diálisis en agudo.**
**•Medicamentos de alto precio indicados para las enfermedades catastróficas según normas del ISSN, pudiendo los mismos ser Alimentación parenteral.**
**Otros medicamentos que se detallan a continuación:**

**1- Albúmina humana**
**2- Alteplasa**
**3- Aminoácidos**
**4- Anfotericina B**
**5- Aprotinina**

**6- Busulfan**
**7- Ciclofosfamida**
**8- Ciclosporina**
**9- Eritropoyéticos**
**10- Estreptoquinasas**
**11- Filgastrin**
**12- Gammaglobulinas**
**13- Interferon Alfa 2°A**
**14- Intralipid (N.R)**
**15- Linezolyd**
**16- Protomplex**
**17- Toda medicación de tratamiento de enfermedades crónicas y oncológicas.**
**18- Uroquinasa**
**19- Voriconazol**

2 45090100 ABLACION POR RADIOFRECUENCIA CON O SIN NAVEGADOR 3 D

**INCLUSIONES GENERALES**

**•Duración del módulo: 3 días corridos a contar desde la internación, un primer día pre-operatorio y 2 días post-operatorios. (INTERNACION EN UCO)**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico.**
**•Sobreestimulación cardíaca, mapeo y desencadenamiento de la arritmia y otros.**
**•Gastos y derechos de quirófano, utilización de equipamientos, material descartable e instrumental necesario para el procedimiento quirúrgico.**
**•Balón de contrapulsación**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**

**•Los gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

2 45100100 TILT TEST A

**INCLUSIONES: GASTOS RADIOLOGICOS**

2 45110100 BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS. A

**INCLUSIONES**

**•Pensión de hasta 1 (un) día en sala común.**
**• orarios médico especialista.**
**•Planificación de tratamiento**
**•Consultas oncológicas durante el tratamiento.**
**•Tomografía o Resonancia de Planificación.**
**•Medicamentos y Material Descartable.**

**EXCLUSIONES**

**•Prácticas no relacionadas con la patología.**
**•Prácticas de alta complejidad no relacionadas con la patología.**
**•Días fuera de módulo no relacionados con la patología.**
**•Prácticas conexas que ocurran a posteriori de los días incluidos dentro del módulo no relacionadas con la patología.**
**•Complicaciones y re internaciones.**

2 45120100 SIMULACION Û PLANIFICACION CONVENCIONALES. A

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**
**•honorario Físico Medico**
•

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

2 45120200 SIMULACION Û PLANIFICACION TRIDIMENSIONAL. A

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**
**• orario Físico Medico**
**•Traslados desde el lugar de alojamiento del afiliado al centro terapéutico y regreso**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

2 45120300 SIMULACION MEDIANTE TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES (PET) ( EXCLUYE MAT RADIOACTIVO A VALORES CEDIM) A

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**
**• orario Físico Medico**
**•Traslados desde el lugar de alojamiento del afiliado al centro terapéutico y regreso**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

2 45120400 SIMULACION MEDIANTE RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR. A

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**
**•Horario Físico Medico**
**•Traslados desde el lugar de alojamiento del afiliado al centro terapéutico y regreso**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

2 45120500 TRATAMIENTO CON ACELERADOR LINEAL CON FOTONES Y ELECTRONES A

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

2 45120600 RADIOTERAPIA TRIDIMENSIONAL. A

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

***TODA MEDICACIÓN ANESTÉSICA, CLÍNICA O MEDIOS DE CONTRASTE, UTILIZADOS EN ESTUDIOS QUE ASÍ LO REQUIERAN, VALOR KAIROS MENOS EL 20%.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 45120700 | RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA (IMRT). | A |

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 45120800 | ARCO RADIOTERAPIA VOLUMETRICA MODULADA (VMAT). | A |

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 45120900 | TRATAMIENTO DE TUMORES POR RADIOFRECUENCIA. | A |

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**
**•Horario Físico Medico**
**•Traslados desde el lugar de alojamiento del afiliado al centro terapéutico y regreso**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

2 45121000 RADIOCIRUGIA CEREBRAL. A

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

2 45121100 RADIOTERAPIA ESTEROTAXICA FRACCIONADA CORPORAL (SBRT) A

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

2 45121200 RADIOTERAPIA GUIADA POR LA IMAGEN (IGRT) A

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

2 45121300 RADIOTERAPIA ADAPTATIVA. A

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

2 45121400 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE TUMORES A

**INCLUSIONES**
**•Simulación y planificación virtual**
**•Tomografía de Planificación.**
**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**
**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**
**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**
**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**
**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**
**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.**

**EXCLUSIONES GENERALES**
**•Pensión.**
**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 45121500 | IRRADIACION DE MEDULA OSEA PARA TRANSPLANTE (IMT) | | A |
| | **INCLUSIONES**<br>**•Simulación y planificación virtual**<br>**•Tomografía de Planificación.**<br>**•Resonancia para fusión con Tomografía de planificación que permite lograr una perfecta delineación de volúmenes.**<br>**•Tomografía de control de posicionamiento paciente especifico (IGRT)**<br>**•Dosimetría de control de calidad paciente especifico (IMRT, VMAT)**<br>**•Cantidad de aplicación de radioterapia necesaria de acuerdo a la indicación médica.**<br>**•Colocación de inmovilizadores especiales para sistema nervioso central (SRS)**<br>**•Colocación de inmovilizadores especiales para radiocirugía corpórea (SBRT)**<br>**•Consultas Oncológicas durante el tratamiento.** | | |
| | **EXCLUSIONES GENERALES**<br>**•Pensión.**<br>**•Queda excluido lo que no está expresamente incluido.** | | |
| 2 45130100 | TOMOGRAFIA COMPUTADA CARDIACA | | A |
| | **INCLUSIONES GENERALES**<br>**• Gastos radiológicos.**<br>**• Material de contraste y descartables.** | | |
| 2 45140100 | RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA<br>**INCLUSIONES GENERALES**<br>**• Gastos radiológicos.**<br>**• Material de contraste y descartables.** | | A |
| 2 45150100 | TOMOGRAFIA COMPUTADA CORONARIA<br>**"INCLUSIONES GENERALES**<br>**• Gastos radiológicos.**<br>**• Material de contraste y descartables."** | | A |
| 2 45150200 | ANGIO TOMOGRAFIA CARDIACA Y PULMONAR<br>**INCLUSIONES GENERALES**<br>**• Gastos radiológicos.**<br>**• Material de contraste y descartables.** | | A |
| 2 45160100 | VALVULAS CARDIACAS QUIRURGICAS MECANICAS O BIOLOGI | | A |
| 2 45160200 | VALVULAS HANCOCK- EPIC | | A |
| 2 45160300 | ANILLOS VALVULARES. | | A |
| 2 45160400 | MATERIAL PARA VALVULOPLASTIA POR CATETERISMO CON E | | A |
| 2 45160500 | STENTS CORONARIOS | | A |
| 2 45160600 | ENDOPROTESIS TORACICA Y AORTO ILIACA | | A |
| 2 45160700 | FILTROS DE VENA CAVA | | A |
| 2 45160800 | MATERIALES PARA CIERRE DE DUCTUS Y CIA, AMPLATZER. | | A |
| 2 45170100 | EMBOLIZACION PERIFERICA HEPATICA UTERINA GONADAL VENOSA | | A |

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

2 45170100 EMBOLIZACION PERIFERICA HEPATICA UTERINA GONADAL VENOSA I

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

2 45170200 EMBOLIZACION DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA SIN MATERIAL DESCARTABLE

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

2 45170200 EMBOLIZACION DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA SIN MATERIAL DESCARTABLE

**INCLUSIONES GENERALES**
**•Todos los gastos de pensión y derechos en cualquiera de las modalidades de internación, excluyendo los días**
**•La provisión y uso de material descartable y de los medicamentos que sean necesarios para la realización de las prácticas y/o de uso durante la internación. Se excluye medicación de alto precio indicada para enfermedades**
**•Los orarios médicos por la atención durante la internación y los derivados de la realización de prácticas incluidas.**
**•Las interconsultas de las especialidades médicas y paramédicas (kinesiología, nutrición, dietista, etc.) durante la**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de hemoterapia de hasta cinco unidades por paciente.**
**•Los orarios y gastos derivados de prácticas de radiología y laboratorio de baja, mediana y alta complejidad durante**
**•Los materiales de contraste necesarios para la realización de las prácticas incluidas.**
**•El instrumental quirúrgico, los elementos de uso necesarios para el acto quirúrgico y/o la recuperación del paciente. Se aclara que no se cubrirá por fuera todo alquiler o similar de equipos de fuentes de poder o instrumental necesario para**
**Se incluyen reintervenciones relacionadas con el procedimiento en el postoperatorio inmediato (ejemplo sangrado)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 52000100 | ALBUMINA {RISAH | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 52000100 | ALBUMINA {RISAH | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 52000400 | FIBRINOGENO | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 52000400 | FIBRINOGENO | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 52000500 | IODO HIPURATO DE SODIO {HIPURAN | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 52000500 | IODO HIPURATO DE SODIO {HIPURAN | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 52000700 | ALBUMINA {RISAH) ALTA ACT. ESPEC. P/SIST.NERV. CTR | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 52000700 | ALBUMINA {RISAH) ALTA ACT. ESPEC. P/SIST.NERV. CTR | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 53000200 | INSULINA | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 53000200 | INSULINA | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 53000300 | KIT DE INSULINA I125 (RIA) X 25 DETERMINACIONES | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 53000300 | KIT DE INSULINA I125 (RIA) X 25 DETERMINACIONES | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 53000700 | KIT RIA INSULINA (INSJ1) 50 DETERMINACIONES | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 53000700 | KIT RIA INSULINA (INSJ1) 50 DETERMINACIONES | GASTO IMPORTE FIJO | | |
| 2 | 60330900 | SICOT. ENTREVISTA ADMISION POR SESION | . MEDICOS-PSIQUIATRIA | | |
| 2 | 60331400 | ENTREVISTA DIAGNOSTICA PSIQUIATRICA | . MEDICOS-PSIQUIATRIA | | |
| 2 | 60331500 | ENTREVISTA COMPLEMENTARIAS PADRES O TUTORES | . MEDICOS-PSIQUIATRIA | | |
| | | Serie de entrevistas destinados a padres de niños y/o adolescentes (hasta 18 años) y adultos con trastornos graves, que reciben tratamiento psicoterapeutico o psiquiatrico y que el profesional actuante, requiere en simultaneo para informar y orientar. Duracion no menor a 45 minutos | | | |
| 2 | 60331600 | ENTREV.COMPLEMENTARIAS CON INSTITUCIONES O TERCEROS | . MEDICOS-PSIQUIATRIA | | |
| | | serie de entrevistas destinadas a integrantes de Instituciones o _Entidades comprometidas con el problema a tratar, ya sea por éstas ser derivadoras o interesadas en la situacion. (ejemplo: escuelas, juzgados, accion social) y el profesional tratante requiera en simultaneo con el tratamiento instaurado. | | | |
| 2 | 61200100 | INFILTRACIÓN INTRAARTICULAR/EXTRAARTICULAR | | | |
| 2 | 61200200 | ARTROCENTESIS | | | |
| 2 | 61200300 | PUNCION DE PARTES BLANDAS SIN COMPROMISO ARTICULAR | | | |
| 2 | 80010100 | HIDROTERAPIA DE INMERSION | H. Y GASTOS (FIJO) | | |
| 2 | 80010400 | HIDROTERAPIA CON HIDROMASAJE | H. Y GASTOS (FIJO) | | |
| 2 | 80020100 | FANGOTERAPIA LOCALIZADA | H. Y GASTOS (FIJO) | | |
| 2 | 80020200 | FANGOTERAPIA TOTAL | H. Y GASTOS (FIJO) | | |
| 2 | 80020300 | FANGOTERAPIA CHANCHO | H. Y GASTOS (FIJO) | | |
| 2 | 80040100 | VAPOR SULFUROSO | H. Y GASTOS (FIJO) | | |
| 2 | 80040200 | NEBULIZACION CON AGUA TERMAL | H. Y GASTOS (FIJO) | | |
| 2 | 80050100 | MODULO TERMAL DERMATOLOGIA-JOR | H. Y GASTOS (FIJO) | | |
| 2 | 80050200 | MODULO TERMAL DERMATOLOGIA-JOR | H. Y GASTOS (FIJO) | | |
| 2 | 80060100 | CONSULTA MEDICA TERMALISMO | | | |
| 2 | 80060200 | MODULO FISIO-KINESIO KTR, POR SESION TERMALISMO | | | |

## CIRUGIAS PEDIATRICAS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 88010100 | SUTURA DE HERIDA CORTANTE, HASTA 3 cm. CON ANESTESIA LOCAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 4 | I |
| 2 | 88010100 | SUTURA DE HERIDA CORTANTE, HASTA 3 cm. CON ANESTESIA LOCAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |
| 2 | 88010200 | INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO SUPERFICIAL, HIDROSADENITIS, ADENOFLOMON, QUISTE CUELLO INFECTADO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 4 | I |
| 2 | 88010200 | INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO SUPERFICIAL, HIDROSADENITIS, ADENOFLOMON, QUISTE CUELLO INFECTADO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 88010300 | UNGUECTOMIA SIMPLE, DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88010400 | REDUCCION DE HERNIA INGUINAL ATASCADA EN FORMA MANUAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 4 | I |
| 2 88010400 | REDUCCION DE HERNIA INGUINAL ATASCADA EN FORMA MANUAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88010500 | MEATOTOMIA.REDUCCION MANUAL DE PARAFIMOSIS. DRENAJE VESICAL PERCUANEO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 4 | I |
| 2 88010500 | MEATOTOMIA.REDUCCION MANUAL DE PARAFIMOSIS. DRENAJE VESICAL PERCUANEO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88010600 | LIBERACION DE ADHERENCIA BALANICA. LIBERACION DE FUSION DE LABIOS MENORES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88010700 | PUNCION GUIADA POR ECOGRAFIA PARA ACCESOS VENOSOS CENTRALES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 4 | I |
| 2 88010700 | PUNCION GUIADA POR ECOGRAFIA PARA ACCESOS VENOSOS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88010800 | PLASTRON APENDICULAR SEGUIMIENTO PACIENTE INTERNADO SIN CIRUGIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 4 | I |
| 2 88010800 | PLASTRON APENDICULAR SEGUIMIENTO PACIENTE INTERNAD | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88010900 | FULGURACION O INYECCION SUSTANCIAS DE LESIONES CONGENITAS INFLAMATORIAS, VIRALES, QUERATOSIS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88011000 | EXERESIS DE LESIONES DERMICAS Y SUBDERMICAS POR UNIDAD, MENORES A 3 CM. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88020100 | SUTURA DE HERIDA INDEPENDIENTE DEL LUGAR INTERESE Y por unidad. Infiltración con corticoides en queloides | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 5 | II |
| 2 88020100 | SUTURA DE HERIDA INDEPENDIENTE DEL LUGAR INTERESE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88020200 | Canalización venosa periférica desde los 4 años de edad. Extracción catéter implantable. Plástica de bolsillo y reacomodacion de portal. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 5 | II |
| 2 88020200 | CANALIZACION VENOSA PERIFERICA DESDE LOS 4 AÐOS DE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88020300 | PUNCION PLEURAL O MEDIASTINAL,O PERITONEAL, DIAGNOSTICA Y/O EVACUADORA INCLUYE ECOGRAFIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 5 | II |
| 2 88020300 | PUNCION PLEURAL O MEDIASTINAL,O PERITONEAL, DIAGNO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88020400 | DESINVAGINACION RADIOSCOPICA O ECOGRAFICA NO QUIRURGICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 5 | II |
| 2 88020400 | DESINVAGINACION RADIOSCOPICA O ECOGRAFICA NO QUIRU | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88020500 | EXERESIS DE LESIONES DERMICAS Y SUBDERMICAS (por unidad, mayores de 3 cm) Quiste mucoso labial yugal. Frenulotomia lingual. Cuerpo extraño profundo | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88020600 | PLASTICA DE OSTOMAS. COLOCACION DE BOTONES O SIMILARES PARA ALIMENTACION GASTROSTOMIA PREVIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 5 | II |
| 2 88020600 | PLASTICA DE OSTOMAS. COLOCACION DE BOTONES O SIMIL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88020700 | CISTOVIDEOENDOS EXPLORORA. ESCROTO AGUDO, TORSION testicular, hidatide. Quistes testiculares. Orquidopexia en testículo escrotal. Biopsia testicular por cualquier via. Varicocele cualquier tecnica | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 5 | II |
| 2 88020700 | CISTOVIDEOENDOS EXPLORORA. ESCROTO AGUDO, TORSION | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 88020800 | POSTIOPLASTIA POR FIMOSIS O PARAFIMOSIS O ESTENOSISIS testicular, hidatide. Quistes. Anular del prepucio. Circuncisión. testiculares. Orquidopexia en testículo escrotal. Biopsia testicular por cualquier via. Varicocele cualquier tecnica | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 5 | II |
| 2 88020900 | HIMENOPLASTIA POR HIMEN IMPERFORADO. INCISION y drenaje de vulva glándula de bartholino. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 5 | II |
| 2 88020900 | HIMENOPLASTIA POR HIMEN IMPERFORADO. INCISION Y DR | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 5 | II |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 88021000 | CANALIZACION VENOSA PERIFERICA EN NIÑOS MENORES O IGUALES A 3 AÑOS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 5 | II |
| 2 | 88021000 | CANALIZACION VENOSA PERIFERICA EN NIÐOS MENORES O | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |
| 2 | 88021100 | ESTUDIOS RADIOLOGICOS EN QUIROFANO DIAGNOSTICO (PI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |
| 2 | 88021100 | ESTUDIOS RADIOLOGICOS EN QUIROFANO DIAGNOSTICO (PIELOGRAFIA, fistulografías, esófago. Colon etc). | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 5 | II |
| 2 | 88021200 | EXTRACCION MANUAL DE FECALOMA. DESIMPACTACION. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |
| 2 | 88021200 | EXTRACCION MANUAL DE FECALOMA. DESIMPACTACION. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 5 | II |
| 2 | 88021300 | BIOPSIA DE GANGLIO, OTRAS REGIONES DISTINTAS DE AXILAR Y CERVICAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |
| 2 | 88021300 | BIOPSIA DE GANGLIO, OTRAS REGIONES DISTINTAS DE AX | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 5 | II |
| 2 | 88030100 | ATENCIÓN DE QUEMADURAS A AB B QUE INCLUYAN O NO ZONAS NOBLES Y FUNCIONALES Y POR CADA 10% DE SUPERFICIE CORPORAL . ESCISIÓN DE ESCARA POSQUEMADURAS POR SESIÓN Y POR CADA 10% DE SUPERFICIE CORPORAL. ESCAROTOMIA POR U. INJERTO DE PIEL POR UNIDAD ESTÉTICA.. ZETAPLASTIA, COLGAJOS EN CIRUGÍAS REPARADORAS BIOPSIA DE MUSCULO. MIORRAFIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 6 | II |
| 2 | 88030100 | ATENCION DE QUEMADURAS A AB B QUE INCLUYAN O NO ZO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |
| 2 | 88030200 | BIOPSIA DE GANGLIO, AXILAR Y CERVICAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 6 | II |
| 2 | 88030200 | BIOPSIA DE GANGLIO, AXILAR Y CERVICAL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |
| 2 | 88030300 | PUNCION BIOPSIA PLEURAL CON AGUJA ESPECIAL Y/O DRENAJE PLEURAL PARA DERRAMES O NEUMORORAX | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 6 | II |
| 2 | 88030300 | PUNCION BIOPSIA PLEURAL CON AGUJA ESPECIAL Y/O DRE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |
| 2 | 88030400 | GASTROSTOMIA POR CUALQUIER VIA INCLUYE RETOQUES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 6 | II |
| 2 | 88030400 | GASTROSTOMIA POR CUALQUIER VIA INCLUYE RETOQUES | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 6 | II |
| 2 | 88030500 | APENDICECTOMIA POR CUALQUIER VIA. TORSION DE EPIPLON. Laparotomia exploradora cualquier via | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 6 | II |
| 2 | 88030500 | APENDICECTOMIA POR CUALQUIER VIA. TORSION DE EPIPL | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |
| 2 | 88030600 | DRENAJE DE ABSCESO PERIRRECTAL O ABSCESO DE DOUGLAS transrectal o drenaje de absceso perianal. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 6 | II |
| 2 | 88030600 | DRENAJE DE ABSCESO PERIRRECTAL O ABSCESO DE DOUGLA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |
| 2 | 88030700 | HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL DESDE LOS 4 años de edad.Hernia en línea media, epigástrica, Umbilical indepen de la edad. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 6 | II |
| 2 | 88030700 | HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL DESDE LOS 4 AÐOS | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |
| 2 | 88030800 | EVENTRACION O HERNIA RECIDIVADA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | |
| 2 | 88030800 | EVENTRACION O HERNIA RECIDIVADA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 6 | II |
| 2 | 88030900 | CIERRE DE COLOSTOMIA. PATOLOGIA ANAL, LYNN, DESGARDESGARRO. DRENAJE. FISTULA HEMORROIDES. BIOPSIA RECTAL. EXERISIS POLIPO RECTAL. EXERESIS DE QUISTE SACROCOCCIGEO, NO NEONATAL, QUISTE PILONIDAL. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | 6 | II |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 88040100 | EXÉRESIS AMPLIA DE LESIÓN DE PIEL CON MARGEN DE SEGURIDAD INCLUYENDO REPARACIÓN PLÁSTICA. EXÉRESIS DE ANGIOMA CAVERNOSO. EXÉRESIS DE FÍSTULA O QUISTE BRANQUIAL O QUISTE TIROGLOSO. CIRUGIA DE SINEQUIAS POSTQUEMADURAS EN ZONAS FUNCIONALES (CUELLO, ARTICULAC., AXILA, MUÑECA, CADERAS, RODILLA, TOBILLO) . MORDEDURA DE PERRO EN AREAS NOBLES, O DESGARRADAS ,RECONSTRUCCION | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 | 88040100 | EXERESIS AMPLIA DE LESION DE PIEL CON MARGEN DE SE | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 7 | III |
| 2 | 88040200 | CANALIZACION VENOSA PERIFERICA EN PACIENTES INTERNADOS EN NEO. COLOCACIÓN O RECOLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL, O CATÉTER IMPLANTABLE O SEMIIMPLANTABLE DESDE LOS 4 AÑOS DE EDAD. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 7 | III |
| 2 | 88040200 | CANALIZACION VENOSA PERIFERICA EN PACIENTES INTERN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 | 88040300 | TORACOTOMÍA PARA BIOPSIA MEDIASTINAL, PULMONAR, O DRENAJE ABSCESO PULMONAR O MEDIASTINAL. VIDETORACOSCOPIA DIAGNOSTICA (SIN PROCEDIMIENTO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 7 | III |
| 2 | 88040300 | TORACOTOMIA PARA BIOPSIA MEDIASTINAL, PULMONAR, O | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 | 88040400 | HERNIOPLASTÍA INGUINAL UNILATERAL EN PACIENTE MENOR O IGUAL A 3 AÑOS. HERNIOPLASTÍA POR HERNIA ATASCADA, | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 7 | III |
| 2 | 88040400 | HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL EN PACIENTE MENO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 | 88040500 | DILATACIÓN ESOFÁGICA CON BALONES NEUMÁTICOS (POR SESIÓN). PROCEDIMIENTOS ECOGRÁFICOS, TOMOGRÁFICOS, PERCUTÁNEOS PARA DIAGNOSTICO O EVACUACIÓN DE COLECCIÓN EN HÍGADO, BAZO, RIÑÓN . | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 7 | III |
| 2 | 88040500 | DILATACION ESOFAGICA CON BALONES NEUMATICOS (POR S | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 | 88040600 | PILOROMIOTOMÍA, PILOROPLASTIA. DEVOLULACIÓN, DESINVAGINACIÓN MANUAL QUIRÚRGICA CIERRE QUIRÚRGICO DE FÍSTULA GÁSTRICA, GASTRORRAFIA, EXTRACCIÓN DE BEZOAR, ETC. PERITONITIS GENERALIZADA (MAS DE 2 CUADRANTES). | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 7 | III |
| 2 | 88040600 | PILOROMIOTOMIA, PILOROPLASTIA. DEVOLULACION, DESIN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 | 88040700 | DRENAJE DE ABSCESO HEPÁTICO POR PUNCIÓN, COLOCACIÓN DE CATÉTERES, DRENAJE, ETC. PUNCIÓN BIOPSIA HEPÁTICA. COLECISTECTOMÍA SIN COLEDOCOTOMÍA. COLECISTOSTOMÍA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 7 | III |
| 2 | 88040700 | DRENAJE DE ABSCESO HEPATICO POR PUNCION, COLOCACIO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 | 88040800 | CISTOVIDEOURODINAMIA., ESTUDIO URODINAMICO COMPLETO BIOPSIA RENAL A CIELO ABIERTO. VESICOSTOMÍA A CIELO ABIERTO. CISTOSTOMÍA PERCUTANEA. CISTOVIDEOENDOSCOPIA CON AGREGADO DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 7 | III |
| 2 | 88040800 | CISTOVIDEOURODINAMIA., ESTUDIO URODINAMICO COMPLET | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 | 88040900 | OPERACIÓN PLÁSTICA DE PENE O ESCROTO (DESGARRO PENE ESCROTAL, AVULSIÓN DE PENE Y/O ESCROTO).TRATAMIENTO DEL VARICOCELE RECIDIVADO. ORQUIDOPEXIA U ORQUIDECTOMÍA UNILATERAL OOFOROSALPINGUECTOMÍA UNILATERAL, EXÉRESIS DE QUISTE DE OVARIO O DE TROMPA, TUMOR BENIGNO DE OVARIO. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 7 | III |
| 2 | 88040900 | OPERACION PLASTICA DE PENE O ESCROTO (DESGARRO PEN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 | 88041000 | COLOSTOMIA RECIEN NACIDO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 7 | III |
| 2 | 88041000 | COLOSTOMIA RECIEN NACIDO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 | 88050100 | EXERESIS DE QUISTE TIROGLOSO RECIDIVADO. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 8 | IV |
| 2 | 88050200 | LINFADENECTOMIA RADICAL (AXILAR, INGUINAL O CERVICAL unilateral). Vaciamiento ganglionar sumado a procedimientos de exéresis parenquimatosos. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 8 | IV |
| 2 | 88050300 | DEBRIDAMIENTO DE EMPIEMA PLEURAL, TRATAMIENTO DE fistulas aéreas, Escisión local de lesión pulmonar, enfisema, bullas. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 8 | IV |
| 2 | 88050400 | TRATAMIENTO POR ETAPAS DE GASTROSQUISIS U ONFALOCE (cada etapa). Esplenectomía total o segmentaria, esplenorrafia, esplenopexia por bazo nómade. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 8 | IV |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 88050500 | ENTERORRAFIA, CIERRE DE ENTEROSTOMIAS, CIERRE DE fístulas enterocutáneas, Enterolisis intestinal,Derivaciones intestinales internas. Hemicolectomía, Colectomía segmentaria. Esfinteroplastia anal | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 8 | IV |
| 2 | 88050600 | QUISTE HIDATIDICO HEPATICO O PULMONAR. ANASTOMOSIS biliodigestivas simples (colecistoyeyuno, coledocoduodeno). Exploración de la vía biliar transcistico o por coledocotomia. Escisión local de lesión de páncreas. Drenaje de seudoquiste de páncreas. Biopsia de páncreas. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 8 | IV |
| 2 | 88050700 | LAPAROTOMIA POR TRAUMA DE CUALQUIER TIPO, HEMATOMA Reoperaciones cirugías complejas | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 8 | IV |
| 2 | 88050800 | TESTICULO NO PALPABLE, ABORDAJE VIDEOLAPAROSCOPICO Reoperacion de ectopia testicular recidivada. Orquidopexia Bilateral. Hernioplastia bilateral. Clitoridectomía por estado intersexual. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 8 | IV |
| 2 | 88050900 | PALATOPLASTIA O RINOPLASTIA O QUEILOPLASTIA COMO UNICA OPERACIÓN | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 8 | IV |
| 2 | 88051000 | DESGARRO VAGINAL TRAUMATICO, INCLUYE PERINEORRAFIA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 8 | IV |
| 2 | 88051100 | URETEROSTOMIA Y CIERRE DE URETEROSTOMIA. URETROPLASTIA POR HIPOSPADIA POR TIEMPO OPERATORIO. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 8 | IV |
| 2 | 88051100 | URETEROSTOMIA Y CIERRE DE URETEROSTOMIA. URETROPLA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | | |
| 2 | 88060100 | LABIO LEPORINO UNILATERAL CON PALATOPLASTIA, CON rinoplastia,con queiloplastia. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 9 | IV |
| 2 | 88060200 | EXERESIS O INFILTRACION DE LINFANGIOMA O ANGIOMA DE CUALQUIER LOCALIZACION | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 9 | IV |
| 2 | 88060300 | TORACOTOMIA PARA DRENAJE DE ABSCESO PULMONAR, MEDIASTINAL. Tratamiento Pectus. excavatum, carinatum. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 9 | IV |
| 2 | 88060400 | HERNIA DIAFRAGMATICA NO NEONATAL POR VIA ABDOMINA O TORACICA. EVENTRACION DIAFRAGMATICA | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 9 | IV |
| 2 | 88060500 | CIERRE PRIMARIO DE GASTROSQUISIS U ONFALOCELE. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 9 | IV |
| 2 | 88060600 | SEGMENTECTOMIA HEPATICA, ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVAS. complejas, Hepaticooyeyunostomía, quiste de coledoco. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 9 | IV |
| 2 | 88060700 | REIMPLANTE URETEROVESICAL, ESTENOSIS URETEROPIELICA. Nefroureterectomia,Nefrectomía parcial. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 9 | IV |
| 2 | 88060800 | TRATAMIENTO PECTUSEXCAVATUM, CARINATUM. CON TECNICA WELCH Y RAVICH | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 9 | IV |
| 2 | 88070100 | EXERESIS DE TUMORES NEUROBLASTOMA, GANGLIONEUROMA, suprarrenal, Teratoma sacrococcigeo, wilms, mediastinales, toraxicos, peritoneales, retroperitoneales. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 10 | V |
| 2 | 88070200 | LOBECTOMIA PULMONAR. SEGMENTECTOMIA. NEUMONECTOMIA Metastasectomía pulmonar bilaterales o múltiples | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 10 | V |
| 2 | 88070300 | HERNIA DIAFRAGMATICA NEONATAL. ATRESIA ESOFAGICA Y de fistula traqueoesofágica, reoperaciones dehisencia anastomosis y re fistula. Atresia duodeno, intestinal e ileo meconial. Enterocolitis necrotizante. Perforacion intestinal idiopática. Gastrosquisis simil exit. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 10 | V |
| 2 | 88070400 | ESOFAGO GASTROPLASTIA, ESOGAGOCOLOPLASTIA. ASCENSO GASTRICO | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 10 | V |
| 2 | 88070500 | OPERACION DE MALFORMACIONES CONGENITAS ANO RECTALEES INCLUYE HIRSCHPRUNG | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 10 | V |
| 2 | 88070600 | HIDATIDOSIS MULTIPLE. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 10 | V |
| 2 | 88070700 | OP ATRESIA DE VIAS BILIARES, Y TUMORES DE VIA BILIAR, TIPO KASAI | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 10 | V |
| 2 | 88070800 | ANASTOMOSIS PANCREATODIGESTIVAS, PANCREATECTOMIAS, Duodenopancreatectomía. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 10 | V |
| 2 | 88070900 | LABIO LEPORINO BILATERAL INCLUYE PALATOPLASTIA. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 10 | V |
| 2 | 88071000 | AMPLIACIONES VESICALES. MITROFANOFF. MALONE. | EQUIPO QUIRURGICO CIRUGIA | | 10 | V |

**HASTA ACA ES CIRUGIA PEDIATRICA ( 88010100 AL 8807100 )**

## PRACTICAS BIOQUIMICAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00000100 | ACTO BIOQUIMICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00000200 | ACETONURIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00000400 | ACIDIMETRIA GASTRICA, CURVA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00000500 | ACIDO BASE , ESTADO ACIDO BASE (EAB). | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00000600 | ACTH - HORMONA ADRENOCORTICOTROFINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00000700 | ADDIS, RECUENTO DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00001400 | AGLUTININAS DEL SISTEMAS ABO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00001500 | ALBUMINA SANGRE U ORINA C/U | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00001600 | ALCOHOL DEHIDROGENASA ADH | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00001700 | ALCOHOLEMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00001800 | ALDOLASA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00001900 | ALDOSTERONASANGRE U ORINA C/U | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00002000 | ALFA FETO PROTEINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00002300 | AMILASA, URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00002500 | AMINOACIDOS FRACCIONADOS (CROMATOGRAFIA POR FRACCI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00002700 | AMINOACIDURIA FRACCIONADOS (CROMATOGRAFIA POR FRAC | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00002800 | AMNIOTICO, LIQUIDO CELULAS NARANJAS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00002900 | AMNIOTICO, LIQUIDO ESPECTROFOTOMETRIA TEST DE LISL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00003000 | AMNIOTICO, LIQUIDO LECITINA ESFINGOMIELINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00003100 | AMONEMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00003300 | ANGIOTENSINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00003500 | ANTIBIOGRAMA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00003600 | ANTIBIOGRAMA BACILO DE KOCH SIETE ANTIBIOTICOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00004000 | ANTICUERPOS ANTIGLOMERULAR, (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00004100 | ANTICUERPOS ANTIMENBRANA BASAL, (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00004200 | ANTICUERPO ANTIMUSCULO LISO (ASMA), (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00004400 | ANTICUERPOS ANTIFRACCION MICROSOMAL DE TIROIDES (A | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00004600 | ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA (ATG) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00004900 | ANTIDESIXIRRIBONUCLEASA - ADNEASA -ANTI-DNA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00005100 | ANTIESTREPTOLISINAS 'O' (ASO / ASTO / AELO ), CUAN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00005200 | ANTIESTREPTOQUINASA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00005500 | ANTIMITOCONDRIALES, ANTICUERPOS (AMA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00005600 | ANTINUCLEARES ANTICUERPOS FAN /ANA /AAN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00005700 | ANTITRIPSINA, ALFA 1 (AT) LIQ.PLEURAL O MAT.FECAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00005800 | ANTITROMBINA III CON CALIBRACION DE TRES PUNTOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00005900 | ARSENICO,ORINA,PELOS Y UÑAS C/ | NOMEN. BIOQUIMICO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00006000 | ASCORBICO , ACIDO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00006300 | ANTICUERPOS ANTI HIV - ELISA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00010100 | BACILOSCOPIA DIRECTA - ZIEHL NEELSEN (POR MUESTRA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00010200 | BACILOSCOPIA DIRECTA Y CULTIVO (POR MUESTRA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00010300 | BACILOSCOPIA POR INMUNOFLUORES ( IFI POR MUESTRA ) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00010400 | BACTERIOLOGIA DIRECTA (COLORACION DE GRAM) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00010500 | BACTERIOL. DIREC. CULTIVO/ IDENTIFICACION DEL GERM | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00010700 | BARBITURICOS EN ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00010800 | BENCE- JONES, PROTEINAS DE (HPLC /IMF) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00011000 | BILIRRUBINEMIA TOTAL DIRECTA E INDIRECTA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00011100 | BILIRRUBINURIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00013100 | CADENA LIVIANA KAPPA Y LAMBDA - SERICO O URINARIO( | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00013200 | CADMIO EN ORINA,PELOS Y SANGRE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00013300 | CALCEMIA TOTAL (CA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00013400 | CALCIO IONICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00013600 | CALCIURIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00013700 | CALCITONINA PLASMATICA CALCITONINA SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00013800 | CALCULO URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00014000 | CARIOTIPO, MAPA CROMOSOMICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00014100 | CAROTENO BETA - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00014300 | CATECOLAMINAS , LIBRES - FRACC (ADRENALINA Y NORAD | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00014400 | CEA ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00015100 | CERULOPLASMINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00015200 | CETOGENOESTEROIDES - URINARIOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00015400 | CETONEMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00016000 | 17 CETOESTER.PRUEBA/RTA DE LOS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00016700 | CITRICO, ACIDO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00016800 | CLORO PLASMATICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00016900 | COAGULACION Y SANGRIA TIEMPO DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00017100 | COAGULOGRAMA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00017200 | COBRE EN SANGRE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00017300 | COCAINA INMUNOCROMATOGRAFIA/CROMATOGRAFICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00017400 | COLESTEROL TOTAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00017600 | COLONIAS , RECUENTO MICOLOGICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00017900 | COMPLEMENTO ACTIVIDAD TOTAL - | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00018000 | COMPLEMENTO VALORACION INMUNOQUIMICA C3 C4 (C/U) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00018200 | CONCENTRACION, PRUEBA DE LA - | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00018400 | COOMBS DIRECTA , PRUEBA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00018600 | COOMBS INDIRECTA CUALI Y CUANT.COOMBS INDIRECTA O | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00018700 | COPROCULTIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00018800 | COPROPORFIRINAS O PORFIRINAS - MATERIA FECAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00018900 | CORTISOL EN SANGRE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00019000 | CREATINQUINASA - CPK | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00019200 | CREATININA , ORINA O SANGRE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00019300 | CREATININA CLEARENCE DE DEPURACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00019400 | CRIOAGLUTININA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00019500 | CRIOGLOBULINAS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00019600 | CROMATINA SEXUAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00024100 | CHAGAS ( AD ) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00024200 | CHAGAS HEMOAGLUTINACION INDIR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00024300 | CHAGAS INMUNOFLUORESCENCIA( IFI / ELISA ) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00024400 | CHAGAS, PARASITEMIA,GOTA GRUESA,STROUT | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00026200 | DEHIDROEPIANDROSTERONA DEHID | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00026400 | DESCARTABLE MATERIAL COMPLEMENTARIO (DMC) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00026800 | DIGOXIN Y DIGITOXINA C/U | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00027200 | DOMICILIO EN RADIO URBANO - HASTA DOS (2) KMS. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00027300 | DOMICILIO A MAS DE DOS (2) KM | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00029300 | EMBARAZO, REACCION INMUNOLOGICA PARA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00029500 | EOSINOFILOS, RECUENTO DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00029600 | ERITROBLASTOS PORCENTAJE DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00029700 | ERITROSEDIMENTACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00029800 | ESPERMOGRAMA BASICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00030000 | ESTRADIOL PLASMATICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00030100 | ESTRIOL URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00030200 | ESTRIOL PLASMATICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00030700 | ALCOHOL ETILICO - URINARIO. (ALCOLURIA) - ETANOL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00030800 | EUGLOBULINAS TEST DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00030900 | EXUDADO NASOFARINGEO , CULTIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00033100 | FACTOR DE COAGULACION V | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00033200 | FACTOR DE COAGULACION VII | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00033300 | FACTOR DE COAGULACION VIII | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00033400 | FACTOR DE COAGULACION IX | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00033500 | FACTOR DE COAGULACION X | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00033700 | FENILALANINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00033800 | FENILALANINA NEONATAL ( PKU) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00034000 | FENILPIRUVICO, ACIDO - URINARIO (CUALITATIVO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00034200 | FENOTIAZINAS. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00034300 | FERREMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00034400 | FIBRINOGENO, PRODUCTOS DE DEGRADACION -PDF- PLASMA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00034500 | FIBRINOGENO EN SANGRE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00034900 | FISICO QUIMICO, EX. LIQ. EXUDADOS, TRASUDADOS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00035000 | FLUOREMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00035100 | FLUORURIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00035200 | FOLICO, ACIDO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00035300 | FONDO OSCURO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00035400 | FORMULA LEUCOCITARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00035500 | FOSFATASA ACIDA PROSTATICA (EFM) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00035600 | FOSFATASA ACIDA TOTAL - EFM | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00035700 | FOSFATASA ALCALINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00036000 | FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00036100 | FOSFATASA ALCALINA - ISOENZIMAS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00036200 | FOSFATEMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00036300 | FOSFATURIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00036400 | FOSFO-HEXOSA-ISOMERASA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00036600 | FOSFORO CLEARENCE DEPURACION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00037000 | FSH - HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00037100 | FTA/ ABS INMUNOFLUORESCENCIA (IFI - ELISA ) SIFILI | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00037300 | FUNCIONAL EXAMEN MATERIA FECAL BASICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00040200 | GALACTOSEMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00040500 | GASTRINA PLASMATICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00040800 | GLOBULOS BLANCOS RECUENTO Y FORMULA -MATERIA FECAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00040900 | GLOBULOS BLANCOS RECUENTO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00041000 | GLOBULOS ROJOS RECUENTO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00041200 | GLUCEMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00041300 | GLUCEMIA CURVA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00041700 | GLUCOSA 6-FOSFATO-DEHIDROGENASA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00041800 | GLUCOSA 6-FOSFATO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00042000 | GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00043000 | GRAHAM TEST DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00043200 | GRASAS MAT. FEC. CUANTITATIVO (VAN DE KAMER) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00043300 | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00046300 | HAPTOGLOBINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00046500 | HEMATIES, RESISTENCIA GLOBULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00046600 | HEMATOCRITO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00046800 | HEMOCULTIVO AEROBIOS (CADA UNO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00047000 | HEMOGLOBINA DOSAJE DE (HB) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00047500 | HEMOGRAMA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00048100 | HEPATOGRAMA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00048400 | HIDATIDOSIS AC ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00048600 | 17-HIDROXICORTICOIDES-URINARIOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00048800 | HIDROXIPROLINURIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00053100 | MYCOBACTERIUM IDENTIFICACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00053500 | INMUNOELECTROFORESIS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00053700 | INMUNOGLOBULINA A ( IGA ) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00053900 | INMUNOGLOBULINA E | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00054100 | INMUNOGLOBULINA M | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00054600 | IONOGRAMA PLASMATICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00054800 | ISOCITRICO DEHIDROGENASA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00059200 | LACTICO ACIDO ENZIMATICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00059400 | LACTICO DEHIDROGENASA LDH | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00059600 | LDH ISOENZIMAS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00059700 | LACTOGENO PLACENTARIO / SOMATOMAMOTROFINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00059800 | LATEX ARTRITIS REUMATOIDE ( CUALITATIVO ) TEST DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00059900 | LATEX TEST DE, PARA ARTRITIS REUMATOIDE (SEMI CUAN | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00060000 | LEPTOSPIRAS - INVESTIGACION DE (FONDO OSCURO O COL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00060200 | TRICHINOSIS - INVESTIGACION DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00060300 | LAZO PRUEBA DEL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00060600 | LEUCINAMINOPEPTIDASA (LAP) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00061000 | LEVULINICO DELTA AMINO ACIDO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00061100 | LEVULINICO DELTA DEHIDRATASA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00061200 | LH - HORMONA LUTEINIZANTE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00061300 | LIPASA EN SANGRE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00061500 | LIPIDOGRAMA ELECTROFORETICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00062000 | LIQUIDO DE PUNCION, EXAMEN FCO-QCO - CITOLOGICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00062200 | LISTERIAS (IFI - ELISA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00062300 | LITIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00062400 | LITIO (LI) (POR ABSORCION ATOMICA - AA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00065300 | MAGNESIO, EN SANGRE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00065400 | MAGNESIO, EN ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00065600 | MANTOUX, INTRADERMO-REACCION DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00065700 | MEDULOGRAMA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00066000 | MERCURIO, SANGRE U ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00066200 | METANEFRINAS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00066300 | METANOL EN ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00066400 | MICOLOGIA, DIRECTO - COLORACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00066500 | MICOLOGIA, CULTIVO - IDENTIFICACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00066700 | MOCO CERVICAL CRISTALIZACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00066800 | MOCO NASAL, PH CITOLOGICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00066900 | MONONUCLEOSIS,AGLUTINACION-TEST DE LATEX O MONOTES | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00067000 | MONONUCLEOSIS HEMOAGLUTINACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00067100 | MONONUCLEOSIS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00067200 | MONOXIDO DE CARBONO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00067300 | MORFINA OPIACEOS, DERIVADOS - LIQUIDOS BIOLOGICOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00070200 | 5- NUCLEOTIDASA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00071100 | ORINA COMPLETA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00071400 | OSMOLARIDAD - CLEARENCE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00071500 | OSMOLARIDAD EN SUERO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00073200 | PAPANICOLAOU ENDOCERVICAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00073400 | PAPANICOLAOU EXOCERVICAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00073600 | PARASITOLOGICO SERIADO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00073900 | PARATHORMONA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00074000 | PEROXIDASAS, TINCION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00074100 | PH EN LIQUIDOS BIOLOGICOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00074500 | PLAQUETARIOS, FACTORES | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00074600 | PLAQUETAS, RECUENTO DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00074700 | PLASMA RECALCIFICADO, TIEMPO D | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00074800 | PLASMINOGENO (IDR) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00074900 | PLOMO (PB) SERICO O URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00075100 | PORFIRINAS O UROPORFIRINAS - U | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00075200 | PORFOBILINOGENO EN ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00075800 | PROGESTERONA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00075900 | PROLACTINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00076100 | PROTEINA C REACTIVA - CUALITAT | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00076200 | PROTEINA C REACTIVA - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00076300 | PROTEINAS TOTALES | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00076400 | PROTEINOGRAMA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00076600 | PROTEINOGRAMAS - LIQUIDOS BIOL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00076700 | PROTEINURIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00076800 | PROTOPORFIRINAS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00076900 | PROTROMBINA CONSUMO DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00077000 | PROTROMBINA, RIN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00077100 | PROTROMBINA, TIEMPO DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00077200 | PSEUDOCOLINESTERASA (CHE) O | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00080100 | QUIMIOTRIPSONA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00081200 | RENINA ANGIOTESINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00081400 | RH FACTOR C GRANDE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00081500 | RH FACTOR C CHICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00081600 | RH FACTOR E GRANDE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00081700 | RH FACTOR E CHICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00081800 | RETICULOCITOS RECUENTO DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00082000 | ROSSE RAGAN PRUEBA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00083100 | SALICILATOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00083200 | SALMONELLA ANTICUERPOS (INMUNO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00083500 | SEROTONINA (PLASMATICA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00083700 | SIDEROFILINA, CAPACIDAD | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00083800 | SIMS - HUBBNER, TEST DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00084100 | SOMATOTROFINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00084600 | SUBTIPO HEMOGLOBINA A2, DETERM | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00084700 | SUDOR, TEST DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00086200 | TALIO EN ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00086300 | TESTOSTERONA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00086500 | TSH - TIROTROFINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00086600 | T4 - TIROXINA TOTAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00086700 | T4 - LIBRE - TIROXINA EFECTIV | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00087000 | TOXOPLASMOSIS, HEMOAGLUTINACIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00087100 | TOXOPLASMOSIS (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00087300 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6 00087400 | TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVIC | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00087500 | TRANSFERRINA (IDR/TURBIDIMETRI | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00087600 | TRIGLICERIDOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00087800 | TRIIODOTIRONINA TOTAL T3 | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00087900 | TROMBINA, PRUEBA DE GENERACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00088000 | TROMBINA, TIEMPO DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00088700 | TROMBOPLASTINA, TIEMPO DE (KPT | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00090100 | UREA CLEARENCE | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00090200 | UREMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00090300 | URETRAL EXUDADO, DIRECTO Y CUL | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00090400 | URICEMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00090500 | URICO ACIDO EN ORINA (URICOSUR | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00091100 | UROCULTIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00093100 | VAGINAL EXUDADO O FLUJO, DIREC | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00093200 | VAINILLIN MANDELICO, ACIDO EN | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00093400 | V D R L CUANTITATIVA | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00093700 | VITAMINA A | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00093800 | VITAMINA B12 | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00093900 | VITAMINA E | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00095300 | WIDAL, REACCION DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00098100 | ZINC ERITROCITARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00098200 | ZINC SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00100000 | ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO TOTAL, PSA-T | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00100000 | ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO TOTAL, PSA-T | NOMEN. BIOQUIMICO | I | |
| 6 00100100 | ACTO BIOQUIMICO DE INTERNACION | NOMEN. BIOQUIMICO | I | I |
| 6 00101500 | CD4 - CD8 - POR CITOM. DE FLUJ | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00102000 | CHLAMYDIAS PNEUMONIAE, AC. ANT | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00102500 | CITOMEGALOVIRUS, AC. ANTI- IGG | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00103000 | CITOMEGALOVIRUS, AC. ANTI- IGM | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00103500 | COLESTEROL HDL | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00104000 | COLESTEROL LDL | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00104500 | CPK- MB | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00105000 | DROGAS DE ABUSO SCREENING (C/U) | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00105500 | EPSTEIN BARR, AC. ANTI- IGG / TOTALES ANTI-(VEB/VCA IGC) | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00106000 | EPSTEIN BARR, AC. ANTI- IGM (VEB/VCA IGM) | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00106500 | FRUCTOSAMINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00107000 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00107500 | HEPATITIS A, AC. IGM ANTI (HAV | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00108000 | HEPATITIS B, AC. ANTI CORE IGG | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00108500 | HEPATITIS B, ANTIGENO E (AG.HB | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00108600 | HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPER | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00109000 | HEPATITIS B, AC. DE SUPERFICIE | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00109500 | HEPATITIS C, AC. ANTI- IGG (HC | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00110000 | HIDATIDOSIS, DOBLE INMUNOELECT | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00110500 | HIV CARGA VIRAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00110600 | MODULO PESQUISA | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00110700 | POST TEST PESQUISA | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00111000 | HIV WESTERN- BLOT | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00111500 | MARCADOR CA 125 (OVARIO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00112000 | MARCADOR CA 15. 3 (MAMA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00112500 | MARCADOR CA 19. 9 (COLON) | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00113000 | MICROALBUMINURIA / ALBUMINIA U | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00113400 | PAN-NITRAZEPAN-OXACARBAZEPINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00113500 | MONITOREO DE FARMACOS (ANTICON | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00113600 | MONITOREO DE FARMACOS (CAFEINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |
| 6 00114000 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE AC ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00114200 | PREPARACION DE SANGRE A TRANSF | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00114500 | RUBEOLA, AC. ANTI- IGG | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00115000 | RUBEOLA, AC. ANTI- IGM | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00116000 | TORCH ( TOXO. , RUBEOLA, C.M.V | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00117000 | SUBUNIDAD BETA DE GONADOTROFIN | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00117500 | SUBUNIDADBETA DE GONADOTROFINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00118000 | TEST RAPIDO DE FAUCES, STREPTO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00118500 | TESTOSTERONA BIODISPONIBLE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00119000 | TIROTROFINA ULTRASENSIBLE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00119600 | SCREENING NEONATAL X 6 (TSH FE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00120000 | URGENCIAS.- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00200100 | ABC - ACTO BIOQUIMICO COMPLEMENTARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00200800 | ACANTHAMOEBA SPP | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00201100 | ACAROS Y ARTROPODOS INVESTIGACION DE VECTORES | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00201700 | ACETILCOLINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00202500 | ACETILCOLINA, AC. ANTI- RECEPTORES (ACRA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00203400 | ACETILCOLINESTERASA/COLINESTERASA ERITROCITARIA (C | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00204200 | ACETILCOLINESTERASA, SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00205100 | ACETONA CUANTITATIVA, PLASMATI-SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00205900 | ACETONA CUANTITATIVA, URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00206800 | ACIDO 3 METIL-INDOL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00208500 | ACIDO 5 HIDROX-INDOL ACETICO (HPLC) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00209300 | ACIDO ACETOACETICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00210200 | ACIDO ALFA CETONICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00211100 | ACIDO BETA HIDROXIBUTIRICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00211900 | ACIDO DELTA AMINO LEVULINICO (ALA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00212000 | CITRATURIA ( ACIDO CITRICO - URINARIO ) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00212800 | ACIDO FENIL ACETICO (AFA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00213600 | ACIDO FENIL GLIOXILICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00215300 | ACIDO FOLICO, INTRAERITROCITAR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00216200 | ACIDO FORMICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00217000 | ACIDO FOSFATIDICO AC IGG ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00217900 | ACIDO FOSFATIDICO AC IGM ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00218100 | ACIDO FUROICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00218200 | ACIDO GAMMA-AMINOBUTIRICO (GABA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00218300 | ACIDO GLUTAMICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00218400 | ACIDO GUANIDINACETICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00218700 | ACIDO HIPURICO, URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00220500 | ACIDO HOMOVANILICO - HVA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00222200 | ACIDO INDOLACETICO, 5 HIDROXI -3-METIL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00223600 | ACIDO LACTICO - LCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00223900 | ACIDO LACTICO - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00224700 | ACIDO LISERGICO (LSD) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00225600 | ACIDO MANDELICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00226400 | ACIDO METIL HIPURICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00227300 | ACIDO METIL MALONICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00227700 | ACIDO MUCONICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00228100 | ACIDO OROTICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00229600 | ACIDO OXALICO - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00229900 | ACIDO OXALICO, URINARIO (2/ 12 / 24 HS) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00231600 | ACIDO PIRUVICO, PLASMATICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00232800 | ACIDO SALICILICO - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00233000 | ACIDO SALICILICO - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00234100 | ACIDO SIALICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00235000 | ACIDO TIOGLICOLICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00235800 | ACIDO TRICLOROACETICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00236700 | ACIDOS BILIARES -SERICOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00237500 | ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00237900 | ACIDOS GRASOS NO ESTERIFICADOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00239300 | ACIDOS ORGANICOS - URINARIOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00240100 | ACIL CARNITINAS - PLASMATICOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00241000 | NEUROMIELITIS OPTICA - AC IGG | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00241700 | ADENOSIN DEAMINASA - LCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00241800 | ADENOSIN DEAMINASA - LIQUIDO PIEURAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00242700 | ADENOVIRUS, AC. IGG O TOTALES, ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00243500 | ADENOVIRUS, AC. IGM,  ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00244400 | ADENOVIRUS, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00245200 | ADRENAL, AC TOTALES ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00246100 | ALDOSTERONA - URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00246900 | ALDRIN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00249500 | ALFA 1 ANTITRIPSINA, CLEARENCE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00252100 | ALFA 2 ANTIPLASMINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00253800 | ALFA BHC, 1,2,4,5,6-HEXACLOROCICLOHEXANO ALFA HEXA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00254700 | ALFA GALACTOSIDASA (FABRY) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00255500 | ALFA GLUCOSIDASA NEUTRAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00255900 | ALFA L IDURONIDASA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00256300 | ALFA NITROSO BETA NAFTOL, PRUEBA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00257200 | ALPRAZOLAM | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00258700 | ALUMINIO - PELO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00258900 | ALUMINIO - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00259100 | ALUMINIO - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00259800 | AMETRYN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00260600 | AMIKACINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00262000 | AMINOACIDOS LCR (CROMATOGRAFIA CUANTITATIVA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00262300 | AMINOACIDOS - SERICO (CROMATOGRAFIA CUANTITATIVA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00262400 | AMINOACIDOS - SSPF ( CUANTITATIVO ) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00262700 | AMINOACIDOS -URINARIO (CROMATOGRAFIA CUANTITATIVA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00263000 | AMINOACIDOS -URINARIO (CUANLITATIVO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00264900 | AMONIO - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00265700 | ANAEROBIOS, CULTIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00266600 | ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO (ALFA DIOL GLUCURONIDO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00267500 | ANDROSTENODIONA, DELTA 4- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00268800 | ANFETAMINAS/METANFETAMINAS, CONFIRMATORIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00270000 | ANGELMAN, SINDROME DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00270800 | ANTICOAGULANTE LUPICO, CON INH | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00270900 | ANTICOAGULANTE LUPICO, SIN INH | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00271200 | ANTIDIURETICA, HORNMONA (HAD)- VASOPRESINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00271300 | VASOPRESINA, URINARIA HORMONA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00271700 | ANTIGENOS BACTERIANOS, SCREENING (HAEMOF, INFL, NE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00273000 | ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO, COMPLEJADO (PAS C) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00273400 | ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO, LIBRE+TOTAL (PSA-L | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00276900 | ANTIMICOGRAMA LEVADURAS, SCREENING | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00278000 | ANTIMONIO - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00278200 | ANTIMONIO - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00279000 | ANTIMULLERIANA, HORMONA (HAM) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00280300 | ANTITROMBINA III FUNCIONAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00281000 | APOLIPOPROTEINA A (APOA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00281100 | APOLIPOPROTEINAS B (APOB) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00281500 | APOLIPOPROTEINAS E GENOTIPO (APOE) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00282000 | ARISULTASA A EN LEUCOSITOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00283400 | ARSENICO - PELO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00283700 | ARSENICO - UÑA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00284600 | ASPERGILLIUS, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00285000 | ATRAZINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00285200 | AUTOHEMOLISIS PRUEBA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00285400 | BACILUS ANTHRACIS, CULTIVO Y TIPIFICACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00286300 | BANDAS OLIGOCLONALES EN LCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00287300 | BANDEO G - CITOGENICO EN MEDULA OSEA POR ANALISIS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00288800 | BARBITURATOS, CONFIRMATORIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00289600 | BARIO - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00289700 | BARIO - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00291200 | BARTONELLA HENSELAE, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00291400 | BARTONELLA HENSELAE, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00292500 | BCR/ABL P210 CUANTITATIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00292700 | BENCENO-URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00293100 | BENCENO-ETILBENCENO-TOLUEONO-XILENO (BETX) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00294500 | BENZODIAZEPINAS, CONFIRMATORIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00296300 | BERILIO - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00296500 | BERILIO - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00298000 | BETA 2 GLICOPROTEINA, AC. IGA ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00298200 | BETA 2 GLICOPROTEINA, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00298400 | BETA 2 GLICOPROTEINA, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00301600 | BETA BHC | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00302500 | BETA CROSS LAPS - CTX-C | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00303400 | BETA GALACTOSIDASA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00304200 | BETA GLUCOCEREBROSIDASA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00305100 | BETA LACTAMASA (B-LACTAMASA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00305600 | BETA LIBRE HCG (FREE KCG) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00306500 | BICARBONATO, EN ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00306800 | BIOTINIDAZA, CONFIRMAOTRIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00308500 | BLASTOMYCES DERMATITIDIS, AC (FASE LEV) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00309300 | BNP (FACTOR NATRIURETICO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00310200 | BORDETELLA PERTUSIS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00311000 | BORDETELLA PERTUSIS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00311900 | BORDETELLA PERTUSIS, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00312800 | BORRELLIA BUGDORFERI, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00313600 | BORRELLIA BUGDORFERI, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00314500 | BRCA 1/2 SCREENING | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00315300 | BROMURO - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00315800 | BRUCELLAS, TEST DE WRIGHT | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00315900 | BRUCELLAS, TEST DE WRIGHT, CON 2 MERCAPTOETANOL (W | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00316200 | BRUCELOSIS (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00317000 | BRUCELOSIS (FIJACION DE COMPLEMENTO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00317900 | BRUCELOSIS, AC. IGG O TOTALES ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00318700 | BRUCELOSIS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00319000 | BRUCELOSIS, AC. INCOMPLETOS ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00321300 | BUFOTENINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00323000 | C1 INHIBIDOR Q (C1Q INHIBIDOR INMUNOLOGICO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00323900 | CA 21-1 (MARCADOR TUMORAL DE PULMON) - CYFRA 21-1 | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00324700 | CA 72-4 (MARCADOR TUMORAL GASTRICO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00325700 | CADENA LIVIANA KAPPA Y LAMBDA, LIBRE - SERICO O UR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00325900 | CADENAS PESADASA EN SANGRE Y ORINA C/U | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00326200 | CADMIO (CD) - PELO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00326400 | CADMIO (CD) - SANGUINEO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00329000 | CALCIO (CA) - PELO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00329200 | CALCIO (CA) - SALIVA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00330700 | CALCULO - BILIAR, SALIVAL, URINARIO. ESTUDIO CRIS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00331800 | CAMPYLOBACTER SPP, DIRECTO (ELISA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00332000 | CAMPYLOBACTER SPP, DIRECTO (MICROSCOPIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00332400 | CANDIDA ALBICANS, AC. TOTALES | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00335000 | CANNABINOIDES, CONFIRMATORIO (MARIHUANA - CONFIRMA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00336200 | CARBAZEPINA, EPOXIDO DE (HPLC) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00337500 | CARBOXIHEMOGLOBINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00338400 | CARDIOLIPINAS, AC. IGA ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00339200 | CARDIOLIPINAS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00340100 | CARDIOLIPINAS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00342700 | CARIOTIPO, ALTA RESOLUCION (ALTA SENSIBILIDAD) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00343000 | CARIOTIPO, CON BANDEO GTG | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00343500 | CARIOTIPO - LIQUIDO ANMIOTICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00344000 | CARIOTIPO - MATERIAL DE ABORTO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00344300 | CARIOTIPO - MEDULA OSEA (CITOGENETICO DE MO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00344600 | CARIOTIPO - VELLOSIDADES CORIONCAS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00346100 | CARNITINA, LIBRE Y TOTAL - SUERO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00346300 | CARNITINA, LIBRE Y TOTAL - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00347800 | CATECOLAMINAS - LCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00349500 | CD4POSITIVAS-CITOMETRIA DE FLUJO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00350400 | CD10/CD19 - CITOM. DE FLUJO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00351200 | CD3/CD16+56, CELULAS NK - CITOM. DEFLUJO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00352100 | CD25 RECEPTOR SOLUBLE DE INTERLEUKINA 2 - CITOM DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00352900 | CD69/CD56 POSITIVAS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00353800 | CD, SUBPOBLACION LINFOCITARIA - CITOM. DE FLUJO (C | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00356300 | CENTROMERO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00357200 | CHAGAS, AC. IGM ANTI- (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00357600 | CHAGAS, AC. TOTALES ANTI- (ELISA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00358100 | CHAGAS, PCR. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00358500 | CHITOTRIOSIDASA - SANGUINEA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00358600 | CHITOTRIOSIDASA - SANGUINEA-SOPORTE PAPEL FUOROMET | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00358900 | CHLAMYDIA PNEUMONIAE, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00359800 | CHLAMYDIA PSITACCI, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00360600 | CHLAMYDIA PSITACCI, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00362300 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00363200 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS, AC. IGM O IGA ANTI- (C/U) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00364000 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00364900 | CHLAMDYA TRACHOMATIS, AG PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00366600 | CIANUROS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00367400 | CICLOSPORINA A, PLASMATICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00368300 | CISTINURIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00371700 | CITOMEGALOVIRUS, ANTIGENEMIA (CMV - PP65) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00372000 | CITOMEGALOVIRUS, DNA CARGA VIRAL (CMV-DNA CARGA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00372200 | CITOMEGALOVIRUS, DNA POR PRC (CMV-DNA POR PRC) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00372500 | CITOMEGALOVIRUS, LCR CUANTITATIVO POR PRC (CMV-LCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00373400 | CITOPLASMA DE NEUTROFILO (ANCA C,P) AC. ANTI- C/U | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00374300 | CITRATURIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00375100 | CLEMENTS, PRUEBA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00375600 | CLORPIRIFOS ETIL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00376000 | CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00378600 | COBALTO, PLASMATICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00378800 | COBALTO - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00381400 | COBRE - ERITROCITARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00382000 | COBRE, URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00382800 | COCAINA, CG-MS- CONFIRMATORIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00386000 | COCCIDIODES INMITIS, AC. IG TOTALES ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00386200 | COCCIDIOIDES INMITIS, AC. ANTI- IGG | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00387100 | COCCIDIOIDES INMITIS, AC. ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00388000 | COCLEARES, AC. ANTI-(ANTI P68 KDA) (WESTERN BLOT) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00388800 | CODEINA - SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00389000 | CODEINA - URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00390500 | COFACTOR DE RISTOCETINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00391000 | COLESTEROL NO HDL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00392200 | COMPLEMENTO C1Q (PROTEINA 11S) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00393900 | CONCENTRACION BACTERICIDA MINIMA - CBM | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00394800 | CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA (CIM) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00396000 | COPROPORFIRINAS - ERITROCITARIAS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00397400 | COREA DE HUNTINGTON POR PRC | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00398200 | CORPUSCULOS METACROMATICOS - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00399400 | CORRECCION CON PLASMA NORMAL - KPTT | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00399600 | CORRECCION CON PLASMA NORMAL - TP | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00400800 | CORTISOL LIBRE, URINARIA (CLU) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00401200 | CORTISOL - SALIVAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00403300 | COTININA - SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00403500 | COTININA - URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00405000 | COXIELLA BURNETTI, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00405900 | COXIELLA BURNETTI, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00406800 | COXSACKIE VIRUS A, 2-7-9, AC. ANTI- (CADA UNO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00407600 | COXSACKIE VIRUS B, 1-2-3-4-5-6, AG. (CADA UNO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00408500 | COXSACKIE VIRUS B, 1-2-3-4-5-6, AC. ANTI- (POOL) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00409300 | COXSACKIE VIRUS B, 1-2-3-4-5-6, AC.ANTI- (CADA UNO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00410200 | COXSACKIE VIRUS B, 1-2-3-4-5-6 | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00411000 | CRIOCRITO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00411900 | CRIOFIBRINOGENO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00413200 | CROMO (CR) - PELO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00413400 | CROMO (CR) - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00413600 | CROMO (CR) - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00414100 | CROMOGRANINA A | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00414300 | CROMOSOMA ALTERACIONES DEL (C/U) DELECCION CROMOSO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00414400 | CROMOSOMA ALTERACIONES DEL (C/U) DELECCION 17 P53 | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00414500 | CROMOSOMA ALTERACIONES DEL (C/U) (FISH) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00414600 | CROMOSOMA ALTERACIONES DEL (C/U)DELECCION C11 ATM- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00414700 | CROMOSOMA ALTERACIONES DEL (C/U) TRISOMIA12-CENTRO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00415000 | CROMOSOMA FILADELFIA - PCR - CITOGENIGO LMC- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00415500 | CROMOSOMA X, FRAGILIDAD - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00416000 | CROMOSOMA X FISH | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00416500 | CROMOSOMA Y, DELECCIONES DEL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00418700 | CROSS MATCH, AUTOLOGO - CITOM DE FLUJO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00419000 | CROSS MATCH, AUTOLOGO - LINFOTOXICIDAD | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00419600 | CROSS MATCH, CONTRA PANEL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00420400 | CROSS MATCH, DONANTE -CITOM DE FLUJO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00421300 | CROSS MATCH, DONANTE -LINFOTOXICIDAD | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00422100 | CROSS MATCH, DTT | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00423000 | CROSS MATCH, MATRIMONIAL - CITOMETRIA DE FLUJO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00424000 | CROSS MATCH, PACIENTE HIPERSENSIBILIZADO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00425600 | CRYPTOSPORIDIUM SP, | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00426400 | CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00426600 | CRYOTOCOCCUS NEOFORMANS, AG (MICROSCOPIA - TINTA C | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00429000 | CUERPOS REDUCTORES | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00430700 | 4,4-DDD(P,P - DDD) 4,4- DICLORODIFENILDICLOROETANO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00431500 | 4,4-DDE(P,P - DDE) 4,4 -DICLORODIFENILDICLOROETILE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00432400 | 4,4 DDT(P,P-DDT) 4,4 DICLORODIFENILTRICLOROETILENO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00433300 | DEGRANULACION DE BASOFILOS-TEST DE ACTIVACION DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00434000 | DEHIDROEPIANDROSTERONA - NO SULFATO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00435000 | DELTA-BHC | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00436100 | DENGUE, AC. ANTI- IGG | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00436300 | DENGUE, AC. ANTI- IGM | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00436500 | DENGUE, ACS. ANTI IGG E IGM (CUALITATIVO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00436700 | DENGUE, AG - ELISA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00436900 | DENGUE - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00437500 | DEOXIPIRIDINOLINAS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00438400 | DESIPRAMINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00438700 | DESMOGLEINA, AC ANTI- AG 1 Y 3 | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00438800 | DIAZINON | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00439200 | DIELDRIN | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00441800 | DIMERO-D | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00443500 | DIMETOATO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00444400 | DIMETOXIFENILETILAMINA, 3,4- (DMFA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00445200 | DISULFOTON | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00446900 | DNA, DESNATURALIZADO, AC ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00447800 | DNA, MUESTRA FORENSE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00450300 | DOPAMINA, PLASMATICA TOTAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00451200 | DOPAMINA LIBRE, URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00452100 | DOXEPINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00454600 | ECHINOCOCCUS GRANULOSOS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00454900 | ECHINOCOCCUS GRANULOSOS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00456300 | ECHO COXSACKIE, 1-6 AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00456600 | ECHO COXSACKIE, 1-6 IGM | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00458000 | ECHOVIRUS AC IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00458300 | ECHOVIRUS AC IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00459000 | ECTOPARASITOS, BUSQUEDA E IDENTIFICACION. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00460000 | ELASTASA PANCREÁTICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00462300 | ENA,AC. ANTI-(ANTIG. NUCLEARES EXTRAIDOS, AC. ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00463200 | ENDOMISIO, AC. IGA ANTI-(EMA IGA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00464000 | ENDOMISIO, AC. IGG ANTI-(EMA IGG) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00464800 | ENDOSULFAN I | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00464900 | ENDOSULFAN II | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00465200 | ENDOSULFAN SULFATO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00465200 | ENDOSULFAN SULFATO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00466600 | ENDRIN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00466600 | ENDRIN | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00467400 | ENTAMOEBA HISTOLYTICA, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00467400 | ENTAMOEBA HISTOLYTICA, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00467700 | ENTAMOEBA HISTOLYTICA, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00467700 | ENTAMOEBA HISTOLYTICA, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00469100 | ENTEROVIRUS - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00469100 | ENTEROVIRUS - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00470000 | ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ECA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00470000 | ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ECA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00470900 | EPSTEIN BARR, ANTI- EBNA (EPSTEIN BARR BUCLEAR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00470900 | EPSTEIN BARR, ANTI- EBNA (EPSTEIN BARR BUCLEAR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00471700 | EPSTEIN BARR, DNA CARGA VIRAL - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00471700 | EPSTEIN BARR, DNA CARGA VIRAL - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00472600 | EPSTEIN BARR, EARLY ANTIGEN. AC. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00472600 | EPSTEIN BARR, EARLY ANTIGEN. AC. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00473400 | ERITROPOYETINA (EPO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00473400 | ERITROPOYETINA (EPO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00475100 | ESPERMOGRAMA, DE CONDENSACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00475100 | ESPERMOGRAMA, DE CONDENSACION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00477700 | ESPERMOGRAMA, GRADIENTE DE PERCOLL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00478500 | ESPERMOGRAMA, HETEROGENEIDAD CROMATICA(NARANJA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00478500 | ESPERMOGRAMA, HETEROGENEIDAD CROMATICA(NARANJA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00484500 | ESPERMOGRAMA, ESPERMATOZOIDE AC.ANTI-DIRECTO (MAR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00484500 | ESPERMOGRAMA, ESPERMATOZOIDE AC.ANTI-DIRECTO (MAR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00485400 | ESPERMOGRAMA,ESPERMATOZOIDE AC. ANTI- INDIRECTO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00485400 | ESPERMOGRAMA,ESPERMATOZOIDE AC. ANTI- INDIRECTO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00485800 | ESPERMOGRAMA, MODULO I (ESPERMOGRAMA COMPLETO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00485900 | ESPERMOGRAMA, MODULO II (EIVE) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00486200 | ESPERMOGRAMA, MORFOLOGIA DE KRUGER | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00486200 | ESPERMOGRAMA, MORFOLOGIA DE KRUGER | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00489700 | ESPERMOGRAMA, PRUEBA DE SOBREVIDA ESPERMATICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00489700 | ESPERMOGRAMA, PRUEBA DE SOBREVIDA ESPERMATICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00492200 | ESPERMOGRAMA, STRES TEST | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00492200 | ESPERMOGRAMA, STRES TEST | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00493100 | ESPERMOGRAMA, SWIND-DOWN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00493900 | ESPERMOGRAMA, SWIM-UP - TEST D | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00494200 | ESPERMOGRAMA, SWIN-UP TEST DIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00496500 | ESPERMOGRAMA, TEST DE HIPERACT | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00498200 | ESPERMOGRAMA, TEST HIPOSMOTICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00498200 | ESPERMOGRAMA, TEST HIPOSMOTICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00498600 | ESPERMOGRAMA, TEST DE MOST | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00499900 | ESTEATOCRITO, (GRASAS EN MATERIA FECAL) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00499900 | ESTEATOCRITO, (GRASAS EN MATERIA FECAL) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00500800 | ESTIRENO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00500800 | ESTIRENO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00501600 | ESTRADIOL BIODISPONIBLE (E2 BIODISPONIBLE) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00501600 | ESTRADIOL BIODISPONIBLE (E2 BIODISPONIBLE) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00503300 | ESTRIOL LIBRE - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00503300 | ESTRIOL LIBRE - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00504300 | ETION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00504300 | ETION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00505000 | EUGLOBULINAS, LISIS DE (PRE Y POST-ISQUEMIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00505000 | EUGLOBULINAS, LISIS DE (PRE Y POST-ISQUEMIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00505300 | EVEROLIMUS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00505300 | EVEROLIMUS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00505500 | EXTASIS - MDMA ( INMUNOENSAYO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00505500 | EXTASIS - MDMA ( INMUNOENSAYO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00505900 | FACTOR DE COAGULACION II | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00505900 | FACTOR DE COAGULACION II | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00506700 | FACTOR DE COAGULACION XI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00506700 | FACTOR DE COAGULACION XI | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00507600 | FACTOR DE COAGULACION XII | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00507600 | FACTOR DE COAGULACION XII | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00507700 | FACTOR DE COAGULACION XIII | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00507700 | FACTOR DE COAGULACION XIII | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00508500 | FACTOR INTRINSECO,AC ANTI- EXTASIS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00508500 | FACTOR INTRINSECO,AC ANTI- EXTASIS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00509300 | FACTOR REUMATOIDEO (NEFELOMETRIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00509300 | FACTOR REUMATOIDEO (NEFELOMETRIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00510200 | FACTOR V LEIDEN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00510200 | FACTOR V LEIDEN | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00511600 | FACTOR VON WILLEBRAND, FUNCIONAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00511600 | FACTOR VON WILLEBRAND, FUNCIONAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00511900 | FACTOR VON WILLEBRAND, INMUNOLOGICO C/CALIBRACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00511900 | FACTOR VON WILLEBRAND, INMUNOLOGICO C/CALIBRACION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00512700 | FAMPHUR ( FAMFUR ) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00512700 | FAMPHUR ( FAMFUR ) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00513600 | FINCICLIDINA - FENILCICLOHEXILPIPERIDINA -PCP(IFP) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00513600 | FINCICLIDINA - FENILCICLOHEXILPIPERIDINA -PCP(IFP) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00514400 | FENILETILAMINA - F.E.A. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00514400 | FENILETILAMINA - F.E.A. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00520400 | FINOTOTRION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00520400 | FINOTOTRION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00521300 | FENOLES, EN ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00521300 | FENOLES, EN ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00523000 | FERRITINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00523000 | FERRITINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00523800 | FIBRINOGENO, PRODUCTOS DE DEGRADACION (P.D.F.) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00523800 | FIBRINOGENO, PRODUCTOS DE DEGRADACION (P.D.F.) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00524700 | FIBROSIS QUISTICA, 19 MUTACIONES-PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00524700 | FIBROSIS QUISTICA, 19 MUTACIONES-PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00525500 | FIBROSIS QUISTICA, 29 MUTACIONES-PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00525500 | FIBROSIS QUISTICA, 29 MUTACIONES-PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00525800 | FIBROSIS QUISTICA, 32 MUTACIONES -PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00525800 | FIBROSIS QUISTICA, 32 MUTACIONES -PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00527300 | FILIACION ESTUDIO DNA EXTRA(POR CADA AGREGADO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00528100 | FILIACION ESTUDIO DNA HASTA 3 | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00529000 | FISH WILLIAMS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00529000 | FISH WILLIAMS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00529800 | FK - 506 - TACROLIMUS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00529800 | FK - 506 - TACROLIMUS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00530700 | FORATO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00530700 | FORATO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00531900 | FOSFATASA ACIDA LEUCOCITARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00531900 | FOSFATASA ACIDA LEUCOCITARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00532400 | FOSFATASA ACIDA PROSTATICA (RIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00532400 | FOSFATASA ACIDA PROSTATICA (RIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00533200 | FOSFATASA ACIDA TARTRATO RESISTENTE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00533200 | FOSFATASA ACIDA TARTRATO RESISTENTE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00533500 | FOSFATASA ACIDA TARTRATO RESISTENTE LEUC. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00533500 | FOSFATASA ACIDA TARTRATO RESISTENTE LEUC. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00534900 | FOSFATASA ALCALINA OSEA (RIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00534900 | FOSFATASA ALCALINA OSEA (RIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00537500 | FOSFATIDIL COLINA, AC. IGG ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00537500 | FOSFATIDIL COLINA, AC. IGG ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00537800 | FOSFATIDIL COLINA, AC. IGM ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00537800 | FOSFATIDIL COLINA, AC. IGM ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00539200 | FOSFATIDIL GLICEROL, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00539200 | FOSFATIDIL GLICEROL, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00540900 | FOSFATIDIL INOSITOL, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00540900 | FOSFATIDIL INOSITOL, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00541200 | FOSFATIDIL INOSITOL, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00541200 | FOSFATIDIL INOSITOL, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00542400 | FOSFATIDIL SERINA, AC. IGA ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00542400 | FOSFATIDIL SERINA, AC. IGA ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00542600 | FOSFATIDIL SERINA, AC. IGG O AC TOTALES ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00542600 | FOSFATIDIL SERINA, AC. IGG O AC TOTALES ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00542800 | FOSFATIDIL SERINA, AC. IGM ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00542800 | FOSFATIDIL SERINA, AC. IGM ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00544300 | FOSFOHEXOSA ISOMERASA, SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00544300 | FOSFOHEXOSA ISOMERASA, SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00545200 | FOSFOLIPIDOS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00545200 | FOSFOLIPIDOS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00546100 | FOSFOLIPIDOS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00546100 | FOSFOLIPIDOS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00546500 | FOSFOLIPIDOS, AC. TOTALES ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00546500 | FOSFOLIPIDOS, AC. TOTALES ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00546900 | FREE ANDROGEN INDEX-FAI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00547200 | FRIEDRICH, ATAXIA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00547200 | FRIEDRICH, ATAXIA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00547800 | FRUCTOSA, LIQUIDO SEMINAL O SERICA O URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00547800 | FRUCTOSA, LIQUIDO SEMINAL O SERICA O URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00550300 | GAD, AC. ANTI- GLUTAMICO ACID DECARBOXILASA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00550300 | GAD, AC. ANTI- GLUTAMICO ACID DECARBOXILASA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00551200 | GALACTOSA 1-URIDIL FOSFOTRANSFERASA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00551200 | GALACTOSA 1-URIDIL FOSFOTRANSFERASA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00552000 | GAMMA - BHC | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00552000 | GAMMA - BHC | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00552900 | GANGLIOSIDO ASIALO GM1, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00552900 | GANGLIOSIDO ASIALO GM1, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00553300 | GANGLIOSIDO GD 1D, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00553300 | GANGLIOSIDO GD 1D, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00553700 | GANGLIOSIDO GM1, AC.(IGG + IGM) ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00553700 | GANGLIOSIDO GM1, AC.(IGG + IGM) ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00554100 | GANGLIOSIDO  QUADROSIALO, QG1B AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00554100 | GANGLIOSIDO  QUADROSIALO, QG1B AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00554600 | GANGLIOSIDOS PANEL, AC. (IGG + IGM) GM1 ASIALO, GM | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00554600 | GANGLIOSIDOS PANEL, AC. (IGG + IGM) GM1 ASIALO, GM | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00555500 | GENOTIPO DE RH (C/U) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00555500 | GENOTIPO DE RH (C/U) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00556300 | GENTAMICINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00556300 | GENTAMICINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00557200 | GLIADINA, AC. IGA ANTI - (AGA-IGA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00557200 | GLIADINA, AC. IGA ANTI - (AGA-IGA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00557600 | GLIADINA, AC. IGA ANTI- PEPTIDO DEAMINADO DE (DPG- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00557600 | GLIADINA, AC. IGA ANTI- PEPTIDO DEAMINADO DE (DPG- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00558000 | GLIADINA, AC. IGG  ANTI - (AGA-IGG) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00558000 | GLIADINA, AC. IGG  ANTI - (AGA-IGG) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00558300 | GLIADINA, AC. IGG ANTI- PEPTIDO DEAMINADO DE (DGP- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00558300 | GLIADINA, AC. IGG ANTI- PEPTIDO DEAMINADO DE (DGP- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00560600 | GLICOFORINA, CITOMETRIA DE FLUJO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00560600 | GLICOFORINA, CITOMETRIA DE FLUJO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00563200 | GLOBULINA LIGADORA DE ANDROGENOS Y ESTROGENOS (GLA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00563200 | GLOBULINA LIGADORA DE ANDROGENOS Y ESTROGENOS (GLA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00564900 | GLUCOCEREBROSIDASA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00564900 | GLUCOCEREBROSIDASA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00566600 | GLUTATION PEROXIDASA (GPO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00566600 | GLUTATION PEROXIDASA (GPO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00567400 | GQ1B AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00567400 | GQ1B AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00568500 | HAEMOPHILUS INFLUENZA, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00568500 | HAEMOPHILUS INFLUENZA, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00568700 | GRASAS EN MATERIA FECAL,CULITA HAEMOPHILUS INFLUEN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00568700 | GRASAS EN MATERIA FECAL,CULITA HAEMOPHILUS INFLUEN | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00569100 | HAEMOPHILUS INFLUENZA B, AC. AG - PLASMATICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00569100 | HAEMOPHILUS INFLUENZA B, AC. AG - PLASMATICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00569400 | HAEMOPHILUS INFLUENZA B, AC. AG - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00569400 | HAEMOPHILUS INFLUENZA B, AC. AG - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00570800 | HALOPERIDOL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00570800 | HALOPERIDOL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00571500 | HAM PRUEBA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00571500 | HAM PRUEBA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00572400 | HANTAVIRUS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00572400 | HANTAVIRUS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00572600 | HANTAVIRUS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00572600 | HANTAVIRUS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00574300 | HELICOBACTER PYLORI, AC. IGA A | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00574300 | HELICOBACTER PYLORI, AC. IGA A | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00575100 | HELICOBACTER PYLORI, AC. IGG | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00575100 | HELICOBACTER PYLORI, AC. IGG | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00576000 | HELICOBACTER PYLORI, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00576000 | HELICOBACTER PYLORI, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00577700 | HELICOBACTER PYLORI, CULTIVO-TIPIFICACION PARA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00577700 | HELICOBACTER PYLORI, CULTIVO-TIPIFICACION PARA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00578000 | HEMATIES, PRUEBA ELUCION ACIDA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00578000 | HEMATIES, PRUEBA ELUCION ACIDA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00578500 | HEMOCROMATOSIS, GEN HH - PCR (HEMOCROMATOSIS HERE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00578500 | HEMOCROMATOSIS, GEN HH - PCR (HEMOCROMATOSIS HERE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00579400 | HEMOCROMATOSIS, MUTACION C282Y Y H63D | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00579400 | HEMOCROMATOSIS, MUTACION C282Y Y H63D | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00579700 | HEMOCULTIVO AEROBIOS AUTOMATIZADO (C/U) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00579700 | HEMOCULTIVO AEROBIOS AUTOMATIZADO (C/U) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00580200 | HEMOGLOBNINA A1 (HB A1) ELECTROFORESIS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00580200 | HEMOGLOBNINA A1 (HB A1) ELECTROFORESIS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00581100 | HEMOGLOBINA A2 (HBA2) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00581100 | HEMOGLOBINA A2 (HBA2) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00582000 | HEMOGLOBINA FETAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00582000 | HEMOGLOBINA FETAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00582800 | HEMOGLOBINA S | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00582800 | HEMOGLOBINA S | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00583700 | HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOSCTURNA X CF | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00583700 | HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOSCTURNA X CF | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00585400 | HEMOSIDERINURIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00585400 | HEMOSIDERINURIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00587100 | HEPARINA, ACTIVIDAD ANTI X A DE LA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00587100 | HEPARINA, ACTIVIDAD ANTI X A DE LA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00588800 | HEPATITIS A, AC. ANTI- IGG (HVA IGG) O AC. TOTALES | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00588800 | HEPATITIS A, AC. ANTI- IGG (HVA IGG) O AC. TOTALES | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00589600 | HEPATITIS B, AC. ANTI- EHEPATITIS B, AC. ANTI- E | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00589600 | HEPATITIS B, AC. ANTI- EHEPATITIS B, AC. ANTI- E | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00590500 | HEPATITIS B, AC. ANTI- 'CORE' IGM (HBCM) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00590500 | HEPATITIS B, AC. ANTI- 'CORE' IGM (HBCM) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00591400 | HEPATITIS B, CARGA VIRAL (AMPLICOR) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00591400 | HEPATITIS B, CARGA VIRAL (AMPLICOR) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00593100 | HEPATITIS B, DNA VIRAL (HBV-DNA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00593100 | HEPATITIS B, DNA VIRAL (HBV-DNA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00595600 | HEPATITIS C, CARGA VIRAL - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00595600 | HEPATITIS C, CARGA VIRAL - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00596500 | HEPATITIS C, GENOTIPIFICACION - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00596500 | HEPATITIS C, GENOTIPIFICACION - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00597300 | HEPATITIS C, RNA - CUALITATIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00597300 | HEPATITIS C, RNA - CUALITATIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00598200 | HEPATITIS C, RNA CUALITATIVO - | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00598200 | HEPATITIS C, RNA CUALITATIVO - | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00599000 | HEPATITIS DELTA, AC. IGG O TOTALES ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00599000 | HEPATITIS DELTA, AC. IGG O TOTALES ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00599300 | HEPATITIS DELTA, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00599300 | HEPATITIS DELTA, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00600800 | HEPATITIS E, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00600800 | HEPATITIS E, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00601600 | HEPTACLORO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00601600 | HEPTACLORO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00601900 | HEPTACLORO HEPOXIDE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00601900 | HEPTACLORO HEPOXIDE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00602800 | HER 2/NEU - ERBB2 | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00602800 | HER 2/NEU - ERBB2 | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00603400 | HERPES SIMPLEX, 1/2 ANTIC. TOTALES (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00603400 | HERPES SIMPLEX, 1/2 ANTIC. TOTALES (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00603700 | HERPES SIMPLEX, 1/2 - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00603700 | HERPES SIMPLEX, 1/2 - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00604000 | HERPES SIMPLEX 1, AC. IGA ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00604000 | HERPES SIMPLEX 1, AC. IGA ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00604200 | HERPES SIMPLEX 1, AC. IGG O TOTALES ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00604200 | HERPES SIMPLEX 1, AC. IGG O TOTALES ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00605000 | HERPES SIMPLEX 1, AC. IGM ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00605000 | HERPES SIMPLEX 1, AC. IGM ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00605900 | HERPES SIMPLEX 2, AC. IGA ANT | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00605900 | HERPES SIMPLEX 2, AC. IGA ANT | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00606700 | HERPES SIMPLEX 2, AC. IGG O TO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00606700 | HERPES SIMPLEX 2, AC. IGG O TO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00607600 | HERPES SIMPLEX 2, AC. IGM ANT | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00607600 | HERPES SIMPLEX 2, AC. IGM ANT | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00608400 | HERPES SIMPLEX, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00608400 | HERPES SIMPLEX, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00609300 | HERPES VIRUS 6 HUMAN, AC. IGG (HHV6.IGG) ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00609300 | HERPES VIRUS 6 HUMAN, AC. IGG (HHV6.IGG) ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00609600 | HERPES VIRUS 6 HUMAN, AC. IGM (HHV6.IGM) ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00609600 | HERPES VIRUS 6 HUMAN, AC. IGM (HHV6.IGM) ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00611000 | HERPES VIRUS 7, AC IGG ANTI- HHV | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00611000 | HERPES VIRUS 7, AC IGG ANTI- HHV | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00611300 | HERPES VIRUS 7, AC IGM ANTI- HHV | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00611300 | HERPES VIRUS 7, AC IGM ANTI- HHV | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00613600 | HEXANO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00613600 | HEXANO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00614400 | HEXANODIONA.(2,5-) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00614400 | HEXANODIONA.(2,5-) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00615300 | HEXOSAMINIDASA TOTAL,A Y B | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00615300 | HEXOSAMINIDASA TOTAL,A Y B | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00616100 | HIDATIDOSIS, AC. IGG O TOTALES ANTI- (ELISA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00616100 | HIDATIDOSIS, AC. IGG O TOTALES ANTI- (ELISA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00616300 | HIDATIDOSIS, AC. IGG O TOTALES ANTI- (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00616300 | HIDATIDOSIS, AC. IGG O TOTALES ANTI- (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00617000 | HIDATIDOSIS, AC. IGM ANTI- (ELISA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00617000 | HIDATIDOSIS, AC. IGM ANTI- (ELISA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00617300 | HIDATIDOSIS, AC. IGM ANTI- (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00617300 | HIDATIDOSIS, AC. IGM ANTI- (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00618300 | HIDROCARBUROS ALIFATICOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00618300 | HIDROCARBUROS ALIFATICOS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00618700 | HIDROCARBUROS AROMATICOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00618700 | HIDROCARBUROS AROMATICOS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00620400 | HIDROXIPIRENO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00620400 | HIDROXIPIRENO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00620900 | HIERRO, MEDULA OSEA (MO)- TINCION DE PERLS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00620900 | HIERRO, MEDULA OSEA (MO)- TINCION DE PERLS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00621100 | HIERRO, TINCION DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00621100 | HIERRO, TINCION DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00621300 | HIERRO -URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00621300 | HIERRO -URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00622200 | HISTAMINA - PLASMATICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00622200 | HISTAMINA - PLASMATICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00622500 | HISTAMINA - URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00622500 | HISTAMINA - URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00623800 | HISTONA, AC ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00623800 | HISTONA, AC ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00624700 | HISTOPLASMA CAPSULATUM, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00624700 | HISTOPLASMA CAPSULATUM, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00625500 | HISTOPLASMA CAPSULATUM, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00625500 | HISTOPLASMA CAPSULATUM, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00626400 | HIV, PCR DNA VIRAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00626400 | HIV, PCR DNA VIRAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00627200 | HIV, 1 ANTI-P-24 (CORE) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00627200 | HIV, 1 ANTI-P-24 (CORE) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00627500 | HIV - P-24 (ANTIGENEMIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00627500 | HIV - P-24 (ANTIGENEMIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00627800 | HIV - P-24 - HIV 1 Y 2 (COMBO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00627800 | HIV - P-24 - HIV 1 Y 2 (COMBO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00628100 | HIV, RESISTENCIA A ANTIRRETRO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00628100 | HIV, RESISTENCIA A ANTIRRETRO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00628400 | INTEGRASA RESISTENCIA A LOS INHIBIDORES | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00630000 | HLA A, MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00630000 | HLA A, MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00630300 | HLA B MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00630300 | HLA B MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00630700 | HLA A,B MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00630700 | HLA A,B MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00633200 | HLA B 27 MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00633200 | HLA B 27 MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00633700 | HLA B5701 ABACAVIR (HIPERSENSIBILIDAD) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00634100 | HLA C, MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00634100 | HLA C, MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00640100 | HLA DQ MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00640100 | HLA DQ MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00640900 | HLA DR CITOMETRIA FLUJO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00640900 | HLA DR CITOMETRIA FLUJO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00642600 | HLA DR MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00642600 | HLA DR MOLECULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00645200 | HOMOCISTEINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00645200 | HOMOCISTEINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00645500 | HOMOCISTEINA, ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00645500 | HOMOCISTEINA, ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00648600 | HOWELL, TEST (PLASMA RECALCIFICADO, TIEMPO DE) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00648600 | HOWELL, TEST (PLASMA RECALCIFICADO, TIEMPO DE) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00652900 | HTLV-1 AC | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00652900 | HTLV-1 AC | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00653300 | HTLV-1 PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00653300 | HTLV-1 PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00653700 | HTLV - I/II | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00653700 | HTLV - I/II | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00654000 | HTLV, CONFIRMATORIO (WESTERN BLOT) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00654000 | HTLV, CONFIRMATORIO (WESTERN BLOT) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00655400 | HU (ANNA-1) AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00655400 | HU (ANNA-1) AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00656000 | IA2, AC. ANTI- (AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00656000 | IA2, AC. ANTI- (AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00658500 | IGA BC- LAGRIMA- INMUNOGLOBULINA A BAJA CONCENTRA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00658500 | IGA BC- LAGRIMA- INMUNOGLOBULINA A BAJA CONCENTRA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00658700 | IGA BC- LCR- INMUNOGLOBULINA A BAJA CONCENTRACION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00658900 | IGA BC - SALIVA - INMUNOGLOBULINA A BAJA CONCENTRA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00658900 | IGA BC - SALIVA - INMUNOGLOBULINA A BAJA CONCENTRA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00659700 | IGE BC - INMUNOGLOBULINA E BAJA CONCENTRACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00659700 | IGE BC - INMUNOGLOBULINA E BAJA CONCENTRACION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00660000 | IGE BC- INMUNOGLOBULINA E BAJA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00660000 | IGE BC- INMUNOGLOBULINA E BAJA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00660200 | IGE BC - LCR - INMUNOGLOBULINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00660600 | IGE ESPECIFICA - INMUNOGLOBULINA ESPECIFICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00660600 | IGE ESPECIFICA - INMUNOGLOBULINA ESPECIFICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00661400 | IGE RAST,  PARA ANTIBIOTICOS (INCLUYE PENICILINAS) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00661400 | IGE RAST,  PARA ANTIBIOTICOS (INCLUYE PENICILINAS) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00664000 | IGG- INMUNOGLOBULINA G, INDICE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00664000 | IGG- INMUNOGLOBULINA G, INDICE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00664800 | IGG-LCR INMUNOGLOBULINA G EN LIQUIDO CEFALO RAQUI | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00665700 | IGG SUBCLASES  (MODULO 4 SUBCLASES) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00665700 | IGG SUBCLASES  (MODULO 4 SUBCLASES) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00667400 | IGM. LCR - INMUNOGLOBULINA M EN LIQUIDO CEFALO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00667600 | IGM - INMUNOGLOBULINA M - BAJA CONCENTRACION EN SA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00667600 | IGM - INMUNOGLOBULINA M - BAJA CONCENTRACION EN SA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00670000 | INDICAN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00670000 | INDICAN | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00670800 | INDICE DE INSULINO RESISTENCIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00670800 | INDICE DE INSULINO RESISTENCIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00671100 | INDICE DE FUNCION RENAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00671100 | INDICE DE FUNCION RENAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00671300 | INDICE DE LESION RENAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00671300 | INDICE DE LESION RENAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00671700 | INDICE DE PRODUCCION RETICULOCITARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00671700 | INDICE DE PRODUCCION RETICULOCITARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00672500 | INFLUENZA A, ANTIGENO (AG.) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00672500 | INFLUENZA A, ANTIGENO (AG.) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00673000 | INFLUENZA A, ANTIGENOS (AGS) S | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00673000 | INFLUENZA A, ANTIGENOS (AGS) S | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00673400 | INFLUENZA A, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00673400 | INFLUENZA A, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00674200 | INFLUENZA A, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00674200 | INFLUENZA A, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00675100 | INFLUENZA B, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00675100 | INFLUENZA B, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00676000 | INFLUENZA B, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00676000 | INFLUENZA B, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00676800 | INFLUENZA B, ANTIGENO (AG.) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00676800 | INFLUENZA B, ANTIGENO (AG.) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00678800 | INHIBINA B- SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00678800 | INHIBINA B- SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00681900 | INMUNOCOMPLEJOS CIRCULANTES (CIC) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00681900 | INMUNOCOMPLEJOS CIRCULANTES (CIC) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00684500 | INMUNOFENOTIPO SUBPOBLACIONES | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00684500 | INMUNOFENOTIPO SUBPOBLACIONES | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00684800 | INMUNOFIJACION - LCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00684800 | INMUNOFIJACION - LCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00685000 | INMUNOFIJACION - SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00685000 | INMUNOFIJACION - SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00685200 | INMUNOFIJACION - URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00685200 | INMUNOFIJACION - URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00686200 | INSULINA, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00686200 | INSULINA, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00687100 | INTERFERON GAMMA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00687100 | INTERFERON GAMMA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00687900 | INTERLEUQUINA (C/U) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00687900 | INTERLEUQUINA (C/U) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00688800 | IODO-AZIDA PRUEBA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00688800 | IODO-AZIDA PRUEBA DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00689600 | IONOGRAMA EN MATERIA FECAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00689600 | IONOGRAMA EN MATERIA FECAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00689800 | IRREGULARES ANTICUERPOS, CUALITATIVO. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00689800 | IRREGULARES ANTICUERPOS, CUALITATIVO. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00690500 | ISLOTE LANGERHANS PANCREATICOS, AC. ANTI- (ICA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00690500 | ISLOTE LANGERHANS PANCREATICOS, AC. ANTI- (ICA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00692200 | JO-1, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00692200 | JO-1, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00692500 | KREMER TEST DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00692500 | KREMER TEST DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00693000 | LA/SSB, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00693000 | LA/SSB, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00693600 | LACTOFERRINA. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00693600 | LACTOFERRINA. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00693900 | LACTOSA, TOLERANCIA A LA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00693900 | LACTOSA, TOLERANCIA A LA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00694700 | LC-1, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00694700 | LC-1, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00695600 | LEGIONELLA PNEUMOPHILA, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00695600 | LEGIONELLA PNEUMOPHILA, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00695800 | LEGIONELLA PNEUMOPHILA, AC IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00695800 | LEGIONELLA PNEUMOPHILA, AC IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00698200 | LEPTINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00698200 | LEPTINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00699000 | LEPTOSPIRA, MICROAGLUTINACION.ANTI- (ELISA/IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00699000 | LEPTOSPIRA, MICROAGLUTINACION.ANTI- (ELISA/IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00699900 | LEPTOSPIRA, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00699900 | LEPTOSPIRA, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00700700 | LEPTOSPIRA, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00700700 | LEPTOSPIRA, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00701000 | LEPTOSPIRA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00701000 | LEPTOSPIRA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00701300 | LEPTOSPIRA (CULTIVO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00701300 | LEPTOSPIRA (CULTIVO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00702200 | LEUCEMIAS AGUDAS, FENOTIPIFICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00702200 | LEUCEMIAS AGUDAS, FENOTIPIFICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00706400 | LEVADURAS TIPIFICACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00706400 | LEVADURAS TIPIFICACION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00707600 | LEVODOPA - SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00707600 | LEVODOPA - SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00707900 | LEVODOPA - URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00707900 | LEVODOPA - URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00711900 | LINDANE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00711900 | LINDANE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00717000 | LIPASA - URINARIA (LIPASURIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00717000 | LIPASA - URINARIA (LIPASURIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00718700 | LIPOPROTEINA A - LP(A) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00718700 | LIPOPROTEINA A - LP(A) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00723000 | LISTERIA, CULTIVO PARA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00723000 | LISTERIA, CULTIVO PARA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00724000 | LISTERIA MONOCITOGENES, AC IGM | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00724000 | LISTERIA MONOCITOGENES, AC IGM | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00727200 | LKM, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00727200 | LKM, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00727800 | MACROMILASA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00727800 | MACROMILASA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00728400 | MACRO CK | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00728400 | MACRO CK | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00728900 | MACROPROLACTINEMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00728900 | MACROPROLACTINEMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00730000 | MAGNESIO - ERITROCITARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00730000 | MAGNESIO - ERITROCITARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00730400 | MAGNESIO - PELO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00730400 | MAGNESIO - PELO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00731500 | MAG-SGPG, AC IGM | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00731500 | MAG-SGPG, AC IGM | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00731900 | MALATION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00731900 | MALATION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00732400 | MALON DIALDEHIDO -TBARS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00732400 | MALON DIALDEHIDO -TBARS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00733800 | MANGANESO - PELO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00733800 | MANGANESO - PELO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00734100 | MANGANESO, SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00734100 | MANGANESO, SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00734300 | MANGANESO - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00734300 | MANGANESO - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00734900 | MAO PLAQUETARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00734900 | MAO PLAQUETARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00735300 | MARCADORES PRONOSTICO DE LLC (CITOMETRIA DE FLUJO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00735300 | MARCADORES PRONOSTICO DE LLC (CITOMETRIA DE FLUJO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00737500 | MERCURIO - PELO (HG-PELO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00737500 | MERCURIO - PELO (HG-PELO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00739200 | METACUALONA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00739200 | METACUALONA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00740100 | METADONA (FPIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00740100 | METADONA (FPIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00740900 | METAHEMOGLOBINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00740900 | METAHEMOGLOBINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00742600 | METANEFRINAS LIBRES - LPASMATICAS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00742600 | METANEFRINAS LIBRES - LPASMATICAS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00743500 | METANOL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00743500 | METANOL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00743900 | METAPNEUROVIRUS HUMANO, AG.(HMPV) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00743900 | METAPNEUROVIRUS HUMANO, AG.(HMPV) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00744300 | METIL ETIL CETONA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00744300 | METIL ETIL CETONA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00744900 | METIL PARATHION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00744900 | METIL PARATHION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00745400 | METIL TRITION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00745400 | METIL TRITION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00746000 | METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA (MTHRT) - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00746000 | METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA (MTHRT) - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00747700 | METIONINA - PRUEBA DE SOBRECARGA (DOS DETERMINAC) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00747700 | METIONINA - PRUEBA DE SOBRECARGA (DOS DETERMINAC) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00748600 | METOTREXATO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00748600 | METOTREXATO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00750300 | MICROGLOBULINA BETA 2 | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00750300 | MICROGLOBULINA BETA 2 | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00752000 | MICROSPORIDIA INVESTIGACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00752000 | MICROSPORIDIA INVESTIGACION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00752700 | MIELOPEROXIDASA, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00752700 | MIELOPEROXIDASA, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00752900 | MIELOPEROXIDASA ( CITOQUIMICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00752900 | MIELOPEROXIDASA ( CITOQUIMICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00753700 | MIOCARDIO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00753700 | MIOCARDIO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00754600 | MIOGLOBINA, SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00754600 | MIOGLOBINA, SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00755000 | MIOGLOBINA - URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00755000 | MIOGLOBINA - URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00757100 | MITOCONDRIAL M2, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00757100 | MITOCONDRIAL M2, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00758000 | MONOSACARIDOS ( CROMATOGRAFIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00758000 | MONOSACARIDOS ( CROMATOGRAFIA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00759700 | MOPEG -3-METOXI 4-HIDROXI FENIL ETIL GLIC | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00759700 | MOPEG -3-METOXI 4-HIDROXI FENIL ETIL GLIC | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00760600 | MUCOPOLISACARIDOS - URINARIOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00760600 | MUCOPOLISACARIDOS - URINARIOS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00761400 | MUCOSA GASTRICA, AC. ANTI- (CELULAS PARIETALES AC. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00761400 | MUCOSA GASTRICA, AC. ANTI- (CELULAS PARIETALES AC. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00762100 | MUCOSEMEN CRUZADO ( METODO MICROSCOPICO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00762100 | MUCOSEMEN CRUZADO ( METODO MICROSCOPICO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00762600 | MULTIRRESISTENCIA VIGILANCIA DE BACTERIAS RESISTEN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00762600 | MULTIRRESISTENCIA VIGILANCIA DE BACTERIAS RESISTEN | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00763100 | MUSCULO ESTRIADO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00763100 | MUSCULO ESTRIADO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00763600 | MUSK, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00763600 | MUSK, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00765700 | MYCOBACTERIA SP, HEMOCULTIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00765700 | MYCOBACTERIA SP, HEMOCULTIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00766900 | MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, DNA -PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00766900 | MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, DNA -PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00769100 | MYCOPLASMA - UREAPLASMA, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00769100 | MYCOPLASMA - UREAPLASMA, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00770000 | MYCOPLASMA - UREAPLASMA, CULTIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00770000 | MYCOPLASMA - UREAPLASMA, CULTIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00770800 | MYCOPLASMA HOMINIS, AISLAMIENTO-CULTIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00770800 | MYCOPLASMA HOMINIS, AISLAMIENTO-CULTIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00771700 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00771700 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00772500 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE, ANTIGEN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00772500 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE, ANTIGEN | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00774200 | N,N-DIMETILTRIPTAMINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00774200 | N,N-DIMETILTRIPTAMINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00775100 | NEONATAL, 17-OH-HIDROXIPROGEST | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00775100 | NEONATAL, 17-OH-HIDROXIPROGEST | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00775900 | NEONATAL, BIOTINIDASA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00775900 | NEONATAL, BIOTINIDASA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00776800 | NEONATAL, GALACTOSEMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00776800 | NEONATAL, GALACTOSEMIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00777300 | NEONATAL, LEUCINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00777300 | NEONATAL, LEUCINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00777700 | NEONATAL, T.I.R. (TRIPSINA INMUNOREATIVA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00777700 | NEONATAL, T.I.R. (TRIPSINA INMUNOREATIVA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00778500 | NEONATAL, T.S.H. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00778500 | NEONATAL, T.S.H. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00779400 | NEUMOCOCO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00779400 | NEUMOCOCO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00780200 | NEURON SPECIFIC ENOLASE - NSE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00780200 | NEURON SPECIFIC ENOLASE - NSE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00782800 | NIQUEL URINARIO (NI URINARIO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00782800 | NIQUEL URINARIO (NI URINARIO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00783600 | NITROGENO NO PROTEICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00783600 | NITROGENO NO PROTEICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00784500 | NORMETANEFRINA, URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00784500 | NORMETANEFRINA, URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00785300 | NORTRIPTILINA, PLASMATICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00785300 | NORTRIPTILINA, PLASMATICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00786200 | N TELOPEPTIDOS - COLAGENO I | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00786200 | N TELOPEPTIDOS - COLAGENO I | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00787100 | NUCLEOLO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00787100 | NUCLEOLO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00788200 | OPIACEOS - CONFIRMATORIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00788200 | OPIACEOS - CONFIRMATORIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00790500 | ORTO CRESOL ( 2 - METILFENOL) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00790500 | ORTO CRESOL ( 2 - METILFENOL) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00791300 | ORTO METIL BUFOTENINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00791300 | ORTO METIL BUFOTENINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00791900 | ORTO, O, O TIETILFOSFOROTOATO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00791900 | ORTO, O, O TIETILFOSFOROTOATO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00792600 | OSMOLALIDAD, URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00792600 | OSMOLALIDAD, URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00793900 | OSTEOCALCINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00793900 | OSTEOCALCINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00794700 | OVARIO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00794700 | OVARIO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00799000 | PAI 4G/5G | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00799000 | PAI 4G/5G | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00799900 | PANEL HEPATICO INMUNOLOGICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00799900 | PANEL HEPATICO INMUNOLOGICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00800900 | PAPILOMA VIRUS HUMANO - HPV ( CARGA VIRAL ) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00800900 | PAPILOMA VIRUS HUMANO - HPV ( CARGA VIRAL ) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00801100 | PAPILOMA VIRUS HUMANO - HPV ( GENOTIPIFICACION PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00801100 | PAPILOMA VIRUS HUMANO - HPV ( GENOTIPIFICACION PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00801800 | PAPP-A (PROTEINA A PLASMATICA ASOCIADA A EMBARAZO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00801800 | PAPP-A (PROTEINA A PLASMATICA ASOCIADA A EMBARAZO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00812700 | PARACOCCIDIOIDES, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00812700 | PARACOCCIDIOIDES, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00813500 | PARAINFLUENZA I, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00813500 | PARAINFLUENZA I, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00813700 | PARAINFLUENZA I, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00813700 | PARAINFLUENZA I, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00813900 | PARAINFLUENZA I, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00813900 | PARAINFLUENZA I, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00814200 | PARAINFLUENZA II, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00814200 | PARAINFLUENZA II, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00814400 | PARAINFLUENZA II, AC IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00814400 | PARAINFLUENZA II, AC IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00814600 | PARAINFLUENZA II, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00814600 | PARAINFLUENZA II, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00814900 | PARAINFLUENZA III, AC.ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00814900 | PARAINFLUENZA III, AC.ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00815100 | PARAINFLUENZA III, AC. IGM ANT | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00815100 | PARAINFLUENZA III, AC. IGM ANT | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00815300 | PARAINFLUENZA III, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00815300 | PARAINFLUENZA III, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00815600 | PARANITROFENOL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00815600 | PARANITROFENOL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00816100 | PARATHORMONA PTH (MOLECULA MEDIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00816100 | PARATHORMONA PTH (MOLECULA MEDIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00817000 | PARATION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00817000 | PARATION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00817800 | PAROTIDITIS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00817800 | PAROTIDITIS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00818700 | PAROTIDITIS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00818700 | PAROTIDITIS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00819500 | PAROTIDITIS, AC. ESPECIF. POR FC | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00819500 | PAROTIDITIS, AC. ESPECIF. POR FC | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00822900 | PARVOVIRUS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00822900 | PARVOVIRUS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00823800 | PARVOVIRUS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00823800 | PARVOVIRUS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00825000 | PENFIGOIDE AC. ANTI- (MEMBRANA BASAL EN PIEL AC. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00825000 | PENFIGOIDE AC. ANTI- (MEMBRANA BASAL EN PIEL AC. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00827200 | PENTACLOROFENOL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00827200 | PENTACLOROFENOL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00828100 | PEPTIDO C | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00828100 | PEPTIDO C | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00828400 | PEPTIDO CITRULINADO CICLICO - AC. ANTI- IGG | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00828400 | PEPTIDO CITRULINADO CICLICO - AC. ANTI- IGG | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00828600 | PEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00828600 | PEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00828900 | PEPTIDO PROCOLAGENO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00828900 | PEPTIDO PROCOLAGENO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00829800 | PERFIL LIPIDICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00829800 | PERFIL LIPIDICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00831500 | PEROXIDASA TIROIDEO,  AC. ANTI- (ATPPO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00831500 | PEROXIDASA TIROIDEO,  AC. ANTI- (ATPPO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00832700 | PESTICIDAS NITROGENADOS - C/U | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00832700 | PESTICIDAS NITROGENADOS - C/U | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00833200 | PESTICIDAS ORGANOCLORADOS (PLAGUICIDAS), URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00833200 | PESTICIDAS ORGANOCLORADOS (PLAGUICIDAS), URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00833700 | PESTICIDAS ORGANOFOSFORADOS (PLAGUICIDAS PARATHION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00833700 | PESTICIDAS ORGANOFOSFORADOS (PLAGUICIDAS PARATHION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00834800 | PIRIDINOLINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00834800 | PIRIDINOLINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00835800 | PLAQUETARIA ADHESIVIDAD | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00835800 | PLAQUETARIA ADHESIVIDAD | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00836600 | PLAQUETARIA AGREGACION ( CON 6 INDUCTORES ) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00836600 | PLAQUETARIA AGREGACION ( CON 6 INDUCTORES ) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00838300 | PLASMINOGENO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00838300 | PLASMINOGENO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00838500 | PLASMINOGENO ACTIVADOR TISULAR DE PAI 1 (BIOLOGICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00838500 | PLASMINOGENO ACTIVADOR TISULAR DE PAI 1 (BIOLOGICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00838700 | PLASMINOGENO INHIBIDOR DEL ACTIVADOR TISULAR DEL P | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00838700 | PLASMINOGENO INHIBIDOR DEL ACTIVADOR TISULAR DEL P | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00839300 | PLASMODIUM SP, ANTIGENO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00839300 | PLASMODIUM SP, ANTIGENO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00839700 | PLATA (AG) - SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00839700 | PLATA (AG) - SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00840000 | PLATA (AG) - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00840000 | PLATA (AG) - URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00840900 | PLOMO (PB) . PELO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00840900 | PLOMO (PB) . PELO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00842600 | PNEUMOCYSTIS CARINII, IFD | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00842600 | PNEUMOCYSTIS CARINII, IFD | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00843500 | PODER BACTERICIDA DEL SUERO (PBS) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00843500 | PODER BACTERICIDA DEL SUERO (PBS) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00844000 | PODER INHIBITORIO DEL SUERO (P.I.S) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00844000 | PODER INHIBITORIO DEL SUERO (P.I.S) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00845000 | POLIMORFISMO IL 28B | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00845000 | POLIMORFISMO IL 28B | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00846000 | POLIMORFONUCLEARES, QUIMIOTAXIS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00846000 | POLIMORFONUCLEARES, QUIMIOTAXIS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00846300 | POLIOMAVIRUS BK, CARGA VIRAL - SANGRE U ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00846300 | POLIOMAVIRUS BK, CARGA VIRAL - SANGRE U ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00846400 | POLIOMAVIRUS BK, PCR - SANGRE U ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00846400 | POLIOMAVIRUS BK, PCR - SANGRE U ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00846600 | POLIOMAVIRUS JC, CARGA VIRAL - SANGRE U ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00846600 | POLIOMAVIRUS JC, CARGA VIRAL - SANGRE U ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00846700 | POLIOMAVIRUS JC, PCR - SANGRE U ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00846700 | POLIOMAVIRUS JC, PCR - SANGRE U ORINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00848600 | PORFIRINAS EN SANGRE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00848600 | PORFIRINAS EN SANGRE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00848900 | PORFIRINAS, INDICE DE - PLASMATICAS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00848900 | PORFIRINAS, INDICE DE - PLASMATICAS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00849300 | PORFIRINAS TOTALES - EROTRICITARIAS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00849300 | PORFIRINAS TOTALES - EROTRICITARIAS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00852900 | PORFOBILINOGENO, CUANTITATIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00852900 | PORFOBILINOGENO, CUANTITATIVO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00854600 | PREALBUMINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00854600 | PREALBUMINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00855400 | PRO PNB- PROHORMONA PEPTIDO NATRIURETICO CEREBRAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00855400 | PRO PNB- PROHORMONA PEPTIDO NATRIURETICO CEREBRAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00856300 | PROCALCITONINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00856300 | PROCALCITONINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00858000 | PROGESTERONA 17-HIDROXI (17-OH-PG) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00858000 | PROGESTERONA 17-HIDROXI (17-OH-PG) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00858400 | PROMETRYN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00858400 | PROMETRYN | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00858800 | PROPAZINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00858800 | PROPAZINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00859700 | PROPOXIFENO-NORPROPOXIFENO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00859700 | PROPOXIFENO-NORPROPOXIFENO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00860600 | PROTEINA BASICA DE MIELINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00860600 | PROTEINA BASICA DE MIELINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00861400 | PROTEINA C FUNCIONAL - CROMOGENICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00861400 | PROTEINA C FUNCIONAL - CROMOGENICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00862300 | PROTEINA C REACTIVA - ULTRASENSIBLE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00862300 | PROTEINA C REACTIVA - ULTRASENSIBLE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00863100 | PROTEINA S LIBRE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00863100 | PROTEINA S LIBRE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00864000 | PROTEINA S TOTAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00864000 | PROTEINA S TOTAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00864800 | PROTEINA S FUNCIONAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00864800 | PROTEINA S FUNCIONAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00865600 | PROTEINASA 3(PR3), AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00865600 | PROTEINASA 3(PR3), AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00866500 | PROTEINOGRAMA DE LCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00866500 | PROTEINOGRAMA DE LCR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00868200 | PROTOPORFIRINA ERITROCITARIA LIBRE (FEP) ZINC PRO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00868200 | PROTOPORFIRINA ERITROCITARIA LIBRE (FEP) ZINC PRO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00869100 | PROTROMBINA 20.210 | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00869100 | PROTROMBINA 20.210 | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00873400 | QUERATINOCITOS (PIEL) AC. ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00873400 | QUERATINOCITOS (PIEL) AC. ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00876800 | QUINIDINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00876800 | QUINIDINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00878000 | REARREGLO DE IGH/FGFR3, ESTUDIO PARA (FISH) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00878000 | REARREGLO DE IGH/FGFR3, ESTUDIO PARA (FISH) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00878300 | REARREGLO DE IGH/MAF, ESTUDIO PARA (FISH) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00878300 | REARREGLO DE IGH/MAF, ESTUDIO PARA (FISH) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00879400 | REARREGLO DEL TCR (CITOMETRIA DE FLUJO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00879400 | REARREGLO DEL TCR (CITOMETRIA DE FLUJO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00880200 | RECEPTOR DE TSH, AC. ANTI- (TRAB'S) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00880200 | RECEPTOR DE TSH, AC. ANTI- (TRAB'S) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00881300 | RECEPTORES HORMONALES INDICE DE PROLIFERACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00881300 | RECEPTORES HORMONALES INDICE DE PROLIFERACION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00881600 | RECEPTOR SOLUBLE DE TRANSFERRINA (STRF) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00881600 | RECEPTOR SOLUBLE DE TRANSFERRINA (STRF) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00881900 | RENINA-ANGIOTENSINA/RENINA ACTIVA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00881900 | RENINA-ANGIOTENSINA/RENINA ACTIVA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00882800 | RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00882800 | RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00883600 | RETICULINA, AC. ANTI- (ARA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00883600 | RETICULINA, AC. ANTI- (ARA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00885300 | RI (ANNA-2)AC. ANTI-(NEURONAL NUCLEAR-2) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00885300 | RI (ANNA-2)AC. ANTI-(NEURONAL NUCLEAR-2) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00886000 | RIBOSOMAL, AC. ANTI-PROTEINA P(ANTI-RIV P9 | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00886000 | RIBOSOMAL, AC. ANTI-PROTEINA P(ANTI-RIV P9 | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00887000 | RICKETTSIAS PROWAZEKII, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00887000 | RICKETTSIAS PROWAZEKII, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00887400 | RICKETTSIAS TYPHI, AC. IGG ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00887400 | RICKETTSIAS TYPHI, AC. IGG ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00889600 | RNP, AC. ANTI- (RIBONUCLEOPROT | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00889600 | RNP, AC. ANTI- (RIBONUCLEOPROT | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00890500 | RO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00890500 | RO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00891800 | ROSA DE BENGALA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00891800 | ROSA DE BENGALA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00893000 | ROTAVIRUS - AG- AC. MN(ELISA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00893000 | ROTAVIRUS - AG- AC. MN(ELISA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00893400 | ROTAVIRUS ACC | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00893400 | ROTAVIRUS ACC | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00893900 | ROTAVIRUS, AG. EN HECES | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00893900 | ROTAVIRUS, AG. EN HECES | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00894700 | SACAROSA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00894700 | SACAROSA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00895400 | ASCA- SACCHAROMYSES CEREVISIAE, AC. ANTI- IGA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00895400 | ASCA- SACCHAROMYSES CEREVISIAE, AC. ANTI- IGA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00895600 | SACCHAROMYSES CEREVISIAE, AC. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00895600 | SACCHAROMYSES CEREVISIAE, AC. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00897300 | SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00897300 | SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00897700 | SANGRIA TIEMPO DE - METODO DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00897700 | SANGRIA TIEMPO DE - METODO DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00898200 | SARAMPION, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00898200 | SARAMPION, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00899000 | SARAMPION, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00899000 | SARAMPION, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00899900 | SCL 70, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00899900 | SCL 70, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00900700 | SCORE DE MOCO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00900700 | SCORE DE MOCO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00901600 | SELENIO, PLASMATICO POR A.A. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00901600 | SELENIO, PLASMATICO POR A.A. | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00901900 | SELENIO URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00901900 | SELENIO URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00903000 | SERINA - PLASMATICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00903000 | SERINA - PLASMATICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00903200 | SERINA - PLASMATICA (PANEO COMPLETO) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00903200 | SERINA - PLASMATICA (PANEO COMPLETO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00903900 | SEROTINA, GEN TRANSPORTADOR DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00903900 | SEROTINA, GEN TRANSPORTADOR DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00904100 | SEROTONINA, PLAQUETARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00904100 | SEROTONINA, PLAQUETARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00904500 | SEROTINA URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00904500 | SEROTINA URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00905800 | SILICIO - ESPUTO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00905800 | SILICIO - ESPUTO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00906700 | SIMANZINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00906700 | SIMANZINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00907600 | SINCICIAL RESPIRATORIO, AC. IG | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00907600 | SINCICIAL RESPIRATORIO, AC. IG | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00908400 | SINCICIAL RESPIRATORIO, AC. IG | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00908400 | SINCICIAL RESPIRATORIO, AC. IG | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00909300 | SINCICIAL RESPIRATORIO, ANTIGENO (AG.) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00909300 | SINCICIAL RESPIRATORIO, ANTIGENO (AG.) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00910100 | SINDROMES LINFOPROLIFERATIVOS CRONICOS FENOTIPIFIC | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00910100 | SINDROMES LINFOPROLIFERATIVOS CRONICOS FENOTIPIFIC | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00910200 | JAK 2- SINDROMES MIELOPROLIFERATIVOS CRONICOS FEN | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00910200 | JAK 2- SINDROMES MIELOPROLIFERATIVOS CRONICOS FEN | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00910500 | SIROLIMUS, DROGA CITOSTATICA-RAPAMICINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00910500 | SIROLIMUS, DROGA CITOSTATICA-RAPAMICINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00911000 | SM, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00911000 | SM, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00911800 | SOMATOMEDINA C- IGFB1 | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00911800 | SOMATOMEDINA C- IGFB1 | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00912000 | SOMOTOMEDINA -IGFBP-3(INSULIN LIKE GROWTH FACTOR B | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00912000 | SOMOTOMEDINA -IGFBP-3(INSULIN LIKE GROWTH FACTOR B | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00912700 | STREPTOCOCCUS BETA-HEMOLITICO GRUPO B - PRENATAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00912700 | STREPTOCOCCUS BETA-HEMOLITICO GRUPO B - PRENATAL | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00913200 | STREPTOCOCCUS GRUPO B, AG. - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00913200 | STREPTOCOCCUS GRUPO B, AG. - SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00913500 | STREPTOCOCCUS GRUPO B,AG. URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00913500 | STREPTOCOCCUS GRUPO B,AG. URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00915700 | STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, AG. ESPUTO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00915700 | STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, AG. ESPUTO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00916100 | STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, AG. SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00916100 | STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, AG. SERICO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00916400 | STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, AG. URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00916400 | STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, AG. URINARIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00918000 | STREPTOSYME, TEST (ESTREPTOZIMA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00918000 | STREPTOSYME, TEST (ESTREPTOZIMA) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00920400 | SUCCINIL PURINAS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00920400 | SUCCINIL PURINAS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00921200 | SUCROSA, TEST DE | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00921200 | SUCROSA, TEST DE | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00922300 | SUDOR, TEST CONFIRMATORIO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00922300 | SUDOR, TEST CONFIRMATORIO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00923800 | SULFATOS - URINARIOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00923800 | SULFATOS - URINARIOS | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00924600 | SULFOTEP | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00924600 | SULFOTEP | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00925500 | SUPEROXIDO DISMUTASA (S.O.D.)-SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00925500 | SUPEROXIDO DISMUTASA (S.O.D.)-SERICA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00930600 | TDT - CITOMETRIA DE FLUJO | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00930900 | TERBUITRYN | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00931100 | TERBUTHYLAZINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00931400 | TEST DE DESENSIBILIZACION TESTICULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00931400 | TEST DE DESENSIBILIZACION TESTICULAR | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00933200 | TEST DE NITRO BLUE TETRAZOLIUM CON ESTIMULACION | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00933200 | TEST DE NITRO BLUE TETRAZOLIUM CON ESTIMULACION | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00934900 | TEST DE NITRO BLUE TETRAZOLIUM TEST NBT | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00934900 | TEST DE NITRO BLUE TETRAZOLIUM TEST NBT | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00936600 | TESTOSTERONA DEHIDRO (DHT) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00936600 | TESTOSTERONA DEHIDRO (DHT) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00937500 | TESTOSTERONA LIBRE, TO-L | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00937500 | TESTOSTERONA LIBRE, TO-L | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00938300 | TESTOSTERONA URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00938300 | TESTOSTERONA URINARIA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00940900 | TIOCIANATOS, URINARIOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00941700 | TIOCIANATOS, PLASMATICOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00942600 | TIONACINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00943400 | TIOSULFATOS - URINARIOS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00944300 | TIROGLOBULINA (TGS) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 00946000 | TIROGLOBULINA, AC. ULTRA SENSIBLES | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00947700 | TIROSINA (AMINOACIDO - A. AC. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00949000 | TOPIRAMATO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00950300 | TOXINA SHIGA - ESCHERICCIA COLI - VEROTOXINAS | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00951100 | TOXOCARA CANIS, AC. IGG ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00951400 | TOXOCARA CANIS. AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00953800 | TOXOIDE TETANICO, AC. ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00956100 | TOXOPLASMOSIS, AC. IGA ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00957100 | TOXOPLASMOSIS, AC. IGG ANTI- (ELISA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00957500 | TOXOPLASMOSIS, AC. IGG ANTI- (TEST DE AVIDEZ) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00958000 | TOXOPLASMOSIS, AC. IGM ANTI- (ELISA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00958800 | TOXOPLASMOSIS, AC. IGM ANTI- (IFI) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00959100 | TOXOPLASMOSIS - PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00962200 | TRANSGLUTAMINASA, AC. IGA ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00963100 | TRANSGLUTAMINASA, AC. IGG ANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00963300 | TRANSLOCACION (9,22) REAR. BCR/ABL LMC | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00963400 | TRANSLOCACION (9,22) REAR. BCR/ABL LLA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00963500 | TRANSLOCACION 14,18 | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00963600 | TRANSLOCACION MLL/AF4, T (4,11 | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00963700 | TRANSLOCACION PML/RAR, T (15,17) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00963800 | TRASLOCACION T(8,21) - AML 1/ETO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00963900 | TRASLOCACION TEL/AML T(12,21) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00964100 | TRASLOCACION, VARIAS-CUALITATIVAS C/U | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00964200 | TRASLOCACION, VARIAS-CUANTITATIVAS C/U | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00964400 | TREPONEMA PALLIDUM, FTA ABS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00964700 | TRICHINELLA SPIRALIS, AC. IGG ANTI-/AC. TOTALES | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00964900 | TRICHINELLA SPIRALIS, AC. IGM ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00965700 | TRICLOROETANOL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00966100 | TRIIODOTIRONINA LIBRE (T3 LIBRE) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00967200 | TRIPLE TEST | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00969100 | TRIPTOFANO | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00971600 | TROMBOFILIA, PANEL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00972500 | TROPONINA I | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00973400 | TROPONINA T | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00973500 | TROPONINA T ( CUANTITATIVO ) TNT-CUANTI | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00976800 | UROPORFIRINAS-MATERIA FECAL | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00978700 | VAGINAL,BALANCE DEL CONTENIDO(BACOVA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00979300 | VANCOMICINA | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00981000 | VARICELA ZOSTER, AC. ANTI- IGM | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00981900 | VARICELA ZOSTER, AC. ANTI- IGG | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00982800 | VARICELA ZOSTER, AG. | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00983400 | VARICELA ZOSTER,DNA POR PCR | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00984600 | VIGABATRINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00985300 | VIRUS-JUNIN, AC.ANTI-IGG (FHA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00985800 | VIRUS-JUNIN, AC.ANTI-IGM (FHA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00986300 | VIRUS VHH8 | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00987900 | VITAMINA B 1 (TIAMINA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00988700 | VITAMINA B6 (PIRIDOXINA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00989600 | VITAMINA C (LIQ. SEMINAL - PLAQ.- PLASMATICA) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00991300 | VITAMINA D3 (25-HIDROXICALCIFEROL) | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00991800 | COLESTEROL-VLDL,LIPOPROTEINA DE MUY BAJA DENSIDAD | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00993900 | XANTINA | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00996000 | YO (PCA-1),AC ANTI- | NOMEN. BIOQUIMICO | A |
| 6 00997300 | ZAP 70 | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00998400 | ZINC-PELO(ZN-PELO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |
| 6 00998700 | ZINC-SEMEN (ZN-SEMEN) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6 | 00999000 | ZINC-URINARIO(ZN-URINARIO) | NOMEN. BIOQUIMICO | I |

## PRACTICAS ODONTOLOGICAS

**REGLAS GENERALES**

- **El profesional debe realizar ortodoncia y ortopedia, tener título de especialista**
- **Se requiere diagnóstico y plan de tratamiento en planilla oficial.**
- **Se debe archivar documentación respaldatoria por 10 años (modelos, radiografías, fotos, etc.).**
- **Todas las practicas odontologicas en las cuales su codificacion termina en 01, es para pacientes con CUD. No las consultas, que tienen su propio codigo.**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7 | 06010100 | CONSULTA ORTODONCIA | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Diagnóstico Clínico, estudio de modelos etc. y realización de Plan de tratamiento** | | |
| 7 | 06010200 | CONSULTA INICIAL ORTODONCIA CUD | ODONTOLOGIA | A |
| | | COMPRENDE TODO MATERIAL E INSTRUMENTAL NECESARIO PARA SU REALIZACION. DIAGNOSTICO CLINICO, ESTUDIO DE MODELOS, ETC. Y REALIZACION DE PLAN DE TRATAMIENTOS A PACIENTES CUD | | |
| 7 | 06020000 | ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS | ODONTOLOGIA | A |
| | | COMPRENDE ORTOMOGRAFIA, TELERADIOGRAFIA LATERAL DE CRANEO, DOS TRAZADOS CEFALOMETRICOS Y PROTOCOLO FOTOGRAFI. PACIENTES CON CUD | | |
| 7 | 06060000 | TRATAMIENTO ORTODONCIA | ODONTOLOGIA | A |
| | | • **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Comprende el tratamiento de anomalías de forma, posición, relación y función de las estructuras dentomaxilofaciales- Aparatología fija.**<br>• **Excluye: Pérdidas y/o roturas de la aparatología instalada. Bracketts y arcos estéticos y/o técnica Damon v Microimplantes** | | |
| 7 | 06060100 | TRATAMIENTO DE ORTODONCIA- ETAPA INTERMEDIA | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Podrá solicitarse transcurridos 12 meses de iniciado el tratamiento y su autorización estará sujeta a evolución del mismo. Comprende el tratamiento de anomalías de forma, posición, relacion y función de las estructuras dentomaxilofaciales-Aparatologia Fija.**<br>**Excluye: Pérdidas y/o roturas de la aparatología instalada.** | | |
| 7 | 06060200 | ORTODONCIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 06060400 | CONSULTA MENSUAL ORTODONCIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 06060500 | CONTENCION ORTODONCIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 06060600 | CONTENCION DE ORTODONCIA | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Aparatología de contención superior e inferior, fija o removible. Incluye placa orgánica.**<br>**Excluye: Pérdidas y/o roturas de la aparatología instalada.** | | |
| 7 | 06070000 | TRATAMIENTO ORTOPEDIA | ODONTOLOGIA | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **•Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Comprende el tratamiento correctivo de anomalías esqueletales (Clase II y III), endoalveolias, mordidas invertidas en el plano sagital y transversal en pacientes en crecimiento. Aparatología funcional.** | | |
| | **•Excluye: Pérdidas y/o roturas de la aparatologias instaladas** | | |
| 7 06070100 | TRATAMIENTO DE ORTOPEDIA-ETAPA INMEDIATA | ODONTOLOGIA | A |
| | **•Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Podrá solicitarse transcurridos 12 meses de iniciado el tratamiento y sus autorizacion estarán sujeta a evolucion del mismo. Comprende el tratamiento correctivo de anomalías esqueletales (Clase II y III), endoalveolias, mordidas invertidas en el plano sagital y transversal en pacientes en crecimiento. Aparatología funcional.** | | |
| | **•Excluye: Pérdidas y/o roturas de la aparatología instalada.** | | |
| 7 06070200 | O.F.M. A. | ODONTOLOGIA | A |
| 7 06070300 | O.F.M.B. | ODONTOLOGIA | A |
| 7 06070400 | CONSULTA MENSUAL OFM | ODONTOLOGIA | A |
| 7 06070500 | COMPOSTURA OFM - INTERCEPTIVA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 06070600 | CONTENCION OFM | ODONTOLOGIA | A |
| 7 06070700 | CONTENCION DE ORTOPEDIA | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: Finalización del tratamiento si no se requiere corrección ortodoncica. Excluye: Pérdidas y/o roturas de la aparatologia instalada** | | |
| 7 06080000 | TERAPIA INTERCEPTIVA | ODONTOLOGIA | A |
| | **•Incluye: única vez los gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su de 6 a 14 años realización. Indicaciones: Comprende el tratamiento temprano de las malas oclusiones, con el objetivo de impedir su curso o progresión. Disyunción antero posterior o transversal previo a tratamiento ortodoncico. Control vertical con bite block, técnica 2x4, etc** | | |
| | **•Excluye: Pérdidas y/o roturas de la aparatología instalada.** | | |
| 7 06080100 | INTERCEPTIVA A | ODONTOLOGIA | A |
| 7 06080200 | INTERCEPTIVA B. | ODONTOLOGIA | A |
| 7 06080300 | CONSULTA MENSUAL INTERCEPTIVA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 06080400 | CONTENCION INTERCEPTIVA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 06090000 | CORRECCIÓN MALPOSICIONES SIMPLES | ODONTOLOGIA | A |
| | **•Incluye: por única vez gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Comprende el tratamiento para eliminar interferencias que puedan generar futuras malposiciones o pueden acentuar malposiciones preexistentes.** | | |
| | **•Excluye: Pérdidas y/o roturas de la aparatología instalada.** | | |
| 7 06100000 | ORTODONCIA PREQUIRURGICA | ODONTOLOGIA | A |
| | **•Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su afiliado realización. Indicaciones: Eliminar las compensaciones dentarias, vez. buscando dejar los dientes en una inclinación ideal. Alinear las arcadas, corregir las rotaciones, nivelar la curva de Spee y coordinar los arcos de forma independiente. Cirugía de modelos y guías quirúrgicas. En usuarios que hayan finalizado su etapa de crecimiento.** | | |
| | **•Excluye: Acto quirúrgico.** | | |
| 7 06100100 | ORTODONCIA POSTQUIRURGICA | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Incluye aparatología de contención. Indicaciones: Lograr oclusión estable y funcional post cirugía. Incluye aparatología de contención. En usuarios que hayan finalizado su etapa de crecimiento.** | | |
| 7 06110000 | TRATAMIENTO DEL RN FLAP (Fisura de Labio Alvéolo Palatina) | ODONTOLOGIA | A |
| 7 06110100 | 1ERA CONSULTA FLAP (Fisura de Labio Alvéolo Palatina) | ODONTOLOGIA | A |
| 7 06110200 | PLACA SUBSIGUIENTE | ODONTOLOGIA | A |
| | Es una Placa Obturatriz para pacientes con diagnóstico de FLAP ( fisurados). Dicha placa se renueva según el crecimiento del niño cada 15 a 20 días | | |
| 7 06110300 | CONTROL DE PLACA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10010100 | EXTRACCION DE PIEZAS DENTARIAS SIMPLES (Cirujano Maxilofacial) | ODONTOLOGIA | A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluyematerial descartale. Indicaciones: piezas dentarias extraccion simple. | | |
| 7 | 10090100 | EXTRACCION DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDA MUCOSA<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluyematerial descartale. Indicaciones: piezas dentarias retenidas mucosa | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 10200100 | EXTRACCION DE PIEZAS RETENIDAS EN MAXILAR SUPERIOR<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluyematerial descartale. Indicaciones: EXTRACCION DE PIEZAS RETENIDAS EN MAXILAR SUPERIOR | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 10210100 | EXTRACCION DE PIEZAS RETENIDAS EN MAXILAR INFERIOR<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluyematerial descartale. Indicaciones: EXTRACCION DE PIEZAS RETENIDAS EN MAXILAR INFERIOR | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 10220100 | EXTRACCION DE PIEZAS RETENIDAS EN MAXILAR PALADAR | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 10230000 | LIBERACION DENTAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 10280000 | CONSULTA CIRUGIA MAXILOFACIAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye anamesis, examen buco maxilofacial, tratamiento odontologico, necesario al momento de la cosulta y evaluacion pre quirurgica | | |
| 7 | 10290000 | BIOPSIA INCISIONAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: lesiones donde por su extension o complejidad, se extirpa quirurgicamente solo un trozo de tejido, masa o tumor | | |
| 7 | 10290100 | BIOPSIA POR ESCISIÓN (TEJIDOS BLANDOS)<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: toma de biopsia que incluye la eliminacion completa de la lesion o patologia | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 10290200 | BIOPSIA POR ESCISIÓN (ÓSEO O CARTILAGINOSA)<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: toma de biopsia que incluye la eliminacion completa de la lesion o patologia | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 10290300 | INCISIÓN Y DRENAJE DE LESIONES INFECC. VÍA BUCAL<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: incision y drenaje de lesiones infeccionsas por via bucal que por sus complejidad requieran intervencion de especialista CTBMyF | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 10290400 | INCISIÓN Y DRENAJE DE LESIONES INFECC. VÍA CUTÁNEA<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: INCISIÓN Y DRENAJE DE LESIONES INFECCIOSAS POR VÍA CUTÁNEA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 10290500 | TRATAMIENTO DE FISTULA CUTANEAS | ODONTOLOGIA | A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: fistula cutaneas de origen dentario | | |
| 7 | 10290500 | TRATAMIENTO DE FISTULA CUTANEAS | ODONTOLOGIA | I |
| 7 | 10290600 | INCISION Y DRENAJE DE LESIONES INFECCIOSAS POR VIA BUCAL O CUTANEA EN PACIENTES QUE REQUIERAN INTERNACION | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: INCISION Y DRENAJE DE LESIONES INFECCIONSA POR VIA BUCAL Y/O CUTANEA QUE POR SU COMPLEJIDAD requieran realizarse en ambiente quirurgico adecuado | | |
| 7 | 10290600 | INC.Y DRENAJE LESION INFECC. VÍA BUCAL O CUTÁNEA-I | ODONTOLOGIA | I |
| 7 | 10290700 | EXTIRPACIÓN DE ELEMENTOS EXTRAÑOS EN LOS MAXILARES | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: extirpacion elementos extraños en maxilar | | |
| 7 | 10290800 | REDUCCIÓN DE LUXACIÓN MANDIBULAR | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: luzacion mandibular | | |
| 7 | 10310000 | PLÁSTICA DE COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL O BUCONASAL COMO RIESGO PREVISTO SIMULTANEO A LA EXODONCIA O NO | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: EXTRACCION DE PIEZAS DENTARIAS con sus apices en realcion con seno maxilar. Incluye exodoncia de dicha pieza dental. plastica de comunicacion buco sinusal no epitelizada (exodoncia reciente) | | |
| 7 | 10310100 | PLÁSTICA DE COMUNICACIÓN BUCO-SINUSAL EPITELIZADA | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: tratamiento decomunicaciones buco-sinusales epitelizadas con cierre a dos planos | | |
| 7 | 10310100 | PLÁSTICA DE COMUNICACIÓN BUCO-SINUSAL EPITELIZADA | ODONTOLOGIA | I |
| 7 | 10310200 | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL SENO MAXILAR | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: extraccion de cuerpo extraño en seno maxilar | | |
| 7 | 10310200 | EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL SENO MAXILAR | ODONTOLOGIA | I |
| 7 | 10320000 | CIRUGIA APICAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: apicectomias de procesos infeccionsos en apices dentarios. Incluye la retrobturacion del apice radicular. uni o multiradiculares, radectormias, sellados quirurgicosradiculares laterales. extraccion de procesos quisticos asociados a piezas dentales | | |
| 7 | 10330000 | OPERACIÓN TUMORES BENIGNOS PEQUEÑOS(MENOR DE 2 CM) | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: operaciones de tumores benignos pequeños ( menor a 2cm.) | | |
| 7 | 10330100 | OPERACIÓN TUMOR BENIGNO MEDIANO (ENTRE 2 Y 4 CM) | ODONTOLOGIA | A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: operaciones de tumores benignos medianos ( mayor a 2cm y menor a 4 cm) | | |
| 7 | 10330200 | OPERACIÓN TUMORES BENIGNOS GRANDES (MAYOR DE 4 CM) | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: operaciones de tumores benignos grandes (mayor a 4cm) | | |
| 7 | 10330200 | OPERACIÓN TUMORES BENIGNOS GRANDES (MAYOR DE 4 CM) | ODONTOLOGIA | I |
| 7 | 10330300 | GLOSECTOMIA PARCIAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: reseccion parcial de lengua por tumoracion | | |
| 7 | 10330300 | GLOSECTOMIA PARCIAL | ODONTOLOGIA | I |
| 7 | 10330400 | GLOSECTOMIA TOTAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: reseccion total de lengua por tumoracion | | |
| 7 | 10330400 | GLOSECTOMIA TOTAL | ODONTOLOGIA | I |
| 7 | 10340000 | ALVEOLECTOMÍA CORRECTIVA Y ESTABILIZADORA | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Incluye los seis sectores . Indicaciones: regularizacion de rebordes oseos alveolares de los maxilares para mejor asentamiento de protesis dental | | |
| 7 | 10340100 | EXERESIS DE TORUS PALATINO/MANDIBULAR | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. | | |
| 7 | 10340100 | EXERESIS DE TORUS PALATINO/MANDIBULAR | ODONTOLOGIA | I |
| 7 | 10340200 | PROFUNDIZACIÓN DE SURCO VESTIBULAR Y/O LINGUAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: cirugia pre protetica destinada a la profundizacion de surco para una correcta adaptacion de la protesis. Incluye ambos surcos de ser necesario | | |
| 7 | 10340200 | PROFUNDIZACIÓN DE SURCO VESTIBULAR Y/O LINGUAL | ODONTOLOGIA | I |
| 7 | 10340300 | FRENECTOMIA LINGUAL-LABIAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: anquiloglosia, frenillos cortos, diastemas y dislalias | | |
| 7 | 10340300 | FRENECTOMIA LINGUAL-LABIAL | ODONTOLOGIA | I |
| 7 | 10340400 | ELIMINACIÓN DE HIPERPLASIAS PARAPROTETICAS E HIPER | ODONTOLOGIA | A |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartale. Indicaciones: remodelacion de maxilar sup o inf para mejor asentamiento protesico | | |
| 7 | 10340400 | ELIMINACIÓN DE HIPERPLASIAS PARAPROTETICAS E HIPER | ODONTOLOGIA | I |
| 7 | 10350000 | EXTRACCIÓN DENTARIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO | ODONTOLOGIA | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: exodoncia dentales en pacientes en los que su patologia sisteica de base, es considerada de alto riesgo, por lo que requiere realizar dicha practica en ambiente quirurgico | | |
| 7 10350000 | EXTRACCIÓN DENTARIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10350100 | EXTRACCIÓN DE PIEZAS RETENIDAS QUE REQUIERAN ANESTESIA GENERAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10350100 | EXTRACCIÓN DE PIEZAS RETENIDAS QUE REQUIERAN ANESTESIA GENERAL | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: extraccion de piezas retenidas que por su complejidad requieran ser extraidas en quirofano | | |
| 7 10350200 | EXTRACCIÓN DE PIEZAS RETENIDAS REQUIERAN ANESTESIA GENERAL DIENTE SUBSIGUIENTE | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10350200 | EXTRACCIÓN DE PIEZAS RETENIDAS REQUIERAN ANESTESIA GENERAL DIENTE SUBSIGUIENTE | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: EXTRACCION DE PIEZAS DENTALES RETENIDAS (SUBSIGUIENTES AL 104200) QUE POR SU COMPLEJIDAD REQUIERAN SER EXTRAIDAS EN QUIROFANO | | |
| 7 10360000 | TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HEMORRAGIAS BUCALES | ODONTOLOGIA | A |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: hemorragias bucales que por su complejidad requieran la intervencion de un especialista en CTBMyF | | |
| 7 10360000 | TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HEMORRAGIAS BUCALES | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10360100 | TRATAMIENTO DE HERIDAS DE TEJIDOS BLANDOS | ODONTOLOGIA | A |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartable. Indicaciones: laceraciones piel y mucosas | | |
| 7 10360100 | TRATAMIENTO DE HERIDAS DE TEJIDOS BLANDOS | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10370000 | TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS OSTEOMIELITIS | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10370000 | TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS OSTEOMIELITIS | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: tratamiento quirurgico de la osteomelitis, curetaje, lavaje y retiro de secuestros oseos. toma de material para antibiograma | | |
| 7 10380000 | EXTIRP. QUISTE DE CUERPO MANDIBULAR ABARCA 1 Diente PEQUEÑO | ODONTOLOGIA | A |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartable. Indicaciones: de cuerpo que abarca un diente pequeño | | |
| 7 10380100 | EXTIRP. QUISTE DE CUERPO MANDIBULAR ABARCA 3 D MED | ODONTOLOGIA | A |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartable. Indicaciones: DE CUERPO QUE ABARCA TRES DIENTES , medianos | | |
| 7 10380100 | EXTIRP. QUISTE DE CUERPO MANDIBULAR ABARCA 3 D MED | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10380200 | EXTIRPACION DE QUISTE DE CUERPO MANDIBULAR QUE ABARCA MAS DE 3 DIENTES GRANDES | ODONTOLOGIA | A |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartable. Indicaciones: de cuerpo que abarca tres dientes grandes | | |
| 7 10380200 | EXTIRPACION DE QUISTE DE CUERPO MANDIBULAR QUE ABARCA MAS DE 3 DIENTES GRANDES | ODONTOLOGIA | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 10380300 | EXTIRPACIÓN DE QUISTE DE RAMA ASCENDENTE Y ÁNGULO | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10380300 | EXTIRPACIÓN DE QUISTE DE RAMA ASCENDENTE Y ÁNGULO<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartable. Indicaciones: RAMA ASCENDENTE Y ANGULO | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10380400 | EXTIRP.QUISTE DEL MAXILAR SUPERIOR QUE ABARCA 1 DIENTE PEQUEÑO<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartable. Indicaciones: Extirpacion de uistes maxilar superior que abarca un diente pequeño | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10380500 | EXTIRP.QUISTE DEL MAX. SUP.QUE ABARCA 3D S/COMPROM<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartable. Indicaciones: extirpacion de quistes/tumores maxilar superior que abarca 3 dientes s/compromiso de fosas nasales o seno maxilar | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10380500 | EXTIRP.QUISTE DEL MAX. SUP.QUE ABARCA 3D S/COMPROM | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10380600 | EXTIRP. QUISTE DEL MAX. SUP. QUE ABARCA MAS 3D S/C | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10380600 | EXTIRP. QUISTE DEL MAX. SUP. QUE ABARCA MAS 3D S/C<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye material descartable. Indicaciones: extirpacion de quistes/tumores maxilar superior que abarca mas de 3 dientes s/compromiso de fosas nasales o seno maxilar | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10380700 | EXTIRP. QUISTE DEL MAX. SUP. QUE ABARCA MAS 3D C/ | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10380700 | EXTIRP. QUISTE DEL MAX. SUP. QUE ABARCA MAS 3D C/<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: extirpacion de quistes/tumores maxilar superior que abarca 3 dientes con compromiso de fosas nasales o seno maxilar | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10390000 | OPERAC.TUMOR C/ RESECCIÓN PARC. DE MAX. INF.C/CONS | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10390000 | OPERACIÓN DE TUMOR CON RESECCIÓN PARCIAL DE MAXILAR INFERIOR CON CONSERVACION DE BASAL<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: TUMERACIONES BENNIGNAS Y/O MALIGNAS DE MAXILAR INFERIOR QUE REQUIERAN SU RESECCION | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10390100 | OPERAC.TUMOR C/ RESECCIÓN PARC. DE MAX. INF. C/INT | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10390100 | OPERACIÓN DE TUMOR CON RESECCIÓN PARCIAL DE MAXILAR INFEIOR CON INTERRUPCION DEL BORDE BASAL<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: TUMORACIONES benignas y/o malignas de maxilar inferior que requieran su reseccion | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10390200 | OPERACIÓN DE TUMOR CON HEMIMANDIBULECTOMIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10390200 | OPERACIÓN DE TUMOR CON HEMIMANDIBULECTOMIA<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: tumeraciones malignas unilateral en maxilar inferior que reuieran su reseccion | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10390300 | OPERACIÓN DE TUMOR CON MANDIBULECTOMIA TOTAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10390300 | OPERACIÓN DE TUMOR CON MANDIBULECTOMIA TOTAL<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: tumeraciones malignas en maxilar inferior que reuieran su reseccion | ODONTOLOGIA | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 10390400 | OPERACIÓN DE TUMOR CON OPERACIÓN COMANDO | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10390400 | OPERACIÓN DE TUMOR CON OPERACIÓN COMANDO | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: tumores malignos que afecten cadena ganglionar correspondiente | | |
| 7 10390500 | OPER.DE TUMOR CON RESECCIONES PARC. DE MAX. SUPERI | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10390500 | OPERACIÓN DE TUMOR CON RESECCIONES PARCIALES DE MAXILAR SUPERIOR | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: tumeraciones malignas y/o benignas en maxilar supeior que requieran su reseccion | | |
| 7 10390600 | OPERACIÓN DE TUMOR CON RESECCIÓN UNILATERAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10390600 | OPERACIÓN DE TUMOR CON RESECCIÓN UNILATERAL | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: tumeraciones malignas unilateral en maxilar supeior que requieran su reseccion | | |
| 7 10390700 | OPERACIÓN DE TUMOR CON RESECCIÓN BILATERAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10390700 | OPERACIÓN DE TUMOR CON RESECCIÓN BILATERAL | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: tumeraciones malignas bilaerales en maxilar supeior que requieran su reseccion | | |
| 7 10400300 | TRAT. QUIR. DE LOS DESORDENES DE LA ARTICULACIÓN T | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10400300 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS DESORDENES DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO - MANIDULAR UNI O BILATERAL | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: DESARREGLO INTERNO DE ATM. Confirmado en artografia . Evidencia que los sintomas y hallazgos objetivos se deben a degenerada miento menisco o artrosis . El dolor y/o la disfuncion son de tal magnitud que constituye una incapacidad para el paciente. | | |
| 7 10400400 | CONDILOPLASTIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10400400 | CONDILOPLASTIA | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: Hiperplasia Condilar | | |
| 7 10400500 | CONDILECTOMIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10400500 | CONDILECTOMIA | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: lesiones neoplasicas o por anquilosis con destruccion importante de ATM | | |
| 7 10410000 | EXTIRPACIÓN DE ELEMENTOS EXTRAÑOS EN ESTRUCTURAS | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10410000 | EXTIRPACIÓN DE ELEMENTOS EXTRAÑOS EN ESTRUCTURAS | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones extirpacion elementos extraño en estructuras faciales | | |
| 7 10420000 | EXTIRPACIÓN DE LITIASIS EXTRAGLANDULAR | ODONTOLOGIA | A |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye material descartable. Indicaciones: litiasis en conducto excretor de glandulas salivales mayores | | |
| 7 10420000 | EXTIRPACIÓN DE LITIASIS EXTRAGLANDULAR | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10420100 | BIOPSIA DE GLANDULAS SALIVALES | ODONTOLOGIA | A |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: tumores malignos, benignos y litiasis de parenquima | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 10420100 | BIOPSIA DE GLANDULAS SALIVALES | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10420200 | MUCOCELE LABIO, PALADAR O CARRILLO | ODONTOLOGIA | A |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion.incluye material descartable. Indicaciones: extravasacion salival en glandulas salivales menores | | |
| 7 10420300 | EXTIRPACIÓN DE RÁNULA O MARSUPIALIZACION | ODONTOLOGIA | A |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion.incluye material descartable. Indicaciones: extravasacion salival en glandulas salivales mayores | | |
| 7 10420400 | SUBMAXILECTOMIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10420400 | SUBMAXILECTOMIA | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: extirpacion total de glandula salival submaxilar por tumores, litiasis de parenquima | | |
| 7 10420500 | PAROTIDECTOMIA DE LÓBULO SUPERFICIAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10420500 | PAROTIDECTOMIA DE LÓBULO SUPERFICIAL | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: tumores o litiasis en lobulo superficial de parotida | | |
| 7 10420600 | PAROTIDECTOMIA TOTAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10420600 | PAROTIDECTOMIA TOTAL | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: extirpacion de parotida | | |
| 7 10420700 | TUMOR DE GLÁNDULAS SALIVALES MENOR O ACCESORIAS | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10420700 | TUMOR DE GLÁNDULAS SALIVALES MENOR O ACCESORIAS | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10420800 | EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES POR PAT | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10420800 | EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES POR PATOLOGIAS LITIASICAS, INFLAMATORIAS O TUMORAL BENIGNA | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Incluye todo el material e instrumental necesario para su realizacion. Indicaciones: tumores o litiasis de parenquima glandular, patologias que hagan necesaria su realizacion | | |
| 7 10430000 | CIRUGÍA ORTOGNÁTICA MONOMAXILAR (SAGITAL DE MANDÍB | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10430000 | CIRUGÍA ORTOGNÁTICA MONOMAXILAR (SAGITAL DE MANDÍBULA, LE FORT, SEGMENTARIAS) | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10430100 | CIRUGÍA ORTOGNÁTICA BIMAXILAR. | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10430100 | CIRUGÍA ORTOGNÁTICA BIMAXILAR. | ODONTOLOGIA | I |
| 7 10440000 | QUEILOPLASTIA UNI O BILATERAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10440000 | QUEILOPLASTIA UNI O BILATERAL | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: reseccion parcial o total de laio superior o inferior por tumores benignos, malignos y/o lesiones de labio Flap | | |
| 7 10440100 | PLÁSTICA DE REBORDE ALVEOLAR FISURADO | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10440100 | PLÁSTICA DE REBORDE ALVEOLAR FISURADO | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: remodelacion de reborde alveolar uni o bilateral | | |
| 7 10440200 | VELOPLASTIA (PALADAR BLANDO) | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10440200 | VELOPLASTIA (PALADAR BLANDO) | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: cierre de comunicación buco nasal en pacientes flap | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 10440300 | PALATOPLASTIA UNI O BILATERAL (PALADAR DURO) | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10440300 | PALATOPLASTIA UNI O BILATERAL (PALADAR DURO) | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: cierre de comunicación buco nasal en pacientes flap | | |
| 7 10440400 | RINOSEPTUMPLASTIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10440400 | RINOSEPTUMPLASTIA | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: cierre de comunicación buco nasal en pacientes flap | | |
| 7 10440500 | ESTILOFARINGOPLASTIA, COLGAJO FARÍNGEO. | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10440500 | ESTILOFARINGOPLASTIA, COLGAJO FARÍNGEO. | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: en tumores malignos | | |
| 7 10440600 | FISURA COMPLETA UNILATERAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10440600 | FISURA COMPLETA UNILATERAL | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: En fisura de labio, reborde, paladar duro y blando unilateral | | |
| 7 10440700 | FISURA COMPLETA BILATERAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10440700 | FISURA COMPLETA BILATERAL | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: En fisura de labio, reborde, paladar duro y blando bilateral | | |
| 7 10450000 | QUISTE DE CUELLO (BRAQUIAL, TIROGLOSO, DERMOIDEO) | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10450000 | QUISTE DE CUELLO (BRAQUIAL, TIROGLOSO, DERMOIDEO) | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: reseccion de quistes de cuello braquial, tirpalosa y/o dermoiden | | |
| 7 10460000 | CIRUGÍA DEL NERVIO FACIAL PARA TUMORES PAROTIDEOS. | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10460000 | CIRUGÍA DEL NERVIO FACIAL PARA TUMORES PAROTIDEOS. | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: en resecciones totales o parciales de glandula parotida donde se requiera cirugia del nervio facial que la recorre. incluye estirpacion de total de grlandula parotida | | |
| 7 10470000 | RECONST. CON COLGAJO REGIONAL Y/O PEDICULADO PARA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10470000 | RECONSTONSTRUCCION CON COLGAJO REGIONAL Y/O PEDICULADO PARA SECUELAS DE CANCER U OTRO TIPO DE LESION | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: luego de resecciones de tumores o lesiones donde se requiera por estetica o funcionalidad la realizacion de reconstruccion con colgajos | | |
| 7 10480000 | TRAT.QUIR. DE TUMORES ÓSEOS DE LA CARA Y MAXILARES | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10480000 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES ÓSEOS DE LA CARA Y MAXILARES, Y RECONSTRUCCION DE LAS ESTRUCTURAS FACIALES MEDIANTE LA UTILIZACION DE INJERTOS OSEOS | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: reseccion de tumores oseos benignos o malignos que requieran utilizacion de injertos oseos para la reconstruccion funcional y estetica | | |
| 7 10490000 | CIRUGIAS COMANDO | ODONTOLOGIA | A |
| 7 10490000 | CIRUGIAS COMANDO | ODONTOLOGIA | I |
| | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: TUMORES MALIGNOS QUE AFECTEN CADENA GANGLIONAR | | |
| 7 10500000 | TRAT. QUIR. DEL CÁNCER BUCAL,MAXILO-CERVICO FACIAL | ODONTOLOGIA | A |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 10500000 | TRAT. QUIR. DEL CÁNCER BUCAL,MAXILO-CERVICO FACIAL<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: RESECCION DE TUMORES OSEOS BENIGNOS O MALIGNOS que requieran utilizacion de injertos para la reconstruccion funcional y estetica. Incluye material descartable | ODONTOLOGIA | I | | |
| 7 10510000 | TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS DENTO-ALVEOLAR<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) . Incluye material descartable Indicaciones: fracturas dento-alveolares de maxilar superior o inferior | ODONTOLOGIA | A | | |
| 7 10510000 | TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS DENTO-ALVEOLAR | ODONTOLOGIA | I | | |
| 7 10520000 | TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS FACIALE | ODONTOLOGIA | A | | |
| 7 10520000 | TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS FACIALES<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: reduccion de fracturas faciales que no requieran osteosintesis | ODONTOLOGIA | I | | |
| 7 10530000 | TRAT. QUIR. DE FRACTURAS SIMPLES DE HUESOS FACIALE | ODONTOLOGIA | A | | |
| 7 10530000 | TRAT. QUIR. DE FRACTURAS SIMPLES DE HUESOS FACIALE<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: fracturas simples que requieran reduccion y fijacion con material de osteosintes. NO incluye material de osteosintesis | ODONTOLOGIA | I | 8 | IV |
| 7 10540000 | RETIRO DE OSTEOSINTESIS | ODONTOLOGIA | A | | |
| 7 10540000 | RETIRO DE OSTEOSINTESIS<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: cuando por infeccion/molestia de las placas se hace necesario su retiro | ODONTOLOGIA | I | | |
| 7 10550000 | TRAT. QUIR. DE FRACTURAS SIMPLES DE MAXILARES MEDI | ODONTOLOGIA | A | | |
| 7 10550000 | TRATAMIENTOS QUIRURGICOS DE FRACTURAS SIMPLES DE MAXILARES MEDIANTE OSTEOSINTESIS<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: fracturas simples de maxilares reduccion y fijacion con osteosintesis. NO incluye material de osteosintesis | ODONTOLOGIA | I | | |
| 7 10560000 | TRAT. QUIR. DE FRACTURAS SIMPLES DE LOS HUESOS FAC | ODONTOLOGIA | A | | |
| 7 10560000 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FRACTURAS SIMPLES DE LOS HUESOS FACACIALES Y DEL SEPTUM NASAL.<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: fracturas de huesos faciales o septum nasal su reduccion y fijacion . NO incluye material de osteosintesis | ODONTOLOGIA | I | | |
| 7 10570000 | TRAT. QUIR. DE FRACTURAS COMPLEJAS O CONMINUTAS DE | ODONTOLOGIA | A | | |
| 7 10570000 | TRAT. QUIR. DE FRACTURAS COMPLEJAS O CONMINUTAS DE<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: fracturas complejas o conminutas de huesos maxilares. Reduccion y fijacion. NO incluye material de osteosintesis | ODONTOLOGIA | I | | |
| 7 10580000 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FRACTURAS COMPLEJAS DE LA CARA (LE FORT I,II,III) | ODONTOLOGIA | A | | |
| 7 10580000 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FRACTURAS COMPLEJAS DE LA CARA (LE FORT I,II,III)<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: LEFOT I, I, III | ODONTOLOGIA | I | | |
| 7 10590000 | TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS COMPLEJAS DE LA ORBIT | ODONTOLOGIA | A | | |
| 7 10590000 | TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS COMPLEJAS DE LA ORBIT<br>Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: Reduccion y fijacion en fracturas complejas de orbita piso (conminuta) y rebordes de la misma | ODONTOLOGIA | I | | |
| 7 10600000 | DISTRACCION OSTEOGENICA | ODONTOLOGIA | A | | |
| 7 10600000 | DISTRACCION OSTEOGENICA | ODONTOLOGIA | I | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: en grandes perdidas de hueso maxilar o defectos del desarrollo que reuiera la colocacion de distracciones oseos uni o bivectoriales segun el caso | | | |
| 7 | 10610000 | FRACTURAS PANFACIALES | ODONTOLOGIA | | A |
| 7 | 10610000 | FRACTURAS PANFACIALES | ODONTOLOGIA | | I |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: reduccion y fijacion en fracturas multiples de maxilares, orbita y faciales | | | |
| 7 | 10620000 | PRÓTESIS MAXILO-FACIALES (POST-CIRUGÍA ONCOLÓGICA) | ODONTOLOGIA | | A |
| 7 | 10620000 | PRÓTESIS MAXILO-FACIALES (POST-CIRUGÍA ONCOLÓGICA) | ODONTOLOGIA | | I |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: en maxilectomias parciales o totales que requieran protesis para devolver funcionalidad y estetica. Posterior a cirugia (mediata) | | | |
| 7 | 10630000 | PRÓTESIS INTRAOPERATORIAS (ENDOPROTESIS) | ODONTOLOGIA | | A |
| 7 | 10630000 | PRÓTESIS INTRAOPERATORIAS (ENDOPROTESIS) | ODONTOLOGIA | | I |
| | | Practica relacionada en su inscripcion, realizacion y facturacion a odontologo, odontologo Especialista en CTBMyF ( cirugia y traumatologia buco maxilofacial) Indicaciones: en maxilectomias partciales o totales que requieran protesis para devolver funcionalidad y estetica. Se colocan en mismo acto quirurgico | | | |
| 7 | 10640000 | MODULO DE EXCEPCION | H. Y GASTOS (PRESUEPUESTO) | 1 | A |
| 7 | 10640000 | MODULO DE EXCEPCION | H. Y GASTOS (PRESUEPUESTO) | 1 | I |
| | | los tratamientos no incluidos en estos aranceles seran valorizado según complejidad, previo consenso con el director de DPSyA - ISSN | | | |
| 7 | 11010000 | EXAMEN DIAGNOSTICO FICHADO Y PLAN DE TRATAMIENTO | ODONTOLOGIA | | A |
| | | **EXAMEN-DIAGNOSTICO-FICHADO - PLAN DE TRATAMIENTO: Se considera primera cosulta al examen bucal, anamnesis, fichado y plan de tratamiento. Se reconocen hasta 2 (dos) consultas por año. Incluye certificado bucodental** | | | |
| 7 | 11010001 | EXAMEN DIAGNOSTICO FICHADO Y PLAN DE TRATAMIENTO | ODONTOLOGIA | | A |
| 7 | 11030000 | VISITA A DOMICILIO | ODONTOLOGIA | | A |
| | | **Consulta a Domicilio: Se considera una consulta a domicilio a la atencion de pacientes impedidos de trasladarse al consultorio. Incluye: anamnesis, examen bucal, fichado y plan de tratamiento en pacientes impedidos de trasladarse al consultorio del prestador. Certificado Bucodental.** | | | |
| 7 | 11030001 | VISITA A DOMICILIO | ODONTOLOGIA | | A |
| 7 | 11040000 | CONSULTA DE URGENCIA PREST. QUE NO CONSTITUYE PASO INTERMEDIO DE TRATAMIENTO | ODONTOLOGIA | | A |
| | | **Consulta de Urgencia: Se considera consulta de Urgencia a toda prestacion odontologica no programada, y que no constituya paso intermedio de otra prestacion (pericoronaritis, estomatitis, GUNA, etc.). Se debe establecer en todos los casos el motivo de la misma y la pieza dental a trabajar. Ej. Pericoronaritis, estomatitis, cementado de corona y puentes etc. no se incluyen en este item; Punción y/o drenaje de absceso, radiografias de diagnostico, sutura de tejidos blandos, tratamientos de hemorragias, alveolitis post exodoncias** | | | |
| 7 | 11040001 | CONSULTA DE URGENCIA PREST. QUE NO CONSTITUYE PASO INTERMEDIO DE TRATAMIENTO | ODONTOLOGIA | | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **•Cuando se obturen por separado distintas fosas de la cara oclusal, se considerará como una obturación simple, únicamente se exceptúa de ello al 1ª molar superior permanente.<br>•Las obturaciones realizadas como OP en molares permanentes superiores y OV en molares permanentes inferiores se abonarán como Ítem 120200 (por cantidad uno) por considerarse extensión de una fosa o surco. Solo se permitirá facturar 1 código 120200 por pieza dental permanente y un ítem 120100 por pieza dental temporaria. En aquellos casos donde exista lesión y/o compromiso de otra cara dentaria Independiente a los ítems 120100 y 120200 se facturará como segunda obturación. Saber 120101 (pieza dental temporarias) y 120201 (pieza dental permanente)** | | |
| | **Se incluyen las restauraciones simples, compuestas o complejas cualquiera sea el tipo** | | |
| 7 12010000 | RESTAURACION PIEZA DENTAL TEMPORARIA | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: restauraciones simples, compuestas o complejas en piezas de dentición temporaria cualquiera sea el tipo de material utilizado. Para su facturación deberá indicarse la pieza dental y caras involucradas.** | | |
| 7 12010001 | RESTAURACION PIEZA DENTAL TEMPORARIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 12010100 | RESTAURACION PIEZA DENTAL TEMPORARIA 2DA.OBTURAC | ODONTOLOGIA | A |
| | **RESTAURACION Pieza dental temporaria. Segunda obturacion cavidad indepndiente a 120100** | | |
| | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: restauraciones simples, compuestas o complejas en piezas de dentición temporaria cualquiera sea el tipo de material utilizado. Para su facturación deberá indicarse la pieza dental y caras involucradas. Corresponde a segunda obturación para cavidad independiente a ítems 028000** | | |
| 7 12020000 | RESTAURACION PIEZA DENTAL PERMANENTE | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: restauraciones simples, compuestas o complejas en piezas de dentición permanente cualquiera sea el tipo de material utilizado. Para su facturación deberá indicarse la pieza dental y caras involucradas.** | | |
| 7 12020001 | RESTAURACION PIEZA DENTAL PERMANENTE - cud | ODONTOLOGIA | A |
| 7 12020100 | RESTAURACION PIEZA DENTAL PERMANENTE 2DA. OBTURAC | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: restauraciones simples, compuestas o complejas en piezas de dentición permanente cualquiera sea el tipo de material utilizado. Para su facturación deberá indicarse la pieza dental y caras involucradas. Corresponde a segunda obturación para cavidad independiente a ítems 021000** | | |
| 7 13010000 | TRATAMIENTO UNIRRADICULAR (tratamiento de conducto) | ODONTOLOGIA | A |
| | **UNIRRADICULAR: aquellos en los que se permite visualizar a traves de la radiografia post operatoria la presencia y tratamiento de un conducto radicular** | | |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: preparación de conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a un milímetro aproximadamente del extremo anatómico del diente) con nitidez y contraste que resulte de una adecuada condensación. En piezas dentarias con un conducto radicular. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria donde se evidencien conductos tratados con aislación absoluta.** | | |
| 7 13010001 | TRATAMIENTO UNIRRADICULAR | ODONTOLOGIA | A |
| 7 13020000 | TRATAMIENTO BIRRADICULAR | ODONTOLOGIA | A |
| | **BIRRADICULAR: aquellos en los que se permite visualizar a traves de la radiografia post operatoria la presencia y tratamiento de dos conductos radiculares** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: preparación de conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a un milímetro aproximadamente del extremo anatómico del diente) con nitidez y contraste que resulte de una adecuada condensación. En piezas dentarias con dos conductos radiculares. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria donde se evidencien conductos tratados con aislación absoluta** | | | |
| 7 13030000 | TRATAMIENTO MULTIRRADICULAR | ODONTOLOGIA | | A |
| | **MULTIRRADICULAR: aquellos en los que se permite visualizar a traves de la radiografia post operatoria la presencia y tratamiento de tres o mas conductos radiculares** | | | |
| | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: preparación de conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a un milimetro aproximadamente del extremo anatómico del diente) con nitidez y contraste que resulte de una adecuada condensación. En piezas dentarias con mas de dos conductos radiculares Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria donde se evidencien conductos tratados con aislación absoluta.** | | | |
| 7 13030001 | TRATAMIENTO MULTIRRADICULAR | ODONTOLOGIA | | A |
| 7 13040000 | BIOPULPECTOMIA PARCIAL | ODONTOLOGIA | | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: En dientes permanentes jóvenes.** | | | |
| 7 13040001 | BIOPULPECTOMIA PARCIAL | ODONTOLOGIA | | A |
| 7 13050000 | NECROPULPECTOMIA PARCIAL (MOMIFICACION) | ODONTOLOGIA | | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: En dientes posteriores Solo podrá realizarse en el caso que "radiográficamente" se observe la ausencia de conductos radiculares; caso contrario el tratamiento deberá ser endodoncia total del elemento. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria.** | | | |
| 7 13050001 | NECROPULPECTOMIA PARCIAL (MOMIFICACION) | ODONTOLOGIA | | A |
| 7 14010000 | INCRUSTACIONES. CAVIDAD COMPUESTA O COMPLEJA | ODONTOLOGIA | | A |
| | **•Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de haber efectuado la totalidad de las prácticas de odontología general que requiera el afiliado y cuando la cavidad bucal goce de buena salud en sus tejidos dentarios y paradentarios. En piezas dentales endodonciadas o que tengan más del 50% de destrucción coronaria/perdida de tejido dentario.<br>•Excluye: p.d. anteriores. Para su facturación deberá indicarse la pieza dental y caras involucradas y radiografía postoperatoria.** | | | |
| 7 14020000 | CORONA DENTAL VENNER CON FRENTE PORCELANA | ODONTOLOGIA | | A |

**Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a ODONTOLOGO.** ***Indicaciones*** **: Luego de haber efectuado la totalidad de las prácticas de odontología general que requiera el USUARIO y cuando la cavidad bucal goce de buena salud en sus tejidos dentarios y paradentarios. Piezas dentaria con optimo estado periodontal. Contraindicado: Pacientes con una A deficiente higiene bucal. En piezas dentarias con movilidad y con escaso soporte óseo. En pacientes jóvenes que presentan coronas clínicamente cortas y cámaras pulpares amplias, menores de 21 años, salvo que se haya producido el cierre apical o gran deterioro de la pieza dentaria por caries o traumatismos. En pacientes con gran actividad de caries. En pacientes con gingivitis marginales grave y/o enfermedad periodontal avanzada. Pilares que no cumplan con las indicaciones de longitud, tamaño y forma. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria**

Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Excluye: obturaciones debajo de coronas. Pacientes con una deficiente higiene bucal. En piezas dentarias con movilidad y con escaso soporte óseo. En pacientes jóvenes que presentan coronas clínicamente cortas y cámaras pulpares amplias, menores de 21 años, salvo que se haya producido el cierre apical o gran deterioro de la pieza dentaria por caries o traumatismos. En pacientes con gran actividad de caries. En pacientes con gingivitis marginales grave y/o enfermedad periodontal avanzada. Pilares que no cumplan con las indicaciones de longitud, tamaño y forma.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7 | 14030000 | PERNO MUÑON | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización: colado simple-colado seccionado-fibra de vidrio. Indicaciones: Luego de haber efectuado la totalidad de las prácticas de odontología general que requiera el afiliado y cuando la cavidad bucal goce de buena salud en sus tejidos dentarios y para dentarios. Piezas dentarias con optimo estado A periodontal y tratamiento endodontico. Excluye: Pernos de refuerzo. Pacientes con una deficiente higiene bucal. En piezas dentarias con movilidad y con escaso soporte óseo. En pacientes jóvenes que presentan coronas clínicamente cortas y cámaras pulpares amplias, menores de 21 años, salvo que se haya producido el cierre apical o gran deterioro de la pieza dentaria por caries o traumatismos. En pacientes con gran actividad de caries. En pacientes con gingivitis marginales grave y/o enfermedad periodontal avanzada. Pilares que no cumplan con las indicaciones de longitud, tamaño y forma. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 | 14040000 | TRAMO DE PUENTE VENNER CON FRENTE PORCELANA | ODONTOLOGIA | A |
| | | | **Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a prestador odontologico. Indicaciones: Luego de haber efectuado la totalidad de las prácticas de odontología general que requiera el afiliado y cuando la cavidad bucal goce de buena salud en sus tejidos dentarios y paradentarios. Piezas dentaria con optimo estado periodontal y tratamiento endodontico.** | |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización Excluye: Pernos de refuerzo. Pacientes con una deficiente higiene bucal. En piezas dentarias con movilidad y con escaso soporte óseo. En pacientes jóvenes que presentan coronas clínicamente cortas y cámaras (c pulpares amplias, menores de 21 años, salvo que se haya producido el cierre apical o gran deterioro de la pieza dentaria por caries o traumatismos. En pacientes con gran actividad de caries. En pacientes con gingivitis marginales grave y/o enfermedad periodontal avanzada. Pilares que no cumplan con las indicaciones de longitud, tamaño y forma. Para su facturacion debera presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 | 14050000 | ELEMENTO PROVISORIO POR UNIDAD (CORONA) | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de haber efectuado la totalidad de las prácticas de odontología general que requiera el afiliado y cuando la cavidad bucal goce de buena salud en sus tejidos dentarios y para dentarios. En piezas dentarias con perno muñon cementado o muñon dentario. Excluye: A Pacientes con una deficiente higiene bucal. En piezas dentarias con movilidad y con escaso soporte óseo. En pacientes jóvenes que presentan coronas clínicamente cortas y cámaras pulpares amplias, menores de 21 años, salvo que se haya producido el cierre apical o gran deterioro de la pieza dentaria por caries o traumatismos. En pacientes con gran actividad de caries. En pacientes con gingivitis marginales grave y/o enfermedad periodontal avanzada. Pilares que no cumplan con las indicaciones de longitud, tamaño y forma. Para su facturación deberá presentar rx pre operatoria** | | |
| 7 | 14070000 | PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE DE ACRILICO HASTA 4 DIENTES | ODONTOLOGIA | A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de haber efectuado la totalidad de las prácticas de odontología general que requiera el afiliado y cuando la cavidad bucal goce de buena salud en sus tejidos dentarios y paradentarios. Se indicará para reponer hasta 4 piezas ausentes por maxilar.** | | |
| 7 | 14070100 | PROTESIS PARCIAL REMOV. DE ACRIL. DE 5 O MAS DIENT | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de haber efectuado la totalidad de las prácticas de odontología general que requiera el afiliado y cuando la cavidad bucal goce de buena salud en sus tejidos dentarios y paradentarios. Se indicará para reponer hasta 4 piezas ausentes por maxilar.** | | |
| 7 | 14080000 | PROTESIS PARCIAL REMOV. COLADA (CROMOCOB) HASTA 4 | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de haber efectuado la totalidad de las prácticas de odontología general que requiera el afiliado y cuando la cavidad bucal goce de buena salud en sus tejidos dentarios y paradentarios. Se indicara para reponer hasta 4 piezas ausentes por maxilar.** | | |
| 7 | 14080100 | PROTESIS PARC. REM. COLADA CROMOCOB DE 5 O MAS DIE | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de haber efectuado la totalidad de las prácticas de odontología general que requiera el afiliado y cuando la cavidad bucal goce de buena salud en sus tejidos dentarios y paradentarios. Se indicará para reponer hasta 5 o más piezas ausentes por maxilar.** | | |
| 7 | 14090000 | PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE INMEDIATA | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Incluye cubeta individual. Indicaciones: Luego de 6 meses de su instalación se podrá solicitar la prótesis definitiva.** | | |
| 7 | 14100000 | PROTESIS COMPLETA SUPERIOR | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de haber efectuado la totalidad de las prácticas de odontología general que requiera el afiliado y cuando la cavidad bucal goce de buena salud en sus tejidos dentarios y paradentarios. Se indicará para reponer la totalidad de piezas ausentes en maxilar superior.** | | |
| 7 | 14100100 | PROTESIS COMPLETA INFERIOR | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de haber efectuado la totalidad de las prácticas de odontología general que requiera el afiliado y cuando la cavidad bucal goce de buena salud en sus tejidos dentarios y paradentarios. Se indicará para reponer la totalidad de piezas ausentes en maxilar superior.** | | |
| 7 | 14110000 | PROTESIS COMPLETA INMEDIATA | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Incluye cubeta individual. Indicaciones: Luego de 6 meses de su instalación se podrá solicitar la prótesis definitiva.** | | |
| 7 | 14120000 | BASE COLADA PARA PROTESIS COMPLETA | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Incluye cubeta individual. Indicaciones: para prótesis completa superior, con auditoria previa** | | |
| 7 | 14130000 | COMPOSTURA SIMPLE | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de 9 meses de la realización de cualquier prótesis removible.** | | |
| 7 | 14130100 | COMPOSTURA CON AGREGADO DE UN DIENTE | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de 9 meses de la realización de cualquier prótesis removible.** | | |
| 7 | 14130200 | COMPOSTURA CON AGREGADO DE UN RETENEDOR | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de 9 meses de la realización de cualquier prótesis removible** | | |
| 7 | 14130300 | COMPOSTURA CON AGREGADO DE UN DIENTE Y UN RETENEDO | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de 9 meses de la realización de cualquier prótesis removible.** | | |
| 7 | 14130400 | DIENTE SUBSIGUIENTE, C/UNO | ODONTOLOGIA | A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de 9 meses de la realización de cualquier prótesis removible.** | | |
| 7 | 14130500 | RETENEDOR SUBSIGUIENTE C/U | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de 9 meses de la realización de cualquier prótesis removible.** | | |
| 7 | 14130600 | SOLDADO DE RET.EN APARATOS CROMOCOB. C/AGREG. DE 1 | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de 9 meses de la realización de cualquier prótesis removible.** | | |
| 7 | 14130700 | RETENCION SUBSIGUIENTE C/U | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de 9 meses de la realización de cualquier prótesis removible.** | | |
| 7 | 14140000 | CARILLA DE ACRILICO | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización.** | | |
| 7 | 14150000 | REBAZADO DE PROTESIS | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Luego de 9 meses de la realización de cualquier prótesis removible.** | | |
| 7 | 14160000 | CUBETA INDIVIDUAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: para la confección de prótesis completas y quedará a criterio de la Auditoría su autorización en parciales de acrílico y de cromo cobalto.** | | |
| 7 | 14170000 | LEVANTE DE ARTIC. EN ACRIL.TRASL. RETEN.FORJ.EN AC | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: para la confección de prótesis completas y quedará a criterio de la Auditoría su autorización en parciales de acrílico y de cromo cobalto.** | | |
| 7 | 15010000 | TARTRECTOMIA Y CEPILLADO MECANICO | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye tecnica de higiene dental, cepillado mecanico y control de placa bacteriana**<br>**Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: técnica de higiene dental, cepillado mecánico y control de placa bacteriana.** | | |
| 7 | 15010001 | TARTRECTOMIA Y CEPILLADO MECANICO | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 15020000 | CONSULTA PREVENTIVA PERIODICA PERIOD INC PREVIO Y APLIC DE FLUOR | ODONTOLOGIA | A |
| | | **comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Detección de placa bacteriana, cepillado previo y aplicación de flúor en ambas arcadas dentarias, cualquiera fuese la técnica que se utilice.** | | |
| 7 | 15020001 | CONSULTA PREVENTIVA PERIODICA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 15030000 | ENSEÑANZAS DE TECNICAS DE HIGIENE BUCAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | **SE RECONOCERA UNA VEZ POR PACIENTE. Desde los tres años a los quince inclusive** | | |
| 7 | 15030001 | ENSEÑANZAS DE TECNICAS DE HIGIENE BUCAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 15040000 | SELLANTES DE PUNTOS Y FI SURAS, POR PIEZA DENTAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Por pieza dental: se consederará toda la extension de surcos y fisuras que posea la pieza dental.** | | |
| 7 | 15040001 | SELLANTES DE PUNTOS Y FI SURAS, POR PIEZA DENTAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones se considerará toda la extensión de surcos y fisuras que posea la pieza dental. Se reconocerán una vez cada 2 (dos) años por pieza dental, solo se autorizarán nuevamente los que se observen deteriorados (transcurridos los 2 años de realizado, será analizado por Auditoría odontológica). Hasta los 15 años de edad inclusive. No se reconocerá en caras libres de molares ni sobre obturaciones.** | | |
| 7 | 15050000 | CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMA MATERNO | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 17010000 | MOTIVACION EN MENORES DE 13 AÑOS. | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Anamnesis, examen bucal, fichado y plan de tratamiento. Certificado Bucodental. Indicaciones: en afiliados de 3 a 12 años inclusive.** | | |
| 7 | 17010001 | MOTIVACION EN MENORES DE 13 AÑOS. | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 17020000 | MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO | ODONTOLOGIA | A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización corona en pieza dentaria y ansa de alambre de apoyo. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 | 17020100 | MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: cuando falten dos o más dientes primarios contiguos o más de dos dientes alternados en la misma arcada dental. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 | 17030000 | TRATAMIENTO PULPAR PIEZAS TEMPORARIAS | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: cuando el diente tratado no se encuentre en el período de exfoliación normal o cuando la reabsorción radicular no supere el 1/3 medio radicular. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 | 17030001 | TRATAMIENTO PULPAR PIEZAS TEMPORARIAS | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 17040000 | CORONA METALICA, DE ACERO O SIMILARES | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Se autorizará como única restauración en piezas dentarias temporarias con gran destrucción coronaria. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 | 17050000 | REDUCCION DE LUXACION CON INMOVILIZACION DENTARIA | ODONTOLOGIA | A |
| | | **•Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: piezas dentarias permanentes.** | | |
| | | **•Excluye: tratamiento endodontico** | | |
| 7 | 17050001 | REDUCCION DE LUXACION CON INMOVILIZACION DENTARIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 17060000 | LUXACION TOTAL-REIMPLANTE | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: piezas dentarias permanentes. Excluye: tratamiento endodontico** | | |
| 7 | 17060001 | LUXACION TOTAL-REIMPLANTE | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 17070000 | FRACTURA AMELODENTARIA CON PROTECCION PULPAR | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 | 17070001 | FRACTURA AMELODENTARIA CON PROTECCION PULPAR | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 17080000 | IRM | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: en piezas dentales temporarias como única restauración con validez de un (1) año después de la cual sólo se autorizará la restauración definitiva.** | | |
| 7 | 17080001 | IRM - CUD | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 17090000 | CARIOSTATICO | ODONTOLOGIA | A |
| | | **•Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: en piezas dentales temporarias.** | | |
| | | **•Excluye: combinación con IRM o selladores.** | | |
| 7 | 17090001 | CARIOSTATICO | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 18010000 | CONSULTA DE ESTUDIO, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO PERIODONTAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: anamnesis, examen bucal. Confección de la ficha periodontal, la cual deberá acompañar a los códigos 180300 (01),180400 (01)** | | |
| | | **El estudio, diagnóstico y pronóstico periodontal se basan en la evaluación de los tejidos de soporte de los dientes. El estudio incluye el sondaje periodontal (medición de la profundidad de las bolsas gingivales), el análisis de radiografías (para observar la pérdida ósea) y la evaluación de factores de riesgo como tabaquismo o diabetes. El diagnóstico confirma la presencia y gravedad de la enfermedad periodontal (como la gingivitis o periodontitis) basándose en hallazgos clínicos como sangrado, bolsas y pérdida de inserción. Finalmente, el pronóstico establece el riesgo de progresión de la enfermedad y la probabilidad de pérdida de dientes, utilizando datos del estudio y diagnostico** | | |
| 7 | 18010001 | CONSULTA DE ESTUDIO, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO | ODONTOLOGIA | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 18020000 | TRATAMIENTO DE GINGIVITIS MARGINAL CRONICA | ODONTOLOGIA | A |
| | **•Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Tartrectomía, Raspaje, Control de Placas bacteriana, topicación con flúor, Enseñanza de cepillado y evaluación. Indicaciones: cuadros gingivales cualquiera fuese su etiología.**<br>**•Excluye: confección de ficha periodontal.** | | |
| 7 18020001 | TRATAMIENTO DE GINGIVITIS MARGINAL CRONICA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 18020100 | MANTENIMIENTO PERIODONTAL | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización.** | | |
| 7 18030000 | TRAT. DE PERIODONTITIS DEST. LEVE O MODERADA | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye:, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Tartrectomía, Raspaje, curetaje y alisado radicular y eventual gingivectomía Control de Placas bacteriana, topicación con flúor, Enseñanza de cepillado y evaluación. Indicaciones: enfermedad periodontal leve o moderada cuando las bolsas periodontales no superen los 5mm. o con pérdida de la inserción no mayor a los 5mm. Para su facturación deberá presentar documentación respaldatoria y ficha periodontal.** | | |
| 7 18030001 | TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS DEST. LEVE O MODERADA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 18030100 | TRAT. DE PERIODONTITIS DEST. LEVE O MODERADA con bolsa periodental -SUMAT DE PIEZAS | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Tartrectomía, Raspaje, curetaje y alisado radicular y eventual gingivectomía Control de Placas bacteriana, topicación con flúor, Enseñanza de cepillado y evaluación. Indicaciones: enfermedad periodontal leve o moderada cuando las bolsas periodontales no superen los 5mm. o con pérdida de la inserción no mayor a los 5mm. Para su facturación deberá presentar documentación respaldatoria y ficha periodontal.** | | |
| 7 18040000 | TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS SEVERA | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Tartrectomía, Raspaje, curetaje y alisado radicular y eventual gingivectomía. Control de Placas bacteriana, topicación con flúor, Enseñanza de cepillado y evaluación. Indicaciones: enfermedad periodontal severa cuando las bolsas periodontales superen los 5mm. o con pérdida de la inserción mayor a los 5mm. Para su facturación deberá presentar documentación respaldatoria y ficha periodontal.** | | |
| 7 18040001 | TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS SEVERA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 18040100 | TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS SEVERA-SUMATORIA DE P | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Tartrectomía, Raspaje, curetaje y alisado radicular y eventual gingivectomía. Control de Placas bacteriana, topicación con flúor, Enseñanza de cepillado y evaluación. Indicaciones: en pacientes parcialmente desdentados con discontinuidad en la ubicación de las piezas dentarias. Se considerara un sector cada 5 piezas, independientemente de su ubicación y cuando se hayan facturado no más de 4 sectores. Para su facturación deberá presentar documentación respaldatoria y ficha periodontal.** | | |
| 7 18050000 | DESGASTE SELECTIVO O ARMONIZACION OCLUSAL. | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: Se reconocerán cuando se detalle el estudio de la oclusión y el análisis de los factores traumatizantes, remitiendo los elementos de juicio para su evaluación.** | | |
| 7 18050001 | DESGASTE SELECTIVO O ARMONIZACION OCLUSAL. | ODONTOLOGIA | A |
| 7 18060000 | PLACAS OCLUSALES (TEMPORARIAS) DE ACRIL. REMOVIBLE | ODONTOLOGIA | A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | •Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Cubeta individual y controles posteriores.<br>•Excluye: Placas Oclusales estampadas. Protector bucal post traumatismos, contención de ortodoncia o para prácticas deportivas. | | |
| 7 | 18070000 | FERULIZACION | ODONTOLOGIA | A |
| | | •Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: piezas dentarias bajo tratamiento periodontal cuando este correctamente indicada presentando informe. Abarca la totalidad de las piezas dentales que el prestador considere necesario.<br>•Excluye: contención de ortodoncia | | |
| 7 | 19010100 | RADIOGRAFIA PERIAPICAL | ODONTOLOGIA | A |
| | | Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. | | |
| 7 | 19010101 | RADIOGRAFIA PERIAPICAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 19010200 | RADIGRAFIA BITEWING | ODONTOLOGIA | A |
| | | Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. | | |
| 7 | 19010201 | RADIGRAFIA BITEWING | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 19010300 | RADIGRAFIA OCLUSAL 6 X 8 | ODONTOLOGIA | A |
| | | Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. | | |
| 7 | 19010301 | RADIGRAFIA OCLUSAL 6 X 8 | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 19010400 | RX SERIADA DE 7 PELICULAS | ODONTOLOGIA | A |
| | | Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. | | |
| 7 | 19010401 | RX SERIADA DE 7 PELICULAS | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 19010500 | RX SERIADA DE 14 PELICULAS | ODONTOLOGIA | A |
| | | Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. | | |
| 7 | 19010501 | RX SERIADA DE 14 PELICULAS | ODONTOLOGIA | A |
| 7 | 19020000 | RADIOGRAFIA PANORAMICA | ODONTOLOGIA<br>Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a profesional odontológico. | A |
| | | Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realizacion. Una toma radiográfica normal. Indicaciones: se debe visualizar zona retromaxilar, zona de ATM, rama ascendente del maxilar inferior, ángulo goníaco, maxilar superior y procesos dento-alveolares. | | |
| 7 | 19020100 | TELERRADIOGRAFIA FRENTE/PERFIL | ODONTOLOGIA<br>Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a profesional odontológico Especialista en CYTBMF, Ortodoncia y OFM o ATM. | A |
| | | Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Incluye dos exposiciones laterales de ambos cóndilos (derecho e izquierdo) en posiciones a elección del prestador (oclusión-reposo-apertura máxima). Indicaciones: Metodo de diagnostico en tratamientos autorizados por ISSN, de Cirugia, Ortodoncia u Ortopedia y ATM. | | |
| 7 | 19020300 | CONDILOGRAFIA SERIADA | ODONTOLOGIA | A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | **Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a profesional odontológico Especialista en CYTBMF, Ortodoncia y OFM o ATM.** | |
| | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Incluye dos exposiciones laterales de ambos cóndilos (derecho e izquierdo) en posiciones a elección del prestador (oclusión-reposo-apertura máxima). Indicaciones: Método de diagnóstico en Cirugia, Ortodoncia u Ortopedia y ATM.** | | | |
| 7 19020400 | CONDILOGRAFIA-RX EXTRABUCAL UNA EXPOSICIÓN MAS | | ODONTOLOGIA | A |
| | | | **Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a profesional odontológico Especialista en CYTBMF, Ortodoncia y OFM o ATM.** | |
| | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realizacion. Incluye una exposición radiográfica por zona de ambos maxilares. Especialistas en ATM, Cirugía u Ortodoncia.** | | | |
| 7 19020500 | ESCANOGRAMA DE LOS MAXILARES | | ODONTOLOGIA | A |
| | | | **Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a profesional odontológico Especialista en CYTBMF, Ortodoncia y OFM o ATM.** | |
| | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Incluye una exposición radiográfica por zona de ambos maxilares. Indicaciones:<br>Zona I: se debe visualizar la rama ascendente del maxilar inferior, ángulo goníaco, piezas dentarias 48-47-18 y 17, tuberosidad del maxilar superior del lado izquierdo.<br>Zona II: se debe visualizar el cuerpo del maxilar inferior, agujero mentoniano, canal dentario inferior, procesos dento-alveolares del maxilar superior e inferior, piezas dentarias 16-15-14-46-45 y 44, zona del seno del maxilar superior.<br>Zona III: se debe visualizar la sínfisis mentoniana, procesos dento-alveolares del maxilar superior e inferior, piezas dentarias de canino a canino de ambos lados del maxilar superior e inferior, espina nasal anterior, fosas nasales y tabique nasal.<br>Zona IV: se debe visualizar el cuerpo del maxilar inferic Zona V: debe visualizar la rama ascendente del maxilar** | | | |
| 7 19020600 | RX CARPAL | | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización.** | | | |
| 7 19030000 | TOMOGRAFIA DENTAL DE LOS MAXILARES CONE BEANE | | ODONTOLOGIA | A |
| | | | **Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a profesional odontológico Especialista en CYTBMF, Ortodoncia y OFM o ATM.** | |
| | **•Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Incluye cuatro (4) cortes con una distancia acorde al caso clínico, espaciados de 2 a 4 mm. entre sí. Se deberá especificar la zona en el odontograma de la planilla odontológica donde requiera efectuar los cortes tomográfico en sentido vestíbulo lingual. Se podrá solicitar para determinar patologías.<br>•Excluye: radiografía panorámica para indicar las cortes tomográficas. Como estudio pre operatorio para implantes ni exodoncias de 3º molares.** | | | |
| 7 20100000 | EXTRACCION DENTARIA | | ODONTOLOGIA | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **•Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: piezas dentales que debido a su patología queden exentas de tratamiento conservador.** | | |
| | **•Excluye: extracciones de piezas temporarias que se encuentren en períodos de exfoliación normal.** | | |
| 7 20100001 | EXTRACCION DENTARIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20110000 | PLASTICA DE COMUNICACION BUCOSINUSAL | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: técnica quirúrgica para reparar comunicación entre maxilar superior y seno maxilar luego de la exodoncia de premolar o molar superior.** | | |
| 7 20110000 | PLASTICA DE COMUNICACION BUCOSINUSAL | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20110001 | PLASTICA DE COMUNICACION BUCOSINUSAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20120000 | BIOPSIA POR PUNCION O ASPIRACION | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización.** | | |
| 7 20120000 | BIOPSIA POR PUNCION O ASPIRACION | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20120001 | BIOPSIA POR PUNCION O ASPIRACION | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20130000 | ALVEOLECTOMIA ESTABILIZA DORA POR ZONA (6 ZONAS) | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: remodelado de la cortical o de la cresta alveolar, al finalizar la extracción dentaria múltiples con finalidad protésica.** | | |
| 7 20130000 | ALVEOLECTOMIA ESTABILIZA DORA POR ZONA (6 ZONAS) | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20130001 | ALVEOLECTOMIA ESTABILIZA DORA POR ZONA (6 ZONAS) | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20140000 | REIMPLANTE DENTARIO INMEDIATO AL TRAUMATISMO | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: técnica utilizada para reimplantar pieza dental en su alveolo luego de una avulsión.** | | |
| 7 20140000 | REIMPLANTE DENTARIO INMEDIATO AL TRAUMATISMO | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20140001 | REIMPLANTE DENTARIO INMEDIATO AL TRAUMATISMO | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20150000 | INCISION Y DRENAJE DE ABCESOS POR VIA INTRABUCAL | ODONTOLOGIA | A |
| | **•Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: en casos de signos de patologías agudas.** | | |
| | **•Excluye: paso intermedio de exodoncia o endodoncia.** | | |
| 7 20150000 | INCISION Y DRENAJE DE ABCESOS POR VIA INTRABUCAL | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20150001 | INCISION Y DRENAJE DE ABCESOS POR VIA INTRABUCAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20160000 | TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA O ALVEOLITIS POST-EXODON | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: tratamientos para reducir y tratar el desarrollo de la alveolitis dental y hemorragias luego de realizada la exodoncia.** | | |
| 7 20160001 | TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA O ALVEOLITIS POST-EXODON | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20170000 | SUTURA EN TEJIDOS BLANDOS BUCALES POST-TRAUMATICOS | ODONTOLOGIA | A |
| | **•Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización.** | | |
| | **•Excluye: Sutura post exodoncia.** | | |
| 7 20170001 | SUTURA EN TEJIDOS BLANDOS BUCALES POST-TRAUMATICOS | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20180000 | BIOPSIA POR ESCISION | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: lesiones que se desees analizar y tejidos sanos adyacentes.** | | |
| 7 20180000 | BIOPSIA POR ESCISION | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20180001 | BIOPSIA POR ESCISION | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20190000 | ALARGAMIENTO QUIRURGICO DE LA CORONA CLINICA | ODONTOLOGIA | A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **Incluye: y gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: en piezas dentales con solicitud de códigos 040108-040112-040105 y en caries subgingivales.** | | |
| 7 20190000 | ALARGAMIENTO QUIRURGICO DE LA CORONA CLINICA | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20190001 | ALARGAMIENTO QUIRURGICO DE LA CORONA CLINICA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20200000 | EXTRAC. DE DIENTE O RESTO RADICULAR RETEN MUCOSO | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: piezas dentarias indicadas a exodoncia que presenten retención MUCOSA. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 20200000 | EXTRAC. DE DIENTE O RESTO RADICULAR RETEN MUCOSO | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20200001 | EXTRACCION DE DIENTE O RESTO RADICULAR RETENIDO MU | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20200100 | EXTRACCION DE DIENTE O RESTO RADICULAR RETEN OSEO | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: piezas dentarias indicadas a exodoncia que presenten retención OSEA. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 20200100 | EXTRACCION DE DIENTE O RESTO RADICULAR RETEN OSEO | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20200101 | EXTRACCION DE DIENTE O RESTO RADICULAR RETENIDO OS | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20210000 | GERMECTOMIA | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 20210000 | GERMECTOMIA | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20210001 | GERMECTOMIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20220000 | LIBERACION DE DIENTES RETENIDO | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: solo en caninos C y 3º molares. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 20220000 | LIBERACION DE DIENTES RETENIDO | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20220001 | LIBERACION DE DIENTES RETENIDOS | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20230000 | APICECTOMIA | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: gastos, comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: piezas dental endodonciada cuando fracase el tratamiento conservador por vía de conducto radicular. Rx pre y post. operatoria incluye material de retroobturacion.** | | |
| 7 20230000 | APICECTOMIA | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20230001 | APICECTOMIA | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20240000 | TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Indicaciones: curetaje y lavaje de infección crónica con extracción de secuestros óseos.** | | |
| 7 20240000 | TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20240001 | TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20250000 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Para su facturación deberá c presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 20250000 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO | ODONTOLOGIA | I |
| 7 20250001 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO | ODONTOLOGIA | A |
| 7 20260000 | ALVEOLECTOMIA CORRECTIVA POR ZONA (6 ZONAS) | ODONTOLOGIA | A |
| | | **Incluye: Comprende todo material e instrumental necesario para su realización.** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **Incluye: comprende todo material e instrumental necesario para su realización. Para su facturación deberá presentar rx pre y post operatoria.** | | |
| 7 20260000 | ALVEOLECTOMIA CORRECTIVA POR ZONA (6 ZONAS) | ODONTOLOGIA | I |
| 7 22010000 | DISF. CRANEOMANDIBULAR. CONSULTA INICIAL | ODONTOLOGIA | A |
| 7 22010000 | DISF. CRANEOMANDIBULAR. CONSULTA INICIAL | ODONTOLOGIA<br>**Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a Especialista en ATM** | I |
| | **Incluye: Comprende todo material e instrumental necesario para su realización.** | | |
| 7 22020000 | DISF. CRANEOMANDIBULAR- PLACA NEUROMIORELAJANTE | ODONTOLOGIA<br>**Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a Especialista en ATM** | A |
| | **Incluye: Comprende todo material e instrumental necesario para su realización.** | | |
| 7 22020000 | DISF. CRANEOMANDIBULAR- PLACA NEUROMIORELAJANTE | ODONTOLOGIA | I |
| 7 22030000 | CONSULTA PERIODICA BIMENSUAL | ODONTOLOGIA | A |
| | **Incluye: Comprende todo material e instrumental necesario para su realización.** | | |
| 7 22030000 | CONSULTA PERIODICA BIMENSUAL (CUATRO CONSULTA) | ODONTOLOGIA | I |
| 7 23010000 | ATENCION EN QUIRÓFANO PACIENTE C DISC.(HASTA 5 P | ODONTOLOGIA | A |
| 7 23010100 | ATENCION EN QUIRÓFANO PACIENTE C DISC.(MAS DE 5 | ODONTOLOGIA | A |
| 7 23010200 | ATENCION EN QUIRÓFANO PACIENTE C DISC.(MAS DE 10 P | ODONTOLOGIA | A |

## NORMAS DE PROCEDIMIENTOS PARA LA UTILIZACION EN FACTURACION Y EXCLUSIONES DE PRESTACIONES BRINDADAS -

## NOMENCLADOR UNICO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

**NORMAS**

**PRÁCTICAS NO NOMENCLADAS.**

**Serán homologadas a valores que establecerá la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén en relación a los convenios con los distintos Centros Asistenciales Privados, con la intervención de la Dirección General de Prestaciones Asistenciales**

**Todo aquello no comtemplado en este Nomenclador Unico de la Provincia de Neuquén, podrá ser facturado por Exclusión / Homologación al valor que establecerá la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, en relación a los convenios con los distintos Centros Asistenciales Privados, con la intervención de la Dirección General de Prestaciones Asistenciales.**

**PRESTACIONES POR PRESUPUESTO / PRACTICAS NO VALORIZADAS**

**Se tomará como referencia el VALOR que establecerá la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén en relación a los convenios con los distintos Centros Asistenciales Privados, con la intervención de la Dirección General de Prestaciones Asistenciales .**

**POR PRESUPUESTO: ONCOLOGIA - RADIOTERAPIA**

**Simulación Radioscópica y Marcación - Paliativo metástasis ósea - Módulo Tratamiento de radioterapia 3D - Tridimensional - Módulo de Radioterapia de Intensidad Modulada Multilaminas (IMRT) - Arco-radioterapia Volumétrica Modulada- VMAT - Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis - Tratamiento endovascular de tumores - Módulo de Tratamiento de Tumores por Radiofrecuencia - IGRT - Radioterapia Guiada por imágenes - SBRT - Radioterapia Estereotáxica corporal - SRS – Radiocirugía - Estereotáxica**

**Se tomará como referencia el valor que establecerá la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén en relación a los convenios con los distintos Centros Asistenciales Privados, con la intervención de la Dirección General de Prestaciones Asistenciales.**

**Sobre los MEDICAMENTOS - DESCARTABLES.**

**Los medicamentos de pacientes *AMBULATORIOS*, con *Obra Social o cobertura alguna*, deberán ser prescriptos (receta) por el médico tratante, para ser adquiridos en Farmacias con cobertura de su Obra Social o entidad financiadora.**
**Los medicamentos prescriptos en *INTERNACION* y que figuran como EXCLUSION o que por dosis o uso diario supere el 20% del valor del modulo de dia de internación, se facturarán junto a los codificación de Internación, con la documentación correspondiente, por unidad y a valor Kairos (menos el 20%). Estos medicamentos deberán figurar en la evolución y/o planilla de enfermería.**
**Cuando un paciente internado demande dosis prolongadas de medicación y esta sea de alto costo, a los fines de evitar el desabastecimiento de la farmacia Hospitalaria, Gestión de Pacientes y/o el Servicio - Sector que determine el Director del Centro de Salud Hospitalario, deberá tramitar la provisión del mismo mediante la Obra Social.**

**El valor de la medicación se debe facturar según el valor de KAIROS menos el veinte por ciento (20%)**

**MEDICAMENTOS cuya dosis o uso diario exceda el 20% (veinte%) DEL VALOR DEL MODULO DE INTERNACION , deberán ser facturados por exclusión a valor Kairos menos el 20%**

**Cualquier DESCARTABLE que por uso en el acto quirúrgico supere el 20 % del valor del módulo de día de internación, se sumará a la facturación como Exlcusión.**

**El valor del mismo será informado por la Dirección General de Abastecimiento de la Subsecretaria de Salud dependiente del Ministerios de Salud de la Provincia de Neuquén.**

**Se establece el valor de la unidad para traslados con una variable de ajuste definida con el valor litro de Nafta Super-YPF; el que será ajustado al valor vigente al momento de la emisión de la Orden de Prestación por el efector que realiza la prestación. (Ajustado sistemáticamente al valor litro de nafta)**

**Para prestaciones brindadas a pacientes cuya cobertura es responsabilidad de una aseguradora,A.R.T.y/o entidad financiera responsable similar, corresponde adicionar el diez por ciento (10%) de todos y cada uno de los aranceles que figuran en este Nomenclador.**

**Las prácticas que NO correspondan a la atención médica directa por enfermedad o accidente, sino de índole administrativo o para un fin de otro trámite, como LIBRETAS SANITARIAS, EXAMEN PRENUPCIAL, LICENCIAS DE CONDUCIR Y PREOCUPACIONALES, Se facturarán al solicitante o empresa a valor Nomenclador Unico de la Provincia de Neuquén ART.**

**EN LAS CIRUGIAS DE CABEZA Y CUELLO (DE GLANDULAS SALIVALES, TIROIDES Y LINFADENECTOMIAS O VACIAMIENTOS GANGLIONARES) EN LAS CUALES SE UTILICE EL NEUROESTIMUILADOR INTRAQUIRURGICO, SE DEBERA ADICIONAR UN 30% EL VALOR DEL MODULO**

**Este Nomenclador NO ES APLICABLE en las Prestaciones que se originen de pacientes derivados a Terceros Prestadores por FALTA DE CAPACIDAD INSTALADA en los Centros de Atención dependientes del Sistema Público de Salud de la Provincia del Neuquén.**

**Estas Prestaciones serán refacturadas conforme los valores convenidos entre el Prestador Privado y la Dirección General de Prestaciones Asistenciales dependiente de la Dirección Provincial de Prestaciones y Recupero Financiero de esta Subsecretaría de Salud, neto de Auditoría realizada por los profesionales médicos y técnicos administrativos de dicha Dirección. Se deberáa dicionar el diez por ciento (10%) en concepto de "Gastos Administrativos" el que no podra superar la suma de pesos: VEINTICINCOMIL ($25.000,00) a los fines de cubrir los costos que le insume a la Subsecretaría de Salud la atención de un paciente con cobertura médico asistencial en desmedro del que no cuenta con cobertura alguna.**

**Las practicas NOMENCLADAS incluyen los ayudantes y los gastos.**

## TRASLADOS

| ***TRASLADOS - MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (CON MEDICO)*** | ***NOVIEMBRE 25*** | ***DIC 2025*** | ***ENERO 26*** | ***FEB 26*** |
|---|---|---|---|---|
| HASTA 10 KM DEL HOSPITAL. (MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD). *CON MEDICO* | $ 86.100,00 | $ 93.840,00 | $ 93.840,00 | $ 93.840,00 |
| CORTA DISTANCIA (DESDE 10 HASTA 50 KM) (MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD). *CON MEDICO* | $ 157.850,00 | $ 172.040,00 | $ 172.040,00 | $ 172.040,00 |
| MAS DE 50 KM. (MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD) 1,5 VALOR LITRO DE NAFTA SUPER POR CADA KM. RECORRIDO (IDA Y VUELTA) CON MEDICO | $ 2.152,50 | $ 2.346,00 | $ 2.346,00 | $ 2.346,00 |
| ***TRASLADOS - BAJA COMPLEJIDAD (SIN MEDICO)*** | | | | |
| HASTA 10 KM DEL HOSPITAL. (BAJA COMPLEJIDAD). *SIN MEDICO* | $ 17.435,25 | $ 19.002,60 | $ 19.002,60 | $ 19.002,60 |
| CORTA DISTANCIA DESDE 10 HASTA 50 KM (BAJA COMPLEJIDAD). *SIN MEDICO* | $ 104.970,25 | $ 114.406,60 | $ 114.406,60 | $ 114.406,60 |
| MAS DE 50 KM. (BAJA COMPLEJIDAD) VALOR 1 LITRO DE NAFTA SUPER POR CADA KM RECORRIDO IDA Y VUELTA. *SIN MEDICO* | $ 1.435,00 | $ 1.564,00 | $ 1.564,00 | $ 1.564,00 |

CONTINUACION

| ***TRASLADOS - MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (CON MEDICO)*** | ***MAR 26*** | ***ABRIL 26*** | ***MAYO 26*** | ***JUNIO 26*** |
|---|---|---|---|---|
| HASTA 10 KM DEL HOSPITAL. (MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD). *CON MEDICO* | $ 97.680,00 | $ 114.720,00 | $ 119.640,00 | $ 121.800,00 |
| CORTA DISTANCIA (DESDE 10 HASTA 50 KM) (MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD). *CON MEDICO* | $ 179.080,00 | $ 210.320,00 | $ 224.325,00 | $ 228.375,00 |
| MAS DE 50 KM. (MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD) 1,5 VALOR LITRO DE NAFTA SUPER POR CADA KM. RECORRIDO (IDA Y VUELTA) CON MEDICO | $ 2.442,00 | $ 2.868,00 | $ 2.991,00 | $ 3.045,00 |
| ***TRASLADOS - BAJA COMPLEJIDAD (SIN MEDICO)*** | | | | |
| HASTA 10 KM DEL HOSPITAL. (BAJA COMPLEJIDAD). *SIN MEDICO* | $ 19.780,20 | $ 23.230,80 | $ 79.760,00 | $ 81.200,00 |
| CORTA DISTANCIA DESDE 10 HASTA 50 KM (BAJA COMPLEJIDAD). *SIN MEDICO* | $ 119.088,20 | $ 139.862,80 | $ 149.550,00 | $ 152.250,00 |
| MAS DE 50 KM. (BAJA COMPLEJIDAD) VALOR 1 LITRO DE NAFTA SUPER POR CADA KM RECORRIDO IDA Y VUELTA. *SIN MEDICO* | $ 1.628,00 | $ 1.912,00 | $ 1.994,00 | $ 2.030,00 |

CONTINUACION

| ***TRASLADOS - MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (CON MEDICO)*** | ***JULIO 26*** | ***AGOSTO 26*** | ***SEPT 26*** | ***OCT 26*** |
|---|---|---|---|---|
| HASTA 10 KM DEL HOSPITAL. (MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD). *CON MEDICO* | $ 122.820,00 | $ 122.820,00 | | |
| CORTA DISTANCIA (DESDE 10 HASTA 50 KM) (MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD). *CON MEDICO* | $ 230.287,50 | $ 230.287,50 | | |
| MAS DE 50 KM. (MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD) 1,5 VALOR LITRO DE NAFTA SUPER POR CADA KM. RECORRIDO (IDA Y VUELTA) CON MEDICO | $ 3.070,50 | $ 3.070,50 | | |
| ***TRASLADOS - BAJA COMPLEJIDAD (SIN MEDICO)*** | | | | |
| HASTA 10 KM DEL HOSPITAL. (BAJA COMPLEJIDAD). *SIN MEDICO* | $ 81.880,00 | $ 81.880,00 | | |
| CORTA DISTANCIA DESDE 10 HASTA 50 KM (BAJA COMPLEJIDAD). *SIN MEDICO* | $ 153.525,00 | $ 153.525,00 | | |
| MAS DE 50 KM. (BAJA COMPLEJIDAD) VALOR 1 LITRO DE NAFTA SUPER POR CADA KM RECORRIDO IDA Y VUELTA. *SIN MEDICO* | $ 2.047,00 | $ 2.047,00 | | |

**Sobre los MÓDULOS DE HEMOTERAPIA.**
La facturación de la BOLSA de hemoderivados se hará por medio de exclusión.
En caso de facturarse una bolsa de hemoderivados irradiada y filtrada, deberá adicionarse el código por exclusión Irradiación de bolsa de hemoderivados, el valor del FILTRO (excluido) será informado por la Dirección General de Abastecimiento de la Subsecretaria de Salud al momento de solicitarlo.
Cada transfusión al paciente se facturará según el código correspondiente, acompañado de la solicitud con diagnóstico del médico tratante.

**Si el paciente es ambulatorio y se lo transfunde, los Códigos que se facturarán son:**
**Como exclusión la Bolsa más 24020100 y el Modulo de Emergencia (43120500)**

| | |
|---|---|
| BOLSA DE HEMODERIVADOS (PFC HASTA 350 CC; GRS HASTA 300 CC; PLAQUETAS 40 - 60 CC; CRIOPRECIPITADOS HASTA 20 CC) INCLUYE ABO; RH; FENOTIPO EXTENDIDO; KELL; SEROLOGÍA) | **$ 171.383,82** |
| IRRADIACIÓN DE BOLSA DE HEMODERIVADOS. | **$ 97.871,48** |
| TRANSFUSION DE HEMATIES SEDIMENTADOS HASTA 300 CC | **$ 97.871,48** |
| TRANSFUSION DE LEUCOCITOS | **$ 97.871,48** |

| | |
|---|---|
| CONTROL EN DOMICILIO POR **AGENTE SANITARIO** (INCLUYE APS: PREVENCION, PROMOCION, PROTECCION Y RECUPERACION DE LA SALUD, VIGILANCIA EPIDEMILOGICA SEGÚN CORRESPONDA) | **$ 10.048,13** |

| | |
|---|---|
| **TRABAJADOR SOCIAL:** ( Orientecion/Consulta/Asosoramiento) Comprende entrevista de osrientacion, contencion, asesoramiento socio sanitario, preventiva,evaluacion preliminar, orientacion de derechos, intervencion profesional y derivacion oportuna . A domicilio / Efector | **$ 41.783,00** |
| **INFORME** SOCIAL / SOCIO-AMBIENTAL / SOCIO-SANITARIO: Evaluación de contexto, diagnostico situacional y confeccion de Informe tecnico fundamentado | **$ 422.107,00** |

| | |
|---|---|
| **PRACTICA DE PODOLOGIA**: Comprende el abordaje intergal, diagnostico, prevencion y tratamiento de las afecciones del pi ( pie diabetico,pie de riesgo neuropatico/vascular, hiperqueratosis severas/ helomas neurovasculares, distrofias ungueales, onicogrifosis/onicauxis, papilomas plnatares, verrugas plantales, ulceras plantares. | **$ 29.472,32** |

| | | |
|---|---|---|
| BANCO DE LECHE MATERNA ( MODULO MENSUAL DE LACTANCIA HUMANA): SEROLOGIA HIV CADA 30 DIAS, HEPATITIS A, B, C, TOXOPLASMOSIS, CHAGAS. HTLV 1 - 2. EXTRACCION EN DOMICILIO, EDUCACION DE HIGIENE. SEGUIMIENTO TELEFONICO. ENTREGA CADA 15 DIAS DE FRASCOS ESTERILIZADOS, ELEMENTOS, BOMBA EXTRACTORA DE LECHE MANUAL) | | **$ 320.206,64** |
| AMPLIFICACION GENETICA HER2POR ISH (HIBRIDACION IN SITU) | | **$ 781.014,37** |
| DERECHO AL USO DE GAMMAPROBE EM BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA ( NO INCLUIDA LA LINFOCENTELLOGRAFIA RADIOISOTOPICA CON MARCACION DE GANGLIO CENTINELA) | | **$ 770.903,37** |
| Identificacion por espectrometria de masa por tecnologia MALDI-TOF | | **121.344,32** |
| RESIST EN LA VIA AEREA POR PLETISMOGRAFIA | | **$ 725.354,55** |
| CAPAC PULMON TOT/VOL RESIDUAL P/PLETIS | | **$ 274.458,30** |
| VENTILACIÓN VOLUNTARIA MÁXIMA (MVV) | | **62.481,15** |

| | |
|---|---|
| **ECOGRAFIA PARA TRANSLUCENCIA NUCAL FETAL** | **88.582,38** |

| | |
|---|---|
| **MODULO TEST HIV** | **30.255,47** |

**ATENCION MEDICA/PARAMEDICA EN LA VIA PUBLICA O DOMICILIO (CON O SIN TRASLADO)**

*INCLUYE* : USO DE LA UNIDAD MOVIL DE AUXILIO, TRASLADO , RECURSO HUMANO (MEDICO-ENFERMERO-PERSONALASISTENCIA) TRIAGE ESABILIZACION HEMODINAMICA DEL PACIENTEINMOVILIZACION, COLLARIN, FERULAS, CURACIONES DE EMERGENCIA, VENDAJES, FARMACOS DE URGENCIA , INSUMOS DESCARTABLES, ADMINISTRACION DE OXIGENO, ETC

SISTEMA INTEGRADO DE EMERGENCIAS DEL NEUQUEN -SIEN - / EFECTOR ( MOVILIDAD DEL SISTEMA PUBLICO)

| | |
|---|---|
| ***EMERGENCIA CÓDIGO ROJO*** . INCLUYE: MÓDULO DE RESUCITACIÓN CARDIO RESPIRATORIA - TRASLADO-SHOCK, TRAUMA, NO INTERNADO EN UTIM- ASISTENCIA INICIAL EN SHOCK CUALQUIER TIPO, ASISTENCIA RESPIRATORIA BOLSA-TOT. CARDIOVERSION Y DESFIBRILACION. MEDICAMENTOS Y DESCARTABLES ANEXO I. | **$ 482.032,29** |
| ***URGENCIA CÓDIGO AMARILLO*** (INCLUYE VISITA COVID) INCLUYE: TRASLADO-SHOCK, TRAUMA, NO INTERNADO EN UTIM- ASISTENCIA INICIAL EN SHOCK CUALQUIER TIPO. MEDICAMENTOS Y DESCARTABLES. PROCEDIMIENTO INVASIVO.- EPP- MONITOREO CARDIACO- OXIGENO- SOLUCIONES PARENTERALES | **$ 389.396,84** |

| | |
|---|---|
| ***SIEN - Teleconsulta de Emergencia***<br>Corresponde solamente en los casos en los que se resuelva la emergencia sin la necesidad de la asistencia del móvil del SIEN al lugar.<br>•Alcance: Limitado a la conversación y evaluación clínica. .<br>•Objetivo: Brindar atención puntual, diagnóstico o seguimiento en situaciones especificas | **$ 39.247,07** |

**EXCLUSIVO USO PARA FACTURACION DE ISSN**

| | |
|---|---|
| **ISSN** - MÓDULO INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA/ADICCIONES. PACIENTES DE CORTO TRATAMIENTO. POR DÍA<br>Paciente internado en el sector de salud mental o clínica, sala común, de acuerdo al tipo de controles necesarios. | **$ 214.240,40** |
| **ISSN -** MÓDULO DE INTERNACIÓN PARA DESINTOXICACIÓN EN ADICCIONES POR DÍA (INCLUYE MEDICACIÓN) | **$ 409.233,94** |

| | |
|---|---|
| **VUELO SANITARIO**<br>VUELO SANITARIO LOS TRASLADOS AÉREOS SE COTIZARÁN EN CADA CASO PARTICULAR. **POR PRESUPUESTO** | |
| MÓDULO EQUIPO PROFESIONAL - HONORARIOS Y GASTOS EQUIPO DE TRASLADO -DENTRO DE LA PROVINCIA- PACIENTE NO CRÍTICO. | **$ 964.064,59** |

| | |
|---|---|
| MÓDULO EQUIPO PROFESIONAL - HONORARIOS Y GASTOS EQUIPO DE TRASLADO - DENTRO DE LA PROVINCIA - PACIENTE CRÍTICO. | **$ 1.253.283,96** |
| MÓDULO EQUIPO PROFESIONAL - HONORARIOS Y GASTOS EQUIPO DE TRASLADO - FUERA DE LA PROVINCIA - PACIENTE NO CRÍTICO. | **$ 1.253.283,96** |
| MODULO EQUIPO PROFESIONAL - HONORARIOS Y GASTOS EQUIPO DE TRASLADO - FUERA DE LA PROVINCIA - PACIENTE CRÍTICO | **$ 1.397.893,64** |

| ***LABORATORIO - Listado de modulos diagnóstico por pcr real time*** | |
|---|---|
| Módulo diagnóstico Respiratorio 1(Incluye PCR Influenza A, Influenza B, Virus Sincitial Respiratorio,SARS-COV-2 ) | **$ 63.721,32** |
| Módulo diagnóstico Respiratorio 2(Incluye PCR Metapneumovirus, Enterovirus, Adenovirus, Parainfluenza 1,2,3,4 ) | **$ 102.178,15** |
| Módulo diagnóstico para Neumonias(Incluye PCR Bordetella pertussi, Bordetella parapertussis, Chlamydophila pneumoniae, Haemophilus influenzae, Legionella pneumophila, Mycoplasma pneumoniae, Streptococcus pneumoniae ) | **$ 103.559,60** |
| Módulo de diagnóstico etiológico de meningoencefalitis virales (Incluye PCR Herpes simple 1 y 2 ,Varicela Zoster, Epstein-Barr,Citomegalovirus,herpes humano 6 y 7.) | **$ 102.675,97** |
| Módulo de diagnóstico etiológico de meningitis bacterianas (Incluye PCR Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae y Streptococcus pneumoniae) | **$ 81.506,05** |
| Módulo de diagnóstico de enfermedad de trasmision sexual (Incluye PCR Chlamydia trachomatis ,Mycoplasma genitalium y hominis,Ureaplasma urealyticum y parvum y Trichomonas vaginalis.) | **$ 63.721,32** |
| Módulo de diagnóstico de Ulceras Genitales (Incluye PCR Herpes simple 1 y 2, Haemophilus ducreyi, Citomegalovirus, Lynfogranuloma venereo, Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum y Varicela Zoster.) | **$ 47.915,45** |
| Módulo de diagnóstico de Trombosis hereditarias (Incluye detección de polimorfismo de Factor V Leiden y Factor II G20210A ) | **$ 74.673,43** |
| Módulo de diagnóstico de genes de resistencia de antimicrobianos en Gram (-) y Gram (+). Incluye IMP, KPC, NDM, OXA-48, VIM. | **$ 99.949,80** |
| Módulo de diagnóstico de Gastroenteritis bactrianas 1 (Incluye PCR Shigella spp., Escherichia coli enteroinvasiva, Campylobarter spp, Yersinia enterocolitica, Vibrio spp, Clostridium difficile toxina, Aeromonas spp y Salmonella spp.) | **$ 56.253,98** |
| Módulo de diagnóstico de Gastroenteritis bacterianas 2 ( E-coli O157, C.difficile Hypervirulento, STEC ( stx1/2 ), EAEC , ETEC, EPEC) | **$ 59.552,06** |

| ***Filiacion y forense*** | |
|---|---|
| Determinación de marcadores **autosómicos** en muestras de referencia (hisopado bucal y/o sangre en papel de filtro) | **$ 124.455,71** |
| Determinación de marcadores de **cromosoma Y** en muestras de referencia (hisopado bucal y/o sangre en papel de filtro) | **$ 105.787,36** |
| Determinación de marcadores de **cromosoma X** en muestras de referencia (hisopado bucal y/o sangre en papel de filtro) | **$ 149.346,86** |
| Identificación postmortem (NO incluye cotejo) - Muestra cadavérica de tejido blando | **$ 323.584,85** |
| Identificación postmortem (NO incluye cotejo) - Muestra cadavérica a partir de hueso o pieza dental | **$ 286.248,14** |
| Determinación de perfil genético en indicios biológicos con procesamiento NO DIFERENCIAL (Ej: hisopados en objetos) | **$ 186.683,57** |
| Determinación de perfil genético en indicios biológicos con procesamiento DIFERENCIAL (fracción epitelial y fracción espermática – ADN uña y fracción subungueal). Incluye marcadores **autosómicos** y de **cromosoma Y** | **$ 460.486,14** |
| Determinación de marcadores de **cromosoma Y** en indicios biológicos (sin extracción) | **$ 105.787,36** |
| Determinación de marcadores de **cromosoma X** en indicios biológicos (sin extracción) | **$ 143.124,07** |
| Determinación de **ADN mitocondrial** muestra de referencia (hisopado bucal y/o sangre en papel de filtro) | **$ 404.481,07** |
| Determinación de **ADN mitocondrial** muestra de pelo | **$ 547.605,14** |
| Procesamiento incompleto de evidencia | **$ 93.341,78** |
| Quimerismo post trasplante de CPH (incluye perfil del receptor, pre y post trasplante del donante) | **$ 373.367,14** |
| Detección de aneuploidias en cromosomas 13, 18, 21 y sexuales. | **$ 186.683,57** |

**PRACTICAS DE LABORATORIO DE ALTA COMPLEJIDAD (Mas de 20 UB del NBU) Exclusion**

PRACTICAS DE LABORATORIO POR DISTINTAS METODOLOGIAS EJ.: TREPONEMA PALLIDUM - TOXOPLASMOSIS IGM - CHAGAS QL, ETC

| | |
|---|---|
| TÉCNICA DE DETECCIÓN DE HPV P/CAPTURA DE HIBRIDOS | **$ 234.337,76** |
| TÉCNICA DE P16 P/ INMUNOHISTOQUIMICA | **$ 309.930,59** |
| INMUNOFLUORESCENCIA (HASTA 2 DETERMINACIONES). | **$ 90.081,44** |
| INMUNOFLUORESCENCIA (HASTA 6 DETERMINACIONES). | **$ 153.705,42** |
| INMUNOFLUORESCENCIA (MÁS DE 6 DETERMINACIONES). | **$ 185.832,36** |
| INESTABILIDAD MICROSATELITAL P/ CÁNCER DE COLON (P/ 4 DETERMINACIONES) | **$ 344.792,85** |
| INTERCONSULTA DIAGNÓSTICA | **$ 116.232,33** |

**Complejidad de Anestesia para las prácticas que la requieran. Según Convenio con ANAAR - ISSN**

| | | | Estado | ANESTESIA |
|---|---|---|---|---|
| **ANESTESIOLOGIA** | | | | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 1 | **196587,1988** | 16020100 | A | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 1 | **196587,1988** | 16020100 | I | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 2 | **293.864,75** | 16020200 | A | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 2 | **293.864,75** | 16020200 | I | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 3 | **441.788,05** | 16020300 | A | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 3 | **441.788,05** | 16020300 | I | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 4 | **573.767,31** | 16020400 | A | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 4 | **573.767,31** | 16020400 | I | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 5 | **662.698,81** | 16020500 | A | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 5 | **662.698,81** | 16020500 | I | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 6 | **991.790,05** | 16020600 | A | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 6 | **991.790,05** | 16020600 | I | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 7 | **1.493.267,70** | 16020700 | A | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 7 | **1.493.267,70** | 16020700 | I | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 8 | **2.239.901,57** | 16020800 | A | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 8 | **2.239.901,57** | 16020800 | I | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 9 | **2.986.535,42** | 16020900 | I | |
| ANESTESIA COMPLEJIDAD 10 | **4.479.803,12** | 16021000 | I | |
| MÓDULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS (ANESTESIA 3) | **441.788,05** | 16020300 | A | **3** |

| **TRATAMIENTO DEL DOLOR (SOLO CON SELLO DE ANESTESIOLOGO CON Nº DE MATRICULA)** | |
|---|---|
| Medicación Sistemica Antaalgica-Neuroleptoanalgesia, Agripnoanalgesia - Primera 24 HS | **$ 277.728,70** |
| Medicación Sistemica Antaalgica-Neuroleptoanalgesia, Agripnoanalgesia - Cada 24 Hs. | **$ 177.029,92** |
| ANALGESIA REGIONAL CONTINUA, PRIMERAS 24 HS. O FRACCIÓN. | **$ 264.503,53** |
| ANALGESIA REGIONAL CONTINUA, CADA 24 HS. O FRACCION SIGUIENTE. | **$ 177.029,92** |
| HIPOTERMIA CONTROLADA, PRIMERAS 24 HS. O FRACCIÓN. | **$ 264.503,53** |
| HIPOTERMIA CONTROLADA, CADA 24 HS. O FRACCIÓN. | **$ 177.029,92** |
| ESTIMULACIÓN ELECTRICA TRANSCUTANEA EET, CADA 24 HS. O FRACCIÓN SIGUIENTE. | **$ 264.503,53** |
| ANALGESIA REGIONAL POR BLOQUEO SUBARACNOIDEN CON FENOL O SIMILAR. | **$ 264.503,52** |
| CORTICOIDES ESPIDURALES POR SESIÓN | **$ 177.029,92** |

| | |
|---|---|
| MORFINA O MORFINOSIMILES POR VÍA ESPIDURALES POR SESIÓN. | **$ 264.503,53** |
| MORFINA O MORFINO SIMILES POR VÍA ESPIDURAL CONTINUA PRIMERAS 24 HS. | **$ 264.503,53** |
| MORFINA O MORFINO SIMILES POR VIA ESPIDURAL CONTINUA, CADA 24 HS. O FRACCIÓN | **$ 177.029,92** |
| BLOQUEO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR SESION. | **$ 177.029,92** |
| BLOQUEO DIAGNÓSTICO O NEUROLISIS DEL PLEXO CELIACO, GANGLIO ESTRELLADO | **$ 264.503,53** |
| BARBOTAGE DE LIQUIDO CEFALO RAQUIDEO O CRIOANALGESIA | **$ 264.503,53** |
| INTUBACION ENDOTRAQUEAL FUERA DEL ACTO OPERATORIO. | **$ 177.029,92** |

**ANESTESIA EN PACIENTES PEDIATRICOS MENORES DE 6 AÑOS Y ADULTOS MAYORES DE 70 AÑOS SE ADICIONARÁ UN 20%.**
**DEL 20% SOBRE EL ARANCEL CORRESPONDIENTE. FIN DE SEMANA: LA ANESTESIA QUE SE REALIZA DESDE EL SABADO A LAS 19.00 HS**

| **LABORATORIO CENTRAL** | |
|---|---|
| MÓDULO DIAGNÓSTICO DE COQUELUCHE (INCLUYE PCR IS481, PCR PT Y PCR AC) | **$ 183.562,49** |
| MÓDULO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE BRONQUIOLITIS (INCLUYE PCR INFLUENZA A, PCR INFLUENZA B Y PCR METAPNEUMOVIRUS | **$ 403.541,36** |
| MÓDULO DIAGNÓSCO ETIOLÓGICO DE NEUMONÍA EN MENOR DE 6 MESES (INCLUYE PCR INFLUENZA A, PCR INFLUENZA B, PCR METAPNEUMOVIRUS, PCR CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE, PCR MYCOPLASMA PNEUMONIAE, PCR C. TRACHOMATIS) | **$ 587.103,85** |
| MÓDULO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE NEUMONÍA EN MAYOR DE 6 MESES (INCLUYE PCR INFLUENZA A, PCR INFLUENZA B, PCR METAPNEUMOVIRUS, PCR CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE, PCR MYCOPLASMA PNEUMONIAE.) | **$ 525.793,93** |
| MÓDULO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE ETI (ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA) (INCLUYE PCR INFLUENZA A, PCR INFLUENZA B Y PCR METAPNEUMOVIRUS) | **$ 403.541,36** |
| MÓDULO DE DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE MENINGOENCEFALITIS VIRALES (INCLUYE PCR ENTEROVIRUS, PCR HERPES VIRUS, PCR VARICELA ZOSTER VIRUS Y PCR CITOMEGALOVIRUS) | **$ 366.757,71** |
| MÓDULO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE INFECCIONES VIRALES EN LA EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO (INCLUYE PCR CITOMEGALOVIRUS, PCR HERPES VIRUS1, PCR HERPES VIRUS 2, PCR VARICELA ZOSTER VIRUS Y PCR PARVOVIRUS B19) | **$ 428.067,63** |
| MÓDULO DETECCIÓN DE GENES CODIFICANTES DE TOXINAS A, B, C, D Y E EN CEPAS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS | **$ 305.815,06** |
| PCR SIMPLE EN FORMATO CONVENCIONAL | **$ 110.986,27** |
| PCR ANIDADA EN FORMATO CONVENCIONAL | **$ 155.289,41** |
| PCR MÚLTIPLE EN FORMATO CONVENCIONAL, AMPLIFICACIÓN DE 2 SECUENCIAS | **$ 155.289,41** |
| PCR MÚLTIPLE EN FORMATO CONVENCIONAL, AMPLIFICACIÓN DE 3 SECUENCIAS | **$ 232.477,38** |
| ADICIONAL POR PROCESO DE RETROTRANSCRIPCIÓN | **$ 88.606,31** |
| PCR EN FORMATO REAL TIME CON COLORANTES INESPECIFICOS (TIPO SYBR GREEN) | **$ 132.909,46** |
| PCR EN FORMATO REAL TIME CON SONDAS FLUORESCENTES ESPECIFICAS | **$ 177.212,62** |
| PCR MÚLTIPLE EN FORMATO REAL TIME CON SONDAS FLUORESCENTES ESPECIFICAS, AMPLIFICACIÓN DE 2 SECUENCIAS | **$ 248.006,32** |
| PCR MÚLTIPLE EN FORMATO REAL TIME CON SONDAS FLUORESCENTES ESPECIFICAS, AMPLIFICACIÓN DE 3 SECUENCIAS | **$ 371.781,11** |
| PCR REAL TIME CUANTITATIVA (DETERMINACIÓN DE CARGA VIRAL O BACTERIANA) | **$ 177.212,62** |
| ADICIONAL ANÁLISIS DE POLIMORFISMOS DE FRAGMENTOS DE RESTRICCIÓN (RFLP), POR ENZIMA UTILIZADA | **$ 22.379,94** |
| CULTIVO DE DIVERSOS MATERIALES EN MEDIOS COMUNES. | **$ 20.553,01** |
| CULTIVO DE DIVERSOS MATERIALES EN MEDIOS ESPECIALES. | **$ 28.774,21** |
| EXTRACCIÓN Y PURIFICACIÓN DE ÁCIDOS NUCLEICOS DE MUESTRAS COMPLEJAS. | **$ 20.553,01** |
| DETERMINACIÓN DE PERFILES GENÉTICOS CON MARCADORES AUTOSÓMICOS O CROMOSOMA Y, EN SANGRE TOMADA CON PAPEL DE FILTRO O EN HISOPADO BUCAL. | **$ 72.163,90** |
| DETERMINACIÓN DE PERFILES GENÉTICOS CON MARCADORES AUTOSÓMICOS O CROMOSOMA Y, EN MUESTRAS DE TEJIDO BLANDO CADAVÉRICO. | **$ 118.293,99** |

| | |
|---|---|
| DETERMINACIÓN DE PERFILES GENÉTICOS CON MARCADORES AUTOSÓMICOS O CROMOSOMA Y, EN MUESTRAS DE HUESO O PIEZAS DENTALES. | **$ 349.401,16** |
| DETERMINACIÓN DE PERFILES GENÉTICOS EN INDICIOS BIOLÓGICOS CON PROCESAMIENTO NO DIFERENCIAL. | **$ 118.293,99** |
| DETERMINACIÓN DE PERFILES GENÉTICOS EN INDICIOS BIOLÓGICOS CON PROCESAMIENTO DIFERENCIAL. | **$ 205.530,10** |
| DETERMINACIÓN DE PERFILES GENÉTICOS POR SECUENCIACIÓN DE ADN MITOCONDRIAL. | **$ 374.978,24** |
| QUIMERISMO POST TRASPLANTE DE CPH. | **$ 216.034,97** |
| CROSS MATCH PRETRASPLANTE POR CITOMETRÍA DE FLUJO. | **$ 236.587,98** |
| HLA CLASE I (HLA A) | **$ 128.342,13** |
| HLA CLASE I (HLA B) | **$ 128.342,13** |
| HLA CLASE I (HLA C) | **$ 128.342,14** |
| HLA CLASE II (DR) | **$ 128.342,15** |
| HLA CLASE II (DQ) | **$ 128.342,17** |
| HLA CLASE II (DP) | **$ 128.342,18** |
| SCREENING DE ANTICUERPOS ANTI HLA (METODOLOGÍA LUMINEX) | **$ 143.871,07** |
| ESPECIFICIDAD DE ANTICUERPOS CLASE I (METODOLOGÍA LUMINEX) | **$ 863.226,40** |
| ESPECIFICIDAD DE ANTICUERPOS CLASE II (METODOLOGÍA LUMINEX) | **$ 863.226,42** |
| CD20 POR CITOMETRÍA DE FLUJO | **$ 61.659,03** |
| CD34 POR CITOMETRÍA DE FLUJO | **$ 118.293,99** |
| PCR EN FORMATO REAL TIME PARA DIAGNÓSTICO DE SARS- COV-2 | **$ 125.601,73** |
| CROSS MATCH FRENTE A PANEL | **$ 462.671,07** |

| **PRACTICAS ODONTOLOGICAS** | |
|---|---|
| PASO INTERMEDIO DE ENDODONCIA | **46.306,24** |
| TRATAMIENTO DE PERICORONARITIS. | **48.339,20** |
| EXODONCIA CON ODONTOSECCIÓN | **52.835,86** |
| **ESTOMATOLOGIA** | |
| ESTOMATOLOGÍA. CONSULTA INICIAL. | **39.660,63** |
| ESTOMATOLOGÍA. TRATAMIENTO. | **39.660,63** |
| ESTOMATOLOGÍA. CONTROL | **39.660,63** |
| **ESTOMATOLOGIA ONCOLOGICA** | |
| CONSULTA 1° VEZ. | **50.992,23** |
| TRATAMIENTO (CURACIÓN SIMPLE, LAVAJES, EROSIONES, MUCOSITIS, ETC.) | **50.992,23** |
| CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO. | **50.992,23** |
| ELIMINACIÓN DE FACTORES MICROTRAUMATIZANTES. | **78.691,72** |
| DESGASTE Y ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS O PLACA OBTURATRIZ.- | **78.691,72** |
| REBASADO DE PRÓTESIS O PLACA OBTURATRIZ.- | **157.383,44** |
| PLACA OBTURATRÍZ DE ACRÍLICO.- | **472.150,31** |
| PRÓTESIS ONCOESTOMATOLÓGICA.- | **1.180.375,79** |
| COLOCACIÓN DE IMPLANTES DENTALES. COLOCACIÓN DE 1 IMPLANTE. | **1.138.197,02** |
| CONFECCIÓN DE PROTECTOR DE TEJIDOS BLANDOS.- | **354.427,50** |
| BIOPSIA INCISIONAL.- | **98.207,27** |
| BIOPSIA CON RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA.- | **157.383,44** |
| ELECTROFULGURACIÓN | **99.466,33** |
| EXODONCIA SIMPLE CON INDICACIÓN ESTOMATOLÓGICA | **59.176,17** |
| EXODONCIA DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS CON INDICACIÓN ESTOMATOLÓGICA | **197.673,60** |
| TRATAMIENTO DE OSTEONECROSIS - POR SESIÓN. | **93.171,00** |
| INFILTRACIÓN CON QUIMIOTERAPIA INTRALESIONAL | **81.209,85** |
| TRATAMIENTO DE LESIONES VASCULARES PEQUEÑAS POR SESIÓN | **93.171,00** |

Ministerio de Salud – Provincial de Neuquén

CAM (Centro Administrativo Ministerial) Antártida Argentina N° 1245 - Edif. 3 – CP 8300

Tel: 299 4495716 Int. 7537 – Email: nivelcentralfacturacion@gmail.com

Ministerio de Salud – Provincial de Neuquén

CAM (Centro Administrativo Ministerial) Antártida Argentina N° 1245 - Edif. 3 – CP 8300