



Buenos
Aires
Provincia

LA PLATA,

19 ABR 2017

VISTO el expediente N° 2914-10109/16 con II Cuerpo y su agregado acumulado Expte N° 2914-10109/16 alc. 1/17 con II cuerpo, iniciado por DIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES caratulado: "CONVENIO IOMA CENTRO MEDICO MAR DEL PLATA", y

CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones se gestiona el proyecto de convenio prestacional a suscribirse entre este Instituto y el Centro Médico Mar del Plata, cuyo objeto es la prestación de todas las actividades asistenciales tipificadas en los Anexos que lo conforman, en las modalidades de internación y ambulatoria a favor de los beneficiarios de este IOMA que acrediten su condición de tales, las que tuvieron origen en la propuesta de la Dirección General de Prestaciones conforme fundamentación agregada a fojas 89/91;

Que a fojas 92/93 obran intervenciones de la Dirección General de Administración y la Dirección de Finanzas;

Que en paralelo al tratamiento de la propuesta por parte de los Organismos de Asesoramiento y Contralor, se dio intervención al Directorio el que con fecha 23 de noviembre de 2016 según consta en Acta 46 decidiera aprobar el proyecto de convenio con el citado centro ad referendum de la intervención de los Organismos de Asesoramiento y Control de la Provincia y autorizar al señor Presidente a la suscripción de los mismos;

Que con fecha 12 de enero de 2017, entoces el presidente de este IOMA suscribió el aludido instrumento;

Que a fojas 188 y 188 vuelta obra dictamen emitido por el Asesor General de Gobierno;

Que la Fiscalía de Estado de la Provincia de Buenos Aires toma vista a fojas 290/291 y sobre el particular estima que en la medida que los valores establecidos en el Anexo V se correspondan con los reconocidos por este IOMA a los prestadores de la

1589/17

provincia de Buenos Aires, en el Nomenclador de Valores de Prácticas vigente, puede el directorio prestar formal aprobación al convenio de marras;

Que a fojas 262 y 263 y vuelta del alcance 1/17 acumulado, lucen las intervenciones de la Dirección General de Compras y Contrataciones y de la Secretaría Legal y Técnica ambas de la Contaduría General de la Provincia de Buenos Aires;

Que cabe mencionar que los organismos de asesoramiento y contralor fueron contestes en la posibilidad de continuar con las actuaciones y dictarse el acto administrativo de aprobación;

Que la Dirección de Relaciones Jurídicas dictamina a fojas 271 y vuelta;

Que el Departamento de Coordinación del Honorable Directorio deja constancia que el Directorio en su reunión de fecha 5 de abril de 2017, según consta en Acta N° 13, RESOLVIÓ: por unanimidad: Aprobar el Convenio celebrado el 12 de enero de 2017, entre este Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) y el Centro Médico Mar del Plata, que como Anexo 1 formará parte del acto administrativo a dictarse. 2) Derogar todo acto administrativo de IOMA que se oponga al presente;

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas en la Ley N° 6982 (T.O. 1987)

Por ello,

**EL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

RESUELVE

ARTÍCULO 1°. Aprobar el Convenio celebrado el 12 de enero de 2017, entre este Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) y el Centro Médico Mar del Plata, que como Anexo 1 forma parte de la presente Resolución, ello en virtud de los considerandos que anteceden.

ARTÍCULO 2°. Establecer que el gasto que demande el cumplimiento de la presente será imputado con cargo a la partida: Entidad 200 IOMA – Programa 1 AES 1, Finalidad

1589/17

IOMA

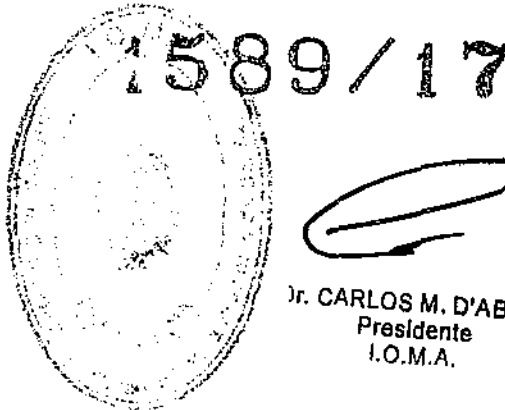


3, Función 1, Fuente Financiamiento 1.2, Partida Principal 3, Partida Subprincipal 4, Parcial 8, Presupuesto aprobado por Ley Nº 14.879 Ejercicio 2017.

ARTÍCULO 3°. Derogar todo acto administrativo de IOMA que se oponga a la presente Resolución.

ARTÍCULO 4°. Registrar. Notificar a la Fiscalía de Estado y al Centro Médico Mar del Plata. Comunicar a la Asesoría General de Gobierno, a la Contaduría General de la Provincia de Buenos Aires, a la Dirección General de Prestaciones, Dirección General de Administración, Dirección General de Regionalización. Pasar a las Direcciones del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

RESOLUCIÓN N°



Dr. CARLOS M. D'ABATE
Presidente
I.O.M.A.

CONVENIO IOMA - CENTRO MÉDICO MAR DEL PLATA

Entre el **INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL (I.O.M.A)**, con domicilio en calle 46 N° 886 de la ciudad de La Plata, representado por su Presidente Lic. Sergio Daniel CASSINOTTI, en adelante "EL IOMA", por una parte; y el **CENTRO MÉDICO MAR DEL PLATA**, con domicilio en calle San Luis N° 1978 de la ciudad de Mar del Plata, representado en este acto por su Presidente Dr. Gustavo Juan Roque GIMENEZ, DNI 14.591.137, en adelante denominado "EL CENTRO", por la otra, convienen en celebrar el presente convenio, que sujetan a las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. Objeto: El CENTRO brindará atención médica ambulatoria y en internación a los beneficiarios del IOMA por intermedio de los médicos y equipos de trabajo médico cuya representación invoca, identificados en el padrón contenido en formato digital en el Anexo 11, los que deberán adherirse a este convenio, dentro del término de sesenta (60) días a partir de su entrada en vigencia. El IOMA, podrá rechazar con justa causa la incorporación de uno o más prestadores propuestos dentro del plazo sesenta (60) días, vencido el cual, sin que se haya expedido al respecto, la nómina se tendrá por aceptada, resultando el alta de aquellos. La propuesta posterior de nuevos profesionales, deberá cumplir con los mismos recaudos.

EL CENTRO deberá actualizar y remitir mensualmente al IOMA las nóminas referidas, en formato digital. Únicamente los profesionales incluidos en dichos listados quedarán habilitados a prescribir medicamentos y prácticas y/o emitir órdenes de internación a ser cubiertas por el IOMA.

La atención médica a la que se hace referencia, incluye todas las prestaciones tipificadas en los Anexos que forman parte integrante del presente convenio, y las que en lo sucesivo se incorporen a través de los mecanismos previstos en el presente convenio.

CLÁUSULA SEGUNDA. Principio rector: Las partes convienen que el principio rector del presente acuerdo sea el sistema de libre elección del prestador por el beneficiario, a cuyo



efecto el IOMA se obliga a difundir el derecho de cada beneficiario a la libre elección del profesional dado de alta por el Instituto para este convenio.

Por su parte EL CENTRO se compromete a divulgar y hacer respetar por los prestadores adheridos al sistema la obligación de atender a los afiliados del IOMA, de acuerdo a las normas de trabajo que se acreditan en los respectivos Anexos que forman parte integrante del presente.

El derecho del afiliado a elegir libremente rige también para toda instancia de derivación entre prestadores contratados que pudiera producirse.

La adhesión al sistema se hará en forma voluntaria e individual por cada prestador ante EL CENTRO y en forma expresa para este convenio. Para ello se utilizará el formulario contenido en el Anexo 9.

Queda expresamente convenido que los profesionales que decidan no ingresar al sistema, no podrán atender a los beneficiarios del IOMA, ni prescribir medicamentos ni prácticas, ni ordenar internaciones con cargo al sistema.

Cuando se produzca una internación, la responsabilidad derivada de la atención del paciente será del equipo médico de la Institución y su Director Médico. Para el caso en que el profesional que indicó la internación deba seguir asistiendo al paciente, deberá integrarse al equipo médico interviniente compartiendo con el mismo las responsabilidades emergentes de dicha internación.

CLÁUSULA TERCERA: EL CENTRO asume la total responsabilidad para brindar prestaciones médicas eficientes, de acuerdo a las reglas de la ciencia, el arte, y la deontología médica, a todos los beneficiarios del IOMA que revistan el carácter de pacientes ambulatorios o internados, en las condiciones aquí pactadas, a través de sus profesionales adheridos.

El IOMA se reserva el derecho de rescindir parcialmente este convenio mediante la exclusión con justa causa de profesionales, sin derecho a indemnización. Previamente el IOMA notificará su voluntad resolutoria en forma fehaciente al CÍRCULO, que en un plazo máximo de tres (3) días hábiles administrativos podrá oponer observaciones fundadas, que serán consideradas por el IOMA.



CLÁUSULA CUARTA. Remisión a la normativa del IOMA: EL CENTRO y por su intermedio los profesionales se comprometen a cumplimentar las obligaciones a su cargo de acuerdo a la Ley 6982 (T.O. 1987) y su Decreto reglamentario, que declaran conocer, y asimismo se obligan a respetar y dar cumplimiento a los Programas de atención médica que el IOMA prevé para sus afiliados (Anexo 3), y los que prevea en el futuro. Del mismo modo, se comprometen a prescribir medicamentos por nombre genérico en el marco del Programa de Uso Racional de Medicamentos del IOMA, de acuerdo a las normas que en este acto declaran conocer. En todos los casos, los Programas referidos deberán consensuarse previamente en todas sus partes operativas económicas con EL CENTRO quien deberá remitir, por medio digital en el formato que IOMA determine, mensualmente información estadística y afiliados empadronados bajo programas.

CLÁUSULA QUINTA. Universo a cubrir: El padrón de afiliados correspondiente al presente convenio se constituirá con los beneficiarios residentes en el ámbito de competencia del CENTRO, y los que en lo sucesivo se pudiesen integrar al mismo (Anexo 4 - A). A la fecha de la firma del presente el total de afiliados incluidos en el padrón es de setenta y dos mil cuatrocientos diez (72.410).

Asimismo, se adjunta en el Anexo 4 – B, en formato digital, el padrón de todos los afiliados de la provincia de Buenos Aires, para conocimiento del CENTRO.

El IOMA deberá mensualmente notificar al CENTRO los padrones de afiliados referidos, debidamente actualizados.

Se hace constar que a los beneficiarios omitidos en el padrón, que presenten la documentación que los acredite como tales, se les brindará la atención requerida.

CLÁUSULA SEXTA. Forma de pago: Se establecen dos formas de pago:

- Sistema de capitación: consistente en el pago por parte del IOMA, de un monto fijo (Anexo 1) por mes y por afiliado integrante del padrón correspondiente al CENTRO, que será asignado por este al pago por prestación a los médicos por la cobertura de consultas, prácticas médicas y quirúrgicas convenidas según el Anexo 5 (exceptuando las detalladas en el Anexo 7, Pautas Técnicas B, C y D) y las que en el futuro se convengan de acuerdo a los mecanismos previstos en este convenio.



En el caso que existieran afiliados que al momento de recibir una prestación no se encontraran incluidos en el padrón, las partes acuerdan que EL CENTRO facturará un monto adicional a la cápita que resultará proporcional al excedente del padrón.

Asimismo, acuerdan un adicional por prácticas especiales de uno coma dieciocho por ciento (1,18%) de la cápita base por adecuación de aranceles respecto de las siguientes prácticas: a) códigos 34, b) densitometría (códigos 88 livianos 88.34.70, 88.34.71 y 88.34.72), c) gastroenterología (códigos 88 livianos 88.08.01, 88.08.02 y 88.08.03), d) genética (códigos 88 livianos 88.21.01, 88.21.02, 88.21.03 y 88.21.04), y e) artroscopías simples y complejas (código 88.12.01 y 88.12.02).

Por otra parte, el IOMA abonará un diferenciado sobre prácticas específicas detalladas en el Anexo 1.

- Sistema de pago por prestación para las prestaciones identificadas en el Anexo 6 (Prestaciones excluidas del convenio capitado).

El pago para ambas modalidades, se realizará mediante transferencia bancaria a cuenta corriente designada por EL CENTRO, dentro de los treinta (30) días de presentada la pertinente facturación por parte de la Entidad Médica al IOMA.

El monto de la cápita convenida será mantenido inalterable hasta un nuevo acuerdo de partes.

CLÁUSULA SÉPTIMA: EL CENTRO se compromete a abonar, dentro del plazo máximo de setenta y dos (72) horas hábiles de acreditado el pago realizado por el IOMA, por el sistema de pago por prestación o acto médico, los honorarios profesionales que no hubieren sido observados por auditoría, y de acuerdo a los valores convenidos por las partes, contenidos en los Anexos que conforman el presente y/o las modificaciones posteriores.

Asimismo, se podrán establecer como simples indicadores, valores de referencia de manera tal que EL CENTRO pueda convenir con sus representados según la práctica de que se trate, aranceles distintos a los que se consignan en el Anexo 1, ello con fundamento en las tasas de uso que correspondan. EL CENTRO se obliga a comunicar al IOMA a través de la Comisión Mixta, los valores de referencia que establezcan para las distintas prácticas, como así también sus eventuales modificaciones.

El IOMA queda desobligado respecto de las cargas impositivas o previsionales que les corresponda tributar a los profesionales y/o a la Entidad Médica como agente de retención.

CLÁUSULA OCTAVA. Acreditación: Los profesionales inscriptos en el listado del CENTRO deberán atender a todo afiliado que acredite su condición de tal, exhibiendo el Documento de Identidad y la credencial actualizada o constancia de pago de afiliación voluntaria, según corresponda, aún cuando no se encuentre incluido en el padrón (conforme Anexo 2). Los beneficiarios de convenios de reciprocidad deberán presentar Documento de Identidad y credencial actualizada o carta de autorización provisoria, según corresponda. El IOMA podrá modificar en cualquier tiempo dichos requerimientos previa notificación fehaciente al CENTRO.

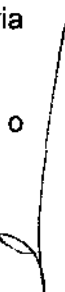
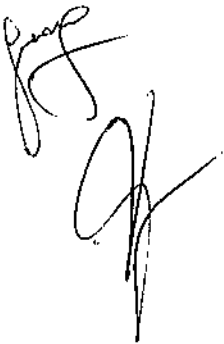
En el supuesto de no contar el beneficiario con la documentación consignada, podrá el profesional cobrar la prestación al paciente, extendiendo el recibo pertinente, debiendo reintegrarle al mismo el monto percibido si completara la documentación en el término de setenta y dos (72) horas hábiles desde que la prestación fue brindada y siempre que el beneficiario devuelva al profesional el recibo original correspondiente, oportunamente otorgado.

CLÁUSULA NOVENA. Comisión Mixta: Las partes en este acto constituyen una Comisión Mixta con representantes del IOMA y del CENTRO. Esta Comisión se reunirá mensualmente y procederá a evaluar la marcha del convenio, asesorando a las autoridades con poder de decisión las modificaciones y/o correcciones que corresponda, tanto en el orden prestacional como en el económico. La Comisión Mixta funcionará de acuerdo al reglamento que se adjunta como Anexo 12, formando parte integrante del presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA. Auditoría: El IOMA ejercerá cuantas veces lo estime necesario su facultad de auditar, inspeccionar y/o controlar el fiel cumplimiento de las obligaciones que asumen EL CENTRO y los profesionales adheridos; quienes deberán suministrar y/o exhibir toda la documentación que les fuere requerida.

Asimismo, los profesionales deberán llevar obligatoriamente y por beneficiario, una Historia Clínica o Ficha Clínica Individual que contenga los datos consignados en el Anexo 7.

El IOMA podrá realizar auditorías en terreno por intermedio de profesionales propios o contratados.



CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: EL CENTRO deberá auditar las prestaciones médicas ambulatorias y en internación que surjan de la atención de un beneficiario del IOMA.

Para monitorear el sistema se tomarán como base estándares de utilización de servicios, indicadores de rendimiento y promedio de días de estadía habituales en la Seguridad Social y otros estándares en uso.

EL CENTRO ejercerá el control sobre los profesionales, con especial énfasis en las medidas que eviten cualquier tipo de cobro al afiliado que no esté contemplado en el presente convenio, informando al IOMA para adoptar las sanciones que pudiesen corresponder.

El CENTRO remitirá mensualmente, por medio digital y de acuerdo al formato que determine el IOMA, un detalle del consumo mensual por afiliado de prácticas y consultas (Anexo 8).

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: Además de los recursos provenientes del pago por cápita, EL CENTRO contará como recursos genuinos los copagos que recaude conforme a los valores unitarios que al respecto se acuerdan y que se detallan en el Anexo 1 del presente.

EL CENTRO mantendrá habilitadas bocas de expendio de bonos y percepción de copagos en las localidades y zonas de la provincia de Buenos Aires, debiendo contemplar las necesidades propias de la población en cada una de las áreas en las que presta servicios.

Las bocas de expendio de bonos no podrán estar ubicadas en Clínicas, Sanatorios, Laboratorios, ni ningún otro lugar que constituyan centro de atención, tengan o no fines de lucro.

El mecanismo de validación de consultas y prácticas objeto del presente convenio, deberá ser previamente consensuado entre las partes, asegurando la accesibilidad del afiliado al sistema.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA. Reempadronamiento y cobro indebido: EL CENTRO llevará a cabo un reempadronamiento obligatorio, y los profesionales deberán completar las planillas de adhesión previstas en el Anexo 9, donde declaran conocer las sanciones por incumplimiento.



Los profesionales médicos no podrán percibir valor alguno en forma directa de los beneficiarios, excepto la categoría Libre y los previstos en la cláusula octava y el "arancel diferenciado", según categoría del profesional correspondiente, previsto en el Anexo 1 del presente convenio.

Ante la concurrencia de 2 o más denuncias por cobro indebido contra un mismo prestador, el IOMA iniciará el sumario abreviado pertinente. Notificará de ello al CÍRCULO, que en un plazo máximo de tres (3) días hábiles administrativos podrá oponer observaciones fundadas, que serán tenidas en consideración.

Vencido dicho plazo el IOMA podrá proceder a la inmediata suspensión temporal preventiva de los profesionales denunciados sin derecho a indemnización alguna, hasta tanto finalice la investigación sumaria, que no podrá extenderse más allá de los treinta (30) días corridos, u opte por hacer uso de la facultad rescisoria establecida en la cláusula vigésimo octava.

En caso de acreditar el IOMA la violación de la presente cláusula serán de aplicación las sanciones previstas en la Ley 6982 y su Decreto Reglamentario.

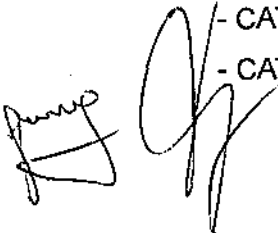
Asimismo, el IOMA debitará de la capitación el importe que se hubiera cobrado de forma indebida para su reintegro al beneficiario.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA. Categorías profesionales: Se establecen cuatro (4) categorías de profesionales: CATEGORÍA A, CATEGORÍA B, CATEGORÍA C y CATEGORÍA LIBRE.

- CATEGORÍA A: son los profesionales que percibirán solamente el arancel básico;
- CATEGORÍA B: percibirán el arancel básico más el 40%;
- CATEGORÍA C: percibirán el arancel básico más el 80%;
- CATEGORÍA LIBRE: pactado entre médico y paciente, debiendo otorgar recibo en legal forma donde conste nombre y número de credencial del beneficiario.

EL CENTRO se compromete a que los profesionales exhiban visiblemente en su lugar de prestación la constancia de su especialidad y la categoría a la que corresponden. Asimismo EL CENTRO se compromete a que en todas las especialidades coexistan las categorías en los porcentajes siguientes:

- CATEGORÍA A: no menos de 60% del padrón de médicos;
- CATEGORÍA B: no menos del 30% del padrón de médicos;
- CATEGORÍA C: no más del 7% del padrón de médicos;



- CATEGORÍA LIBRE: no más del 3% del padrón médicos.


En el caso que en una localidad no existan profesionales de CATEGORIA A y el afiliado tuviera que recurrir a profesionales de las otras categorías, el monto del copago será debitado de la cápita y reintegrado al mismo. El mismo criterio se aplicará cuando no existan profesionales de una determinada especialidad en una localidad.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA. Sistema de clearing: EL CENTRO cumplirá el reglamento multilateral de clearing de prestaciones con sus análogos de la Provincia de Buenos Aires, incorporado al presente convenio como Anexo 10, en respeto de la Libre Elección, la búsqueda del objetivo de excelencia en favor de los pacientes y del racional y organizado aprovechamiento de la capacidad instalada.

EL CENTRO convendrá soluciones especiales con los efectores públicos en aquellas localidades donde los mismos sean prestadores únicos o preponderantes.

Cuando un afiliado incluido en el padrón del CENTRO reciba prestaciones en otro lugar del país, fuera de la Provincia de Buenos Aires, el IOMA descontará de la cápita los importes correspondientes a los honorarios médicos de dichas prestaciones, según aranceles médicos convenidos en el presente convenio, más los copagos que hubieran sido abonados. Para efectivizar dichos débitos, el IOMA deberá remitir al CENTRO la documentación respaldatoria que identifique los datos del afiliado y de la prestación realizada.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA. Prestadores directos: Las partes convienen en que cuando un beneficiario correspondiente a la jurisdicción del CENTRO reciba prestaciones de prestadores no incluidos en el Convenio Multilateral de Clearing el IOMA descontará del monto de la cápita a abonar al CENTRO, los honorarios médicos de dichas prestaciones según los aranceles básicos y aranceles convenidos respectivamente en el presente. EL CENTRO podrá, dentro del plazo de sesenta (60) días auditar la facturación en cuestión. De la misma manera, el IOMA abonará al CENTRO los honorarios médicos y gastos de prestaciones ambulatorias de afiliados de las jurisdicciones de la Provincia de Buenos Aires o de la CABA en los que el IOMA tenga convenio directo, dentro del plazo de los treinta (30) días de su presentación.



CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: EL CENTRO no podrá ceder, total o parcialmente las obligaciones a su cargo, sin la conformidad previa del IOMA, consignada por escrito.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: EL CENTRO se compromete a establecer mecanismos administrativos que faciliten y garanticen la accesibilidad de los beneficiarios a las prestaciones en todo el ámbito territorial de aplicación del presente convenio, sin aceptarse por parte del IOMA ninguna restricción a través de sistemas de cupos. Todo cambio en este sentido deberá ser previamente acordado con el IOMA como requisito ineludible para su aplicación.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: El IOMA se reserva el derecho de emitir órdenes especiales para la atención de nuevos beneficiarios, aún no incluidos en el padrón, beneficiarios de otras zonas de tránsito en la Provincia, prestaciones excluidas de la cápita, según Anexo 6.

En estos casos la facturación será considerada fuera de cápita y se ajustará a los valores establecidos en el Anexo mencionado. EL CENTRO no podrá decidir unilateralmente las prestaciones que se ubiquen fuera de la cápita, conservando el IOMA su poder de decisión final.

CLÁUSULA VIGÉSIMA. Plan Materno Infantil y de Prevención: Los beneficiarios que se encuentren incluidos en el Plan Materno Infantil o en Programas de Prevención implementados por el IOMA, estarán exentos del pago de copagos, los que estarán a cargo de IOMA.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA. Acción judicial – Tercero colegitimado: Para el supuesto caso que el IOMA sea demandado judicialmente en forma directa o solidaria por actos, hechos u omisiones, que provoquen daños a pacientes, ya sea por culpa, dolo, negligencia u omisión por parte del CENTRO o los profesionales y/o sus equipos que registren en los listados, así como los daños provocados por las cosas de que se sirvan, EL CENTRO se compromete a comparecer a juicio, citado como tercero colegitimado pasivamente.



Todo monto que por sentencia resulte debido por la prestación demandada, como así también sus accesorias, será asumido por EL CENTRO, quien se responsabiliza por la indemnidad del IOMA. Para el caso de condena al IOMA, EL CENTRO autoriza a que éste debite de las siguientes facturas lo que hubiere tenido que pagar por capital, actualización, intereses, costos y costas, siempre y cuando la condena no haya sido solventada por el responsable directo, o sea el profesional involucrado y/o la compañía aseguradora. Si el juicio terminara por transacción, para que rija la retención, EL CENTRO deberá haber participado del acuerdo transaccional o prestado su conformidad. Si a la fecha de acaecido este supuesto, el presente convenio no tuviere vigencia, el IOMA tendrá derecho a repetir lo abonado con motivo de la sentencia judicial.

Sin perjuicio de lo manifestado precedentemente, cada profesional que acepte el presente convenio deberá acreditar ante EL CENTRO, dentro del plazo de sesenta (60) días, la contratación de un seguro obligatorio que cubra su responsabilidad en el caso de mala praxis médica.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA. Conciliación administrativa previa: Con carácter previo a cualquier planteo judicial, las partes se comprometen a dirimir la cuestión en el ámbito de la Unidad de Resolución Alternativa de Conflictos en Salud del IOMA.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: EL CENTRO se compromete a remitir al IOMA toda documentación que este le solicite a fin de posibilitar las investigaciones que se dispongan de acuerdo a lo previsto por la ley 6982 (T.O. 1987) y su decreto reglamentario.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: Las partes convienen que cuando un afiliado incluido en el padrón del Anexo 4 - A, reciba prestaciones en un efector público provincial o municipal, el IOMA lo comunicará al CENTRO, el cual deberá auditar la prestación dentro del plazo perentorio de 30 (treinta) días.

El IOMA descontará del monto de la cápita a abonar al CENTRO la facturación respectiva no observada y/o impugnada por EL CENTRO. Sin perjuicio de ello EL CENTRO podrá gestionar convenios con dichos efectores públicos.

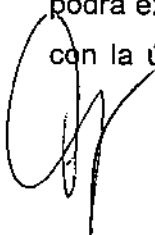
CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA: Las partes acuerdan que el pago de las prácticas identificadas en el Anexo 6, no se encuentra incluido en el pago capitado efectuado por el IOMA mencionado en la cláusula sexta. Dichas prácticas serán facturadas por prestación, por parte del CENTRO al IOMA, a los valores que oportunamente convendrán las partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEXTA. Protección de datos: EL CENTRO deberá cumplir con todas las Leyes y Reglamentos aplicables que rigen la privacidad y seguridad de los Datos Personales de Terceros y de los Datos Personales, incluyendo pero no limitándose a la Ley Nacional de Datos Personales N° 25.326 y su reglamentación.

Asimismo, deberá resguardar su confidencialidad de conformidad con la legislación vigente, siendo responsable de indemnizar y mantener indemne al IOMA, en relación a cualquier infracción en que incurra a tal respecto, incluyéndose pero no limitándose a penalidades, daños, multas o intereses. EL CENTRO deberá permitir al IOMA o a sus asesores externos inspeccionar y auditar sus actividades de tratamiento de datos, la de sus agentes, subsidiarios y subcontratistas, y cumplir con todas las solicitudes o instrucciones del IOMA para verificar y procurar que cumplan enteramente con sus obligaciones acorde a la presente cláusula.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA. Defensa de la Competencia: Las partes manifiestan que el presente convenio se ajusta a las previsiones de la Ley Nacional de Defensa de la Competencia N° 25.156 y sus modificatorias y reglamentación, absteniéndose de toda conducta que implique impedir, dificultar u obstaculizar a terceras personas la entrada o permanencia en un mercado o excluirlas de éste.

CLÁUSULA VIGÉSIMO OCTAVA: El presente convenio regirá a partir de su suscripción y no existirá período de carencia para las prestaciones, su duración será de UN AÑO (1 año) desde su entrada en vigencia, renovándose automáticamente por iguales períodos salvo comunicación fehaciente de cualquiera de las partes con sesenta (60) días corridos de anticipación a la fecha de vencimiento. Sin perjuicio de lo cual, cualquiera de las partes podrá expresar su voluntad resolutoria, sin expresión de causa, ni derecho a indemnización, con la única obligación de dar aviso fehaciente a la otra con una anticipación mínima de

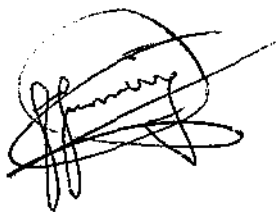


sesenta (60) días corridos. Durante el lapso del preaviso se mantienen vigentes los derechos y obligaciones de las partes. Las partes podrán asimismo rescindir parcialmente el convenio mediante la exclusión de profesionales prevista la cláusula tercera.

En caso de producirse una eventual modificación en el mapa político de la Provincia de Buenos Aires, tal como división o fusión (con o sin cambio de denominación) de uno o más Partidos, cesarán de pleno derecho los derechos y obligaciones asumidas por las partes en el presente, a partir de la vigencia de la ley que así lo disponga, con respecto a la zona alterada.

CLÁUSULA VIGÉSIMO NOVENA: A los efectos del presente convenio las partes constituyen domicilios en los lugares consignados ut supra, donde se practicarán todas las notificaciones e intimaciones. Para el caso de divergencias, se somete a la jurisdicción de los Tribunales del Fuero que correspondan del Departamento Judicial de la Plata.

EN PRUEBA DE CONFORMIDAD SE FIRMAN DOS (2) EJEMPLARES DE UN MISMO TENOR Y A UN SOLO EFECTO, EN LA CIUDAD DE LA PLATA, A LOS 12 DIAS DEL MES DE ENERO DE 2017.-


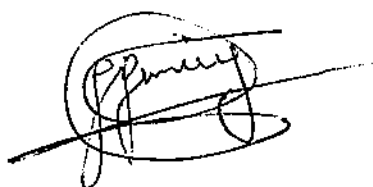


LIC. SERGIO B. CASSINOTTI
Presidente
IOMA



Listado de Anexos

- Anexo 1 Categorías, Aranceles y Copagos
- Anexo 2 Requisitos para acceder al servicio
- Anexo 3 Programas de Prevención
- Anexo 4 Padrón de beneficiarios
- Anexo 5 Prestaciones del Nomenclador Nacional
- Anexo 6 Prestaciones excluidas de la Cápita, Facturación Directa, Autorizadas por el IOMA
- Anexo 7 Normas de Procedimiento
- Anexo 8 Información en Soporte Magnético
- Anexo 9 Planilla de Adhesión de Profesionales
- Anexo 10 Convenio Multilateral de Clearing
- Anexo 11 Padrón de prestadores médicos
- Anexo 12 Comisión Mixta



LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA



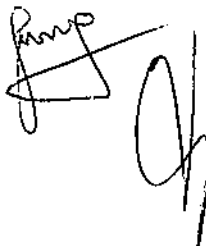
CATEGORÍAS, ARANCELES Y COPAGOS
1. Valor y composición de la cápita

CAPITA BASE	ADICIONAL PRACTICAS ESPECIALES (1,18 %)	DIFERENCIADO SOBRE PRÁCTICAS ESPECÍFICAS	TOTAL
\$ 162,27	\$ 1,91	\$ 2,71	\$ 166,89

La cápita tendrá un valor total de pesos ciento sesenta y seis con ochenta y nueve centavos (\$166,89). Este valor capitario se conforma con los siguientes ítems:

- Cápita Base
- Adicional prácticas especiales. Contempla la adecuación de aranceles de prácticas seleccionadas: Códigos 34, densitometría, gastroenterología, genética y artroscopías simples y complejas.
- Diferenciado sobre prácticas específicas: Destinado a los aranceles sobre prácticas médicas específicas:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
03.13.01	AMIGDALECTOMIA
10.01.01	NEFRECTOMIA TOTAL
10.04.01	PROSTATECTOMIA RADICAL
08.05.01	COLECTOMIA TOTAL C/REST. TRANS.
08.05.02	COLECTOMIA TOTAL C/ILEOSTOMIA
08.05.03	EMICOLECTOMIA
08.05.04	COLECTOMIA SEGMENTARIA
08.05.05	RESECCIÓN ANTERIOR DE COLON




11.02.03	HISTERECTOMIA C/S ANEXECTOMIA
11.02.10	RASPADO UTERINO TERAPEUTICO
17.01.01	ELECTROCARDIOGRAMA CONSULTORIO
32.01.04	ATENCIÓN R.N. EN SALA DE PARTOS
CÓDIGOS DEL CAPÍTULO 34	RADIOLOGIA
88.12.01	ARTROSCOPIA SIMPLE
88.12.02	ARTROSCOPIA COMPLEJA
88.08.01	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON VIDEO
88.08.02	VIDEOCOLONOSCOPIA
88.15.01	PUNCIÓN BIOPSIA POR ASPIRACIÓN
88.15.02	BIOPSIA POR INMUNOFUORESCENCIA
88.15.03	RECEPTORES HORMONALES POR MÉTODO IHQ (ESTROGENOS Y PROGESTERONA)
88.15.04	ESTUDIOS DE BIOPSIA POR IHQ EN CORTES EMBEBIDOS EN PARAFINA (HASTA 3 MARCADORES)
88.15.05	ESTUDIOS DE BIOPSIA POR IHQ EN CORTES EMBEBIDOS EN PARAFINA (MAS DE 3 MARCADORES)

2. Valor consulta médica

CONSULTAS	A CARGO DEL AFILIADO	A CARGO DE IOMA		VALOR CONSULTA	TOTAL VALOR CONSULTA
	COPAGO	COPAGO	Estrategia IOMA/APS(*)		
Categoría A	--	\$ 12,77	\$ 12,48	\$ 141,37	\$ 166,62
Categoría B	\$ 71,00			\$ 141,37	\$ 212,37
Categoría C	\$ 133,00			\$ 141,37	\$ 274,37

(*)Estrategia APS del IOMA: destinar recursos para facilitar la accesibilidad del afiliado al primer nivel de atención y promover medidas de atención primaria de la salud, en el marco

de los programas que desarrolla el Instituto a través de la Unidad de Promoción y Prevención de la Salud.

Copago a cargo del afiliado por consulta:



Categoría B del profesional: pesos setenta y uno (\$ 71).

Categoría C del profesional: pesos ciento treinta y tres (\$ 133).

3. Valor prácticas

Para la valorización de las prácticas médicas especializadas y las intervenciones quirúrgicas se utilizará la misma cantidad de galenos y unidades de gastos que las que figuren en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales, a los valores que se detallan en el siguiente cuadro:

VALOR GALENO Y UNIDADES DE GASTOS	
Galeno Quirúrgico	\$ 13,87
Galeno Quirúrgico cirugías especiales	\$ 15,44
Galeno Práctica	\$ 6,94
Galeno Práctica Cód. 40.01.01	\$ 8,31
Galeno Práctica para códigos 34, ECG y Atención del Recién nacido	\$ 7,73
Unidad "A" gasto Quirúrgico	\$ 3,62
Unidad "B" gasto Quirúrgico	\$ 3,62
Unidad "C" otros gastos	\$ 0,86
Unidad "D" Gasto Radiológico cod 18	\$ 2,92
Unidad "D" Gasto Radiológico para cod 34	\$ 3,75
Unidad "N" Gasto Bioquímico	\$ 7,90
Unidad gasto ECG	\$ 0,96



Galeno laparoscópico	\$ 16,62
Galeno laparoscópico para cirugías especiales	\$ 18,52

Copago a cargo del afiliado por prácticas ambulatorias no descentralizadas (BONO PONDERADO): pesos sesenta y siete (\$ 67).

4. Factor de corrección

Se aplicará un factor de corrección sobre la cantidad de galenos vigente, a fin de readecuar el valor asignado a cada práctica clínica o especializada. A continuación se detallan los factores correctivos, para los galenos clínicos o especializados:

PRÁCTICAS CLÍNICAS O ESPECIALIZADAS		
GALENOS PRACTICAS CLINICAS	FACTOR DE CORRECCIÓN	VALOR/GALENO
De 0 hasta 5	1,40	Galeno Práctica seg. corresponda
+ 5 hasta 10	1,30	Galeno Práctica seg. corresponda
+10 hasta 15	1,20	Galeno Práctica seg. corresponda
+ 15 hasta 20	1,10	Galeno Práctica seg. corresponda
+ de 20	1,05	Galeno Práctica seg. corresponda

5. Anestesia

Las prestaciones de anestesia se registrarán por los valores y nomenclador vigentes (según convenios con entidades de anestesiología regionales). Se establecen a un valor total y fijo, no reconociéndose diferenciado por categoría del profesional.

Los valores de anestesia por niveles, al momento de la suscripción del presente convenio, son los que se detallan a continuación:

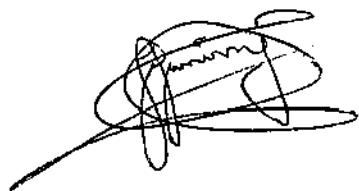


NIVEL	DESCRIPCION	Vigencia Enero 2017
MB	MAYOR B	1.166,25
MD	MAYOR D	1.341,18
ME	MAYOR E	1.542,36
MF	MAYOR F	1.773,72
MI	MAYOR I	2.039,77
EA	ESPECIAL A	2.345,74
EB	ESPECIAL B	2.697,60
EC	ESPECIAL C	3.102,24
ED	ESPECIAL D	3.567,58
EE	ESPECIAL E	4.102,71
EF	ESPECIAL F	4.718,12
EG	ESPECIAL G	5.425,83
EH	ESPECIAL H	6.239,71
EI	ESPECIAL I	7.175,67
EJ	ESPECIAL J	8.252,02
EK	ESPECIAL K	9.489,82
EL	ESPECIAL L	10.913,29
EM	ESPECIAL M	12.550,28
EN	ESPECIAL N	14.432,83
EO	ESPECIAL O	16.597,75
EP	ESPECIAL P	19.087,41
EV	EVALUACION ANESTESICA	402,35
UD	URGENCIA DIURNA	670,59

UN	URGENCIA NOCTURNA	1.341,18
UF	URGENCIAS SAB-DOM-FERIADOS	2.011,78
UTA	USO DE TECNOLOGIA EN ANESTESIA	SE SUMA UN 15 % SOBRE EL VALOR DEL NIVEL CORRESPONDIENTE
	Código 30.01.05	SE SUMA UN 25 % SOBRE EL VALOR DEL NIVEL CORRESPONDIENTE



LIG. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA



REQUISITOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS

De acuerdo a lo establecido en la cláusula octava del convenio, para acceder a los servicios, los afiliados deberán exhibir ante la boca de expendio y el profesional que lo atiende:

- a) Credencial actualizada o constancia de pago de afiliación voluntaria del mes en curso.
- b) Documento de Identidad.

Asimismo, los beneficiarios de convenios de reciprocidad deberán presentar:

- a) Credencial actualizada o Carta de autorización provisoria.
- b) Documento de Identidad.

- Los beneficiarios que cumplan con estos requisitos retirarán las órdenes de atención según sea de:

- consulta;
- práctica médica y quirúrgica ambulatoria;
- práctica quirúrgica cirujano;
- práctica quirúrgica otros integrantes;
- orden de laboratorio;
- práctica médica y quirúrgica en internación;
- consulta en internación;
- anatomopatología.

- Las órdenes de atención que documenten las prestaciones que reconoce el sistema, serán entregadas previo cobro de los copagos del Anexo 1, salvo aquellas que son sin cargo.


- A fin de instrumentar debidamente la identificación que permita la accesibilidad al sistema, los beneficiarios contarán con una credencial de acuerdo al modelo agregado.



MODELO DE CREDENCIAL DEFINITIVA

IOMA		NOMBRE	
MILITARES Y FUERZAS ARMADAS			
SEPT. Y AÑO DE NACIMIENTO	AÑO DE EXAMENADO	FECHA DE EXAMENADO	
004543583			
PATRÓN	EDAD	VENCE EL	
441	24		
CONDOMINIO	ESPECIAL	DIAS	MESES AÑOS
04	D2006	30	
MILITARES Y FUERZAS ARMADAS			
INTE SUPERIOR			
MRO. DE SALUD (I.O.M.A.)			

ESTA CREDENCIAL ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
SU USO INDEBIDO DARA MOTIVO A LAS ACCIONES LEGALES
QUE HUBIEREN LUGAR


MARIA SILVIA MEDINA
Jefe de la Oficina de Registro

HUJOS ESTUDIANTES MAYORES DE 21 AÑOS: PIERDEN LA
CONDICIÓN DE TAL SI CONTRAEN MATRIMONIO, FINALIZAN
SUS ESTUDIOS, DEJAN DE ESTUDIAR O CUMPLEN 27 AÑOS.

MODELO DE CREDENCIAL PROVISORIA

IOMA		NOMBRE	
MILITARES Y FUERZAS ARMADAS			
SEPT. Y AÑO DE NACIMIENTO	AÑO DE EXAMENADO	FECHA DE EXAMENADO	
PATRÓN	EDAD	VENCE EL	
CONDOMINIO	ESPECIAL	DIAS	MESES AÑOS
MILITARES Y FUERZAS ARMADAS			
INTE SUPERIOR			

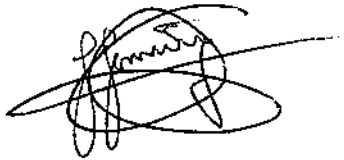
ESTA CREDENCIAL ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
SU USO INDEBIDO DARA MOTIVO A LAS ACCIONES LEGALES
QUE HUBIEREN LUGAR

 **DIRECCION DE AFILIACIONES**
Sandra Marcela Dittler
Jefa Depto. Af. Obit. gatorios
Res. 5465/13

HUJOS ESTUDIANTES MAYORES DE 21 AÑOS: PIERDEN LA
CONDICIÓN DE TAL SI CONTRAEN MATRIMONIO, FINALIZAN
SUS ESTUDIOS, DEJAN DE ESTUDIAR O CUMPLEN 27 AÑOS.

MODELO DE BONOS

Se continuará utilizando el modelo de bonos que se viene usando actualmente, debiendo analizarse su diseño a fin de incorporar, dentro de los noventa días, las modificaciones necesarias para permitir el registro de los datos que se requieren a partir de este convenio.



LIC. SERGIO D. CASINOTTI
Presidente
IOMA



PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

La ENTIDAD deberá brindar las prestaciones acordadas en los Programas Preventivos vigentes y los que en un futuro se acuerden.

Asimismo deberá remitir la información que el IOMA requiera para facilitar el análisis crítico del relevamiento epidemiológico de la población bajo programa.

Con el objeto de realizar estudios estadísticos correspondientes a los programas mencionados, LA ENTIDAD deberá remitir mensualmente en soporte magnético el consumo de Consultas y Prácticas de los siguientes rangos etáreos:

PROGRAMA MAMI: Nómina de afiliados entre 0 y 1 año y entre 2 a 11 años.

PROGRAMA 12-20: Idem de 12 a 20 años

PROGRAMA SER: Idem de 14 a 75 años. Sexo femenino.

PROGRAMA COLORRECTAL: Idem de 50 a 75. Ambos sexos.

Información de prácticas específicas requeridas por programa**1- Programa Colorrectal (Resolución N° 3136/15)**

Con el objetivo de obtener cantidad de colonoscopías e histopatologías con resultados, con nominalización de la población bajo el diagnóstico de Tamizaje por CCR, las entidades deberán remitir un soporte magnético al IOMA, en forma mensual con los siguientes datos: (Datos según planilla adjunta).

- Nombre y Apellido del afiliado
- Número de afiliado
- Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa
- Localidad: carga por tabla de referencia
- Teléfono/celular de contacto



- Correo electrónico
- Material remitido: carga por tabla de referencia
- Diagnóstico: carga por tabla de referencia
- Fecha de realización: dd/mm/aaaa
- Nombre y Apellido y matrícula del patólogo

La práctica de Videocolonoscopia cuando sea indicada en el marco del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal, (88.02.20), será abonada por prestación y por fuera de la cápita, y se le aplicará un 15 % de aumento sobre el valor del Honorario Médico.

2- Programa Más Cerca (Resolución N° 2794/15)

Se requiere que en forma mensual se remitan al IOMA en soporte magnético, todas las consultas y prácticas que fueron realizadas por los afiliados con las patologías abajo listadas, con el objetivo de disponer de la información de consumo del Primer Nivel de Atención de los afiliados bajo programa.

- Esclerosis Múltiple;
- Esclerosis Lateral Amiotrófica;
- Fibrosis Quística;
- Enfermedad de Gaucher;
- Psoriasis Severa Generalizada.

3- Programa Ser (Resolución N° 3541/15)

Se requiere que en forma mensual se remitan al IOMA, en soporte magnético, todas las consultas y prácticas que fueron realizadas por las afiliadas comprendidas entre 14 y 75 años.

Para la correcta evaluación y seguimiento del programa se solicita el envío en formato digital de las siguientes prácticas nominalizadas con resultados:

- Papanicolau, (Cód. 150106);
- Colposcopías (Cód. 220101);
- Biopsias de cuello uterino (Cód. 110215);
- Conizaciones, (Cód. 110213);

- Escisiones con leeps, (Tte. Excep.);
- Histerectomías, (Cód. 110203);
- Operación de Whertein Meigs, (Cód. 110201);
- Exanteraciones, (Cód. 110202);
- Biopsias mamarias, (Cód. 060111);
- Mammotomme (Cod. 88.18.13);
- Cuadrantectomías, (Cód. 060109);
- Mastectomías radicales (Cód. 060101);
- Mastectomías subradicales (Cód. 060102);
- Linfadenectomías selectivas o Ganglio centinela (Tte Excep.);
- Linfadenectomías totales. (Cód. 090101- 090102);
- Mamografía (Cód.340601) prolongación axilar (Cód. 340602);
- Ecografía mamaria (Cód 18.01.06);
- Resonancia Nuclear Magnética mamaria (Cód 88. 46.06);
- Ecografía ginecológica (Cód. 18.01.04);
- Ecografía endovaginal (Cód.88.18.07).

4- Programa Mami (Resolución N° 3512/15)

Se requiere que en forma mensual se remitan al IOMA, en soporte magnético, todas las consultas y prácticas nominalizadas con resultados que fueron realizadas por las afiliadas embarazadas o con niños/as hasta los 12 años.

Monitoreo fetal anteparto (Cód. 22 02 02)

Ecografía Obstétrica (Cód. 18 0104)

Ecografía doppler color Obstétrico (Cód. 88.18.42)

Otoemisiones acústicas (bono Programa MAMI)

Ecografía de caderas Recién Nacido (Cód 88.18.03)

Ficha Pediátrica (s/resolución)

5- Programa Renal: (Resolución 8160/11)

Remisión mensual de las ecografías renales con 100% de cobertura para los afiliados bajo programa.



DETALLE PROGRAMAS PREVENTIVOS

PROGRAMA "SER" DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Introducción

La implementación por parte del IOMA del Programa de Salud Sexual y Reproductiva tiene como objetivo fundamental garantizar el acceso de la población a la información sobre salud sexual y reproductiva, asegurar acciones de prevención y diagnóstico temprano y oportuno de las enfermedades oncológicas y de transmisión sexual.

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva, implica el derecho de tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados, la posibilidad de poder regular la fecundidad, el derecho a un Parto seguro, sin riesgos y criar niños saludables.

Surge como objetivo fundamental del programa el derecho de las personas a poder conocer, identificar, elegir y discriminar los distintos métodos de control de la fertilidad existentes, naturales o artificiales, asegurando la igualdad de oportunidades en el ejercicio de la libertad personal, de manera que a través del programa se incluya la realización de análisis, exámenes complementarios, prácticas médicas, información, asesoramiento, registro de historias clínicas, prescripción y provisión de fármacos y todo otro elemento necesario para el cumplimiento del mismo, como así también se incluirán prestaciones para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Así también la detección precoz de enfermedades como cáncer de vulva, cérvix uterino, útero, anexos y cáncer mamario.

A los fines, se articularán y promoverán, a partir de una planificación que tome como modelo a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, acciones que asistan a la persona desde el momento de la concepción.

Serán obligaciones del profesional Médico interviniente, con relación a la demanda de métodos conceptivos y anticonceptivos por parte de las beneficiarias, las siguientes:

- a) Realizar los estudios previos que corresponden a la prescripción.
- b) Informar a las beneficiarias de manera completa, incluyendo los efectos colaterales que pueda producir cada indicación tanto a corto como al largo plazo.

La información será clara, suficiente, adecuada y con lenguaje acorde a las condiciones personales del beneficiario, con relación a las ventajas o desventajas de cada método, en forma previa al suministro, diferenciando los métodos naturales, -entendiendo por tales a aquellos vinculados con la abstinencia periódica- de los no naturales. Se promoverá en particular el uso de preservativos como método de prevención de las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.)

- c) Respetar los criterios o convicciones de los destinatarios en la prescripción una vez que han sido informados, salvo contraindicación médica específica.
- d) En el caso de optar, el beneficiario por un método no natural deberá restringir la indicación a alguno de los incluidos en el listado de métodos no abortivos transitorios y reversibles que al efecto elabora el ANMAT.
- e) Efectuar el seguimiento de la beneficiaria con posterioridad al método elegido.
- f) Se respetará el derecho de los profesionales a ser objetor de conciencia los que serán exceptuados de su participación de este programa. Esta situación deberá ser informada a los Directivos del Establecimiento en que se desempeñen, y a las personas que soliciten su desempeño profesional, a efectos de procederse, con miras al cumplimiento del presente Programa, a su reemplazo por otro. Los centros asistenciales deberán garantizar la implementación del Programa, realizando la derivación a otro profesional o servicio.

Artículo 6° (Ley 13.066): El Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A) deberá desarrollar un Programa que de cumplimiento a los objetivos establecidos por el artículo 2 de la presente reglamentación, incorporando la cobertura de los métodos previstos en el Programa provincial en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

Objetivos del Programa

Objetivos Generales

Desarrollar un programa para el diagnóstico precoz del cáncer genito-mamario, y de las enfermedades de transmisión sexual.

Asegurar el derecho de tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados, y la posibilidad de poder regular la fecundidad.



Posibilitar la instrumentación de actividades y la organización adecuada de los recursos, facilitando la unificación de pautas y respuestas más adecuadas para disminuir las Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) sobre la base de los conocimientos científicos y avances tecnológicos.

Garantizar el acceso a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.

Objetivos específicos

Promocionar el control ginecológico como mecanismo de acción preventivo de la mujer

Promover la reflexión sobre la salud reproductiva, la procreación responsable y la prevención de enfermedades de transmisión sexuales.

Garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que lo requieran para promover su libre elección.

Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable.

Difundir la información relacionada con la prevención de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Contribuir a la prevención, al diagnóstico temprano de las enfermedades de transmisión sexual y patología genito-mamaria.

Detectar precozmente el cáncer de útero y de mama.

Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción.

Contribuir a la prevención del embarazo no deseado.

Ejes del Programa

Sensibilización

Pretende plantear las bases teóricas y operativas de un nuevo modelo que combine, entre otras características, la calidad, la equidad y la eficiencia.

Capacitación-supervisión

El modelo de atención y organización propuesto requiere la adecuación de los roles, funciones y prácticas de los recursos humanos, así como la implementación de mecanismos de supervisión capacitada que brinde apoyo permanente al equipo de salud para alcanzar las metas propuestas.

Comunicación social

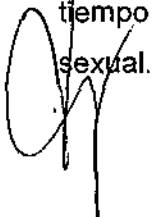
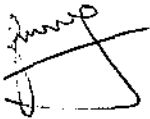
Los medios de comunicación gráficos, audiovisuales y radiales, constituyen un recurso esencial para la difusión de mensajes de promoción y protección de la salud y la instalación del debate de diversos temas relacionados con las condiciones de vida y conductas de riesgo en la población, así como también la orientación de la demanda para un uso racional de los servicios.

Relevamiento

Registro de datos estadísticos-epidemiológicos y evaluación periódica del programa contemplando estrategias de vigilancia epidemiológica

Acciones que garantizan la implementación del Programa

- a) Informar en forma completa y adecuada, brindando asesoramiento personalizado sobre métodos anticonceptivos, su efectividad y contraindicaciones, así como su correcta utilización para cada caso particular a través del profesional interviniente.
- b) Todos los estudios necesarios previos a la prescripción del método anticonceptivo elegido y los controles de seguimiento que requiera dicho método.
- c) Prescripción y provisión de los métodos anticonceptivos, que en todos los casos serán de carácter reversible, transitorio y aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación, y por lo tanto no abortivos; elegidos voluntariamente por las beneficiarias luego de recibir información completa y adecuada por parte del profesional interviniente.
- e) Informar sobre el uso del preservativo como único método anticonceptivo que al mismo tiempo previene de la infección por VIH y del resto de las enfermedades de transmisión sexual.



f) Implementar mecanismos de información, registro, seguimiento y monitoreo permanente sobre las acciones establecidas en el presente Programa, con evaluación periódica de las prestaciones brindadas.

Prestaciones incluidas

- **Consultas médicas:** para examen clínico, prescripción de estudios complementarios, información, educación y prescripción de métodos anticonceptivos.
- **Métodos complementarios de estudio:** para prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, Oncológicas (cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, etc.) previas y posteriores a la utilización del método anticonceptivo elegido.
- **Provisión de métodos anticonceptivos:** Cobertura del 100% en anticonceptivos orales e inyectables según listado del Capítulo 5. Cobertura del 100% en colocación y provisión de DIU, bajo el Código 11.02.17 del Nomenclador Nacional.

Alcance del Programa

Se conformará un padrón de afiliadas entre los 14-75 años de edad a partir de la carga en sistema del Papanicolau (por el especialista en Patología) o la Mamografía (por el especialista en Diagnostico por Imágenes), considerando que en dicho momento se realiza el control ginecológico, fin primordial del Programa.

Del mencionado registro, el rango etéreo 14-50 conformará un padrón para la correspondiente validación por las farmacias de las recetas de anticonceptivos. La permanencia de la afiliada en dicho padrón será de un año calendario a partir de la realización del PAP-MAMO y permitirá el retiro de 13 envases de Anticonceptivos hormonales.

Los métodos anticonceptivos hormonales se entregarán ante la presentación del formulario-recetario de medicamentos crónicos en las farmacias adheridas al IOMA.

En el caso de la colocación y provisión del Dispositivo Intrauterino (Cód.11.02.17) el profesional deberá realizar la indicación y el afiliado concurrirá a la Delegación mas cercana a su domicilio donde se le proveerá la chequera de provisión y colocación de DIU. La Delegación deberá cargarla en el sistema SER

Estudios incluidos

- 1 - Papanicolaou
- 1 - Colposcopia
- 1 - Ecografía Ginecológica
- 1 - Orden de Práctica de Laboratorio:

En pacientes menores de 50 años:

- Hemograma completo
- Glucemia basal
- Hepatograma completo
- VDRL
- HIV
- Hepatitis B (Hbs Ag.)
- Coagulograma

En pacientes mayores de 50 años:

- Hemograma completo
- Glucemia basal
- Hepatograma completo
- HIV
- Perfil lipídico
- Creatinina
- Orina Completa

Los pedidos serán realizados en un formulario (Rp), el cual será provisto por las entidades intermedias.

Métodos Anticonceptivos

- **Colocación y Provisión de Diu** (Bono de práctica con la Provisión y Colocación de Diu) + Ecografía Ginecológica de control de DIU
- **Anticonceptivos Hormonales**
 - 1.- Anticonceptivos orales (13 envases)
 - 2.- Anticonceptivos inyectables (13 envases)



Desarrollo del Programa

Primera consulta

- Anamnesis e información
- Referencia y contrarreferencia – medico paciente
- Examen tocoginecológico. Examen mamario
- Solicitud de exámenes complementarios:
 - PAP
 - Colposcopia
 - Ecografía ginecológica
 - Mamografía (según edad de la paciente)
 - Laboratorio.

Segunda consulta

Estudio y evaluación de resultados previamente solicitados e indicación del método anticonceptivo si correspondiera.

Colocación y provisión del DIU: será facturado a IOMA a través de los Círculos Médicos por medio de una orden de práctica (que se encuentra incluida en la chequera), dado que esta prestación está contemplada en el código 11.02.17 del Nomenclador Nacional. El bono correspondiente para poder ser liquidado y abonado deberá tener adjuntado la identificación (troquel) del DIU que fue colocado.

Indicación de anticonceptivos orales o inyectables: se hará por medio de las recetas de crónicos que le fueron proporcionadas por el CENTRO Médico al profesional.

Tercer consulta de control (al mes en caso de optar por D.I.U., a los seis meses en caso de A.C.O.)

Ante la situación de cambio de tipo de método anticonceptivo mediante la indicación por el profesional, el afiliado concurrirá a la Delegación más cercana a su domicilio donde se le proveerá una chequera de provisión y colocación de DIU con la cual realizara la práctica y facturara el profesional interviniente.

Toda patología detectada por examen clínico y por estudios complementarios en cualquiera de las etapas que están incluidas en el programa se tratará y resolverá según normas actuales de cobertura de la obra social.

Se suministrará de acuerdo a normativas del programa, a demanda de las beneficiarias y sobre la indicación profesional, los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT.

Con respecto a menores de edad, se transcribe el Art. 3° del anexo de la reglamentación de la Ley 13.066 que dice:

Art. 3°: "A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, se lo considera al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención de la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades.

Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna, manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.

En todos los casos se favorecerá la prescripción de métodos de barrera, particularmente el preservativo, a los fines de prevenir enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Sólo previa evaluación clínica por parte del profesional, se podrá prescribir además otro tipo de método. En este último supuesto, las personas menores de 14 años deberán contar con el consentimiento expreso de los padres o adulto responsable.

Quedan incluidas en los alcances del presente Programa, las personas que padezcan de discapacidad mental internadas en establecimientos psiquiátricos o externadas. En ese caso será necesario el consentimiento de curador o representante legal."

Cobertura en anticonceptivos

1) Anticonceptivos hormonales Orales

Combinados continuos

Bifásicos



- Etinilestradiol 0,030 mg + Desogestrel 0,150 mg
- Etinilestradiol 0,020 mg + Desogestrel 0,150 mg
- Etinilestradiol 0,020 mg + Gestodeno 0,075 mg
- Etinilestradiol 0,030 mg. + Gestodeno 0,060 mg.
- Etinilestradiol 0,015 mg + Gestodeno 0,075 mg.
- Etinilestradiol 0,030 mg + Norgestimato 0,250 mg
- Etinilestradiol 0,050 mg + Acetato de Noretindrona 2,5 mg
- Etinilestradiol 0,020 mg + Levonorgestrel 0,100 mg.
- Etinilestradiol 0,035 mg + Levonorgestrel 0,150mg.
- Etinilestradiol 0,050 mg + Levonorgestrel 0,250mg
- Etinilestradiol 0.03 mg + Drospirenona 3 mg.
- Etinilestradiol 0.02mg + Drospirenona 3 mg.

Trifásicos

- Etinilestradiol 0,030-0,04-0,03 mg +Gestodeno 0,05-0,07-0,1 mg
- Etinilestradiol 0,03-0,04-0,03 mg + Levonorgestrel 0,05-0,075-0,125 mg
- Etinilestradiol 0,035-0,035-0,035 mg + Norgestimato 0,180-0,215-0,250 mg

Lactancia

- Desogestrel 75 mg
- Levonorgestrel 30 mg

2) Inyectables:

Combinados mensuales

- Aceto férido de Hidroxiprogesterona 150 mg + enantato de estradiol 10 mg
- Enantato de Norestisterona 50 mg +valerianato de estradiol 5mg (Mesigy)

3) Dispositivos intrauterino

- Dispositivos mediados con cobre.

MODELOS: Modelo T TCU – 380 A; TCU – 380 (slimline más delgado) TCU - 200, TCU – 200 B, TCU - 220 C, NOVA – T.

MODELOS: Multiload – 250, Multiload-375.

Colocación y provisión de DIU 100%. Código 11.02.17 del Nomenclador Nacional.

Chequera de colocación y provisión de dispositivo intrauterino

- **Colocación de DIU Nacional** (Bono de práctica con la Provisión y colocación de DIU) + Ecografía ginecológica para control del DIU (posterior a la colocación).
- **De Colocación de DIU a ACO:**

Luego de la extracción o expulsión del Dispositivo, la afiliada deberá concurrir a la Delegación con un Certificado médico solicitando una nueva práctica de Colocación y Provisión de DIU o con receta de crónicos en caso de optar por anticonceptivos.

Colocación de DIU Nacional que contiene el Bono de práctica con la Provisión y colocación de DIU y una ecografía ginecológica para el control posterior a la inserción del dispositivo.

En el caso de cambio de DIU a pastillas se deberá informar a la Unidad de Prevención Y promoción de la Salud los datos filiatorios para incluir a la afiliada en el padrón para validación de anticonceptivos hormonales por la vigencia del control ginecológico realizado.

La permanencia en el Programa tendrá un año de validez, para cualquiera de los métodos renovándose automáticamente al realizarse el nuevo control ginecológico (PAP-Mamografía).

Se requiere que en forma mensual se remitan al IOMA, en soporte magnético, todas las consultas y prácticas que fueron realizadas por las afiliadas comprendidas entre 14 y 75 años.

Para la correcta evaluación y seguimiento del programa se solicita el envío en formato digital de las siguientes prácticas nominalizadas con resultados:

Papanicolaou, (Cód. 150106)

Colposcopias (Cód. 220101)

Biopsias de cuello uterino (Cód. 110215)

Conizaciones, (Cód. 110213)

Escisiones con leeps, (Tte. Excep)

Histerectomías, (Cód. 110203)

Operación de Whertein Meigs, (Cód. 110201)

Exanteraciones, (Cód. 110202)

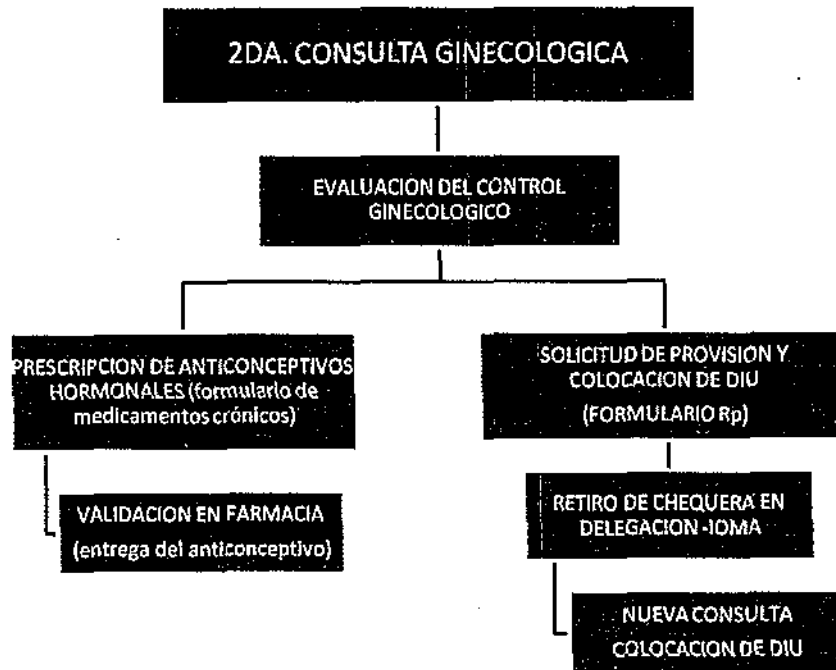
Biopsias mamarias, (Cód. 060111)

Mammotomme, (Cód. 88.18.13)



- Cuadrantectomias, (Cód. 060109)
- Mastectomías radicales (Cód. 060101)
- Mastectomías subradicales (Cód. 060102)
- Linfadenectomias selectivas o Ganglio centinela (Tte. Excep.)
- Linfadenectomias totales. (Cód. 090101- 090102)
- Mamografía (Cód.340601) prolongación axilar (Cód. 340602)
- Ecografía mamaria (Cód. 18.01.06)
- Resonancia Nuclear Magnética mamaria (Cód. 88 46 06)
- Ecografía ginecologica (Cód. 18.0104)
- Ecografía endovaginal (Cód. 88.18.07)





**PROGRAMA MEDICO ASISTENCIAL MATERNO INFANTIL
MAMI**

Fundamentación

Se crea el **Programa MAMI** con el propósito de disminuir la morbimortalidad y mejorar las condiciones de vida de la población materno infantil.

La misión asignada lleva implícita la necesidad de ocuparse no sólo de la recuperación de la salud física, sino también, y muy especialmente, de los aspectos preventivos y promocionales, a partir de un enfoque integral que tome en cuenta los determinantes biológicos, psicológicos, socioeconómicos y ambientales del proceso salud-enfermedad.

El Programa no sólo pretende evitar la enfermedad y la muerte, sino primordialmente satisfacer las necesidades integrales de crecimiento, desarrollo y reproducción humana, a

partir de la atención integral de la madre, el niño en todas las etapas de su ciclo vital, con la activa participación de la familia y la comunidad.

Esta transformación, fundada en una concepción amplia e integradora del individuo y su familia, debe estar orientada a garantizar el acceso a una atención eficiente, integral, personalizada y de alta calidad, por medio de un conjunto de acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud adecuadas a los diferentes grupos etáreos. El nuevo modelo de atención debe promover la activa participación en la identificación de prioridades, la asignación de recursos y el control de gestión.

Estructura del Programa

Conceptualmente, el Programa MAMI toma el **proceso de crecimiento y desarrollo** como el eje a partir del cual se conciben y articulan todas las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, desde el momento de la concepción hasta la adolescencia. Por esta razón, se han definido etapas vitales que presentan características, necesidades y problemáticas bien diferenciadas, y que son consideradas desde el criterio de la integralidad.

Objetivos Generales

Disminuir la morbilidad materno-infantil de la población afiliada a IOMA mejorando el acceso y la calidad de atención de la salud.

Objetivos Específicos

Promover condiciones óptimas para el inicio de la vida, con especial énfasis en la promoción de la lactancia materna.

Contribuir al crecimiento y desarrollo adecuado e integral de la población infantil entre los 0 y 12 años.

Promover la periodicidad de la consulta en salud correspondiente a cada etapa.

Prevenir enfermedades transmisibles.

Prevenir la anemia ferropénica y raquitismo.

Detectar el Cáncer de cuello uterino en la etapa prenatal.

Diagnosticar precozmente trastornos auditivos y visuales.

Capacitar al equipo de salud en diversos aspectos vinculados al Programa MAMI.

Estrategias de acción

Promover la implementación de un modelo de atención integral, con énfasis en acciones preventivas.

Implementar un sistema de información unificado para el control prenatal, el parto y el puerperio que permita el relevamiento epidemiológico y la evaluación de la calidad prestacional. (Sistema Informático Perinatal - SIP).

Promover los beneficios del parto natural


Fomentar la calidad y calidez de la atención del niño recién nacido, promoviendo prácticas que favorezcan la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida. Monitorear el cumplimiento del código de comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y autorizar la misma bajo estricta indicación médica.

Contribuir a que cada niño crezca y se desarrolle, adecuadamente, para reafirmar su capacidad transformadora de la realidad y la sociedad en la que vive.

Capacitar-supervisar. El modelo de atención y organización propuesto requiere la adecuación de los roles, funciones y prácticas de los recursos humanos, así como la implementación de mecanismos de control que brinde apoyo permanente al equipo de salud para alcanzar las metas propuestas.

Difundir mediante los medios de comunicación gráficos, audiovisuales y radiales, que constituyen un recurso esencial para la difusión de mensajes de promoción y protección de la salud y la instalación del debate de diversos temas relacionados con las condiciones de vida y conductas de riesgo en la población, así como también la orientación de la demanda para un uso racional de los servicios.

El enfoque integral del Programa combina objetivos y estrategias orientadas a disminuir la morbilidad materno-infantil; crear las condiciones óptimas que permitan a la mujer atravesar su embarazo en situación ideal y que permitan al niño



crecer y desarrollarse plenamente, brindando cobertura integral de salud desde el momento de la concepción y hasta cumplir los doce años de edad.

Prestaciones incluidas

El Programa MAMI es un programa diseñado por IOMA que ofrece cobertura total a la mujer desde la confirmación médica del embarazo hasta la finalización del puerperio y a sus hijos desde el nacimiento hasta cumplir los doce años de edad.

En casos de pacientes que cursen embarazos de alto riesgo o niños que requieran tratamientos específicos, los mismos se cubrirán a través de la autorización según los requisitos vigentes de auditoría y por la vía de trámites de excepción.

El Programa MAMI es un Programa Preventivo pensado para la:

- Disminución de morbimortalidad materno neonatal.
- Estimulación del parto seguro y natural
- Promoción de la periodicidad de la consulta en salud.
- Promoción de la lactancia materna.
- Prevención de enfermedades transmisibles.
- Prevención de la anemia ferropénica y el raquitismo.
- Detección de Toxoplasmosis, Sífilis, Chagas, HIV, Hepatitis B.
- Detección precoz de Cáncer de cuello uterino.
- Detección precoz de la metabopatías congénitas.
- Detección precoz de la displasia congénita de caderas.
- Prevención y detección precoz de trastornos visuales y auditivos.
- Control odontológico. Consultas odontológicas para embarazadas y preventivas para niños hasta los 12 años de edad.
- Cobertura de medicamentos al 100% en patologías relacionadas con el embarazo y durante el primer año de vida del niño.
- Leches de indicación médica con cobertura del 100% hasta los 6 meses de vida, según indicación médica y auditoría.

El programa se divide en etapas, a cada una de ellas le corresponde una chequera específica que contiene órdenes para la realización de prácticas, recetas y consultas

médicas. ***Lo que significa un gran beneficio para el afiliado pues no debe recurrir en ninguna instancia al pedido de órdenes, recetarios o cambios de las mismas, mientras transcurre la etapa en la cual está incluido.***

Sirve además como ordenador para la familia del momento ideal para realizar la consulta con su hijo. Esta es la forma segura de realizar promoción y prevención de la salud, tanto en el ámbito médico clínico como en el odontológico.

Las chequeras podrán retirarse en la Delegación o Región correspondiente de acuerdo al domicilio del afiliado, para ello deberá presentar:

- **Credencial o último comprobante de pago.**
- **Documento Nacional de Identidad (DNI).**

Para la entrega de la chequera correspondiente al embarazo, la afiliada deberá acreditar a través de historia clínica el tiempo de gestación y fecha probable de parto.

Para la entrega de la chequera de 0 a 1 año, además de la documentación básica se deberá ***presentar carnet del niño o verificación afiliatoria.***

Cada chequera, presenta en su tapa, mensajes para alcanzar una infancia saludable, priorizando las características de cada una de ellas que aseguren la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantil.

Chequera Etapa prenatal

La chequera incluye órdenes para:

- 9 (nueve) Consultas médicas.
- 3 (tres) Prácticas de ecografía
- 5 (cinco) Prácticas preimpresas de Laboratorio:
 - 1 (una) práctica primera consulta (Hemograma, glucemia, uremia, grupo y factor sanguíneo y orina completa)
 - 1 (una) Práctica preimpresa de serología (Toxoplasmosis, Chagas, VDRL, HIV, Hepatitis B)
 - 1 (una) práctica ambulatoria laboratorio 24-28 semanas (Hemograma, glucemia pre y postprandial, uricemia, HIV, orina completa)



- 1 (una) práctica ambulatoria 32-36 semanas (Hemograma, glucemia, uricemia, coagulograma, HIV, VDRL, toxoplasmosis, hepatitis B, orina completa
- 1 (una) práctica de Urocultivo con antibiograma.
- 2 (dos) Prácticas de PAP
- 3 (tres) Recetas abiertas de 2 ítems cada una
- 3 (tres) Recetas de Acido Fólico 1 mg + hierro
- 3 (tres) Atenciones odontológicas
- 2 (dos) Recetas odontológicas
- 1 (una) Entrevista con el pediatra

Las órdenes de consulta, de práctica o recetarios adicionales deberán ser solicitadas con la presentación de Resumen de Historia Clínica que lo avale en la Delegación o Región correspondiente donde serán autorizadas por el médico auditor.

Con la entrega de la chequera de etapa prenatal se adjuntará el Carnet Perinatal. La misma es la parte ambulatoria de la Historia Clínica Perinatal Base del Sistema Informático Perinatal (SIP), herramienta adoptada por el IOMA (Resolución N° 10807/11) para *establecer un sistema de registro* que nos permita obtener información acerca de la cantidad y calidad del servicio prestacional otorgado en esta área

Chequera de Atención del Parto y Recién Nacido

Incluye órdenes para:

- 1 (una) Práctica para el obstetra
- 1 (una) Práctica para el anesthesiólogo
- 1 (una) Práctica para el ayudante
- 1 (una) Práctica para el pediatra
- 1 (una) Práctica para de laboratorio para detección de metabolopatías congénitas y Grupo Sanguíneo.

Chequera de Atención del puerperio:

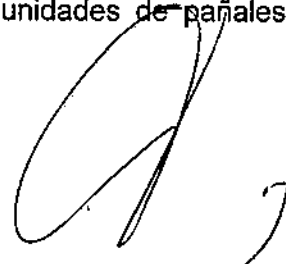
Con órdenes para:

- 2 (dos) Consultas médicas.
- 2 (dos) Prácticas para PAP.
- 1 (una) Practica de Laboratorio para Hemograma.
- 2 (dos) Recetas abiertas de 2 ítems cada una.

Chequera Atención del niño de 0 a 1 año *

Esta chequera incluye órdenes para:

- 11 (once) Consultas médicas ambulatorias
- 1 (una) Consulta oftalmológica
- 9 (nueve) Recetas abiertas de 2 ítems cada una
- 1 (una) Práctica para Ecografía de caderas
- 1 (una) Práctica de otoemisiones acústicas (OEA)
- 1 (una) Práctica de Laboratorio (para 3 análisis)
- 1 (uno) voucher de 5 (cinco) paquetes por 36 unidades de pañales anatómicos, elastizados con gel hasta 6 Kg. de peso.



LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA

En esta etapa (de 0 a 1 año) se incluye la **Ficha de Control Pediátrico del niño sano.*

Para realizar una óptima vigilancia con respecto al crecimiento en los primeros años de vida, se deberá proceder al llenado de la Fichas de Control de Atención Pediátrica, logrando datos epidemiológicos que garanticen la prevención de estados nutricionales patológicos, características antropométricas de nuestros afiliados, prevalencia de enfermedades, tipo de alimentación y suplementación de vitaminas y minerales, prevención de hipoacusia, displasia del desarrollo congénito de caderas y alteraciones visuales, con valoración de las pautas madurativas acorde a edad, otorgando relevancia a la calidad en la atención, entendiendo como factor de importancia el tiempo que requiere la consulta de control de niño sano mensual, durante el primer año de vida con las charlas de puericultura que se debe otorgar a la familia.

Mediante el nuevo patrón de curvas de la OMS, conjuntamente con el llenado de la Fichas de Atención, padres, médicos, y encargados de formular y planear políticas de salud, podrán determinar el estado de nuestra población infantil. La malnutrición o el sobrepeso, así como otras condiciones relacionadas con el crecimiento, podrán entonces detectarse y abordarse en una fase temprana.

Chequera Atención del niño de 1 a 11 años inclusive**

Una chequera por año que incluye órdenes para:

- 3 (tres) consultas pediátricas
- 2 (dos) controles odontológicos
- 1 (uno) control oftalmológico (con la agenda a partir de los 3 años)
- 1 (uno) práctica de Laboratorio (para 3 análisis)

***A partir del año de vida la cobertura de medicamentos será de acuerdo al Formulario terapéutico de IOMA vigente.*

Para la obtención en algunas de las etapas de órdenes de consulta, de prácticas o recetarios adicionales, deberán ser solicitadas en la Delegación o Región correspondiente, con la presentación de resumen de Historia Clínica que lo avale, las órdenes adicionales serán autorizadas por el médico auditor de las mismas.

Instructivo para regiones y delegaciones

La Unidad de Prevención y Promoción de la Salud distribuirá las chequeras correspondientes al Programa MAMI, las cuales están numeradas y con número de serie, cargándoselas al sistema de soporte informático correspondiente a cada regional quienes las recepcionarán y distribuirán en las delegaciones a su cargo.

Las chequeras se dividirán para su distribución y rendición de la siguiente manera:

- 1.- Etapa Prenatal más Carnet Perinatal.**
- 2.- Atención del Parto y recién Nacido.**
- 3.- Atención del Puerperio.**
- 4.- Atención del niño de 0 a 1 años de edad.**
- 5.- Atención del niño de 1 a 12 años de edad.**

Los diferentes formularios correspondientes al Programa MAMI se entregarán en las Delegaciones o Región correspondiente, de acuerdo al domicilio (código de partida) del afiliado.

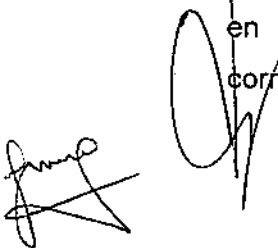
El carnet perinatal se entregará junto con la chequera de la etapa prenatal.

El Delegado entregará la chequera según la etapa que correspondiere, para ello el afiliado deberá presentar:

- **Credencial, último recibo de pago o carta de autorización provisoria.**
- **Documento Nacional de Identidad.**

Para la entrega de la chequera correspondiente al embarazo y el Carnet Perinatal, el afiliado deberá acreditar a través de una constancia médica, el tiempo de gestación y fecha probable de Parto.

La carga en la WEB es de suma importancia y deberá ser de manera inmediata a la entrega de chequeras de cualquier etapa del programa. En el caso de Delegaciones que no disponen de conectividad deberá organizarse un sistema de entregas y carga de los datos en planillas o soporte magnético que posteriormente se entregará a la región correspondiente para ser volcado en el sistema en forma **quincenal**. La reposición de las



chequeras a la región se realizará luego de la verificación por el sistema de la carga del 80 % de las correspondientes a la etapa solicitada.

Flujograma de entrega de chequera Etapa prenatal

Afiliada:

Presentando:

- Carnet IOMA o último pago de afiliación voluntaria o carta de autorización provisoria.
- DNI
- Certificado de embarazo

Región o Delegación:

Se le entrega:

- Chequera y Recetarios
- Carnet perinatal
- Se carga en el sistema

Consulta profesional:

Llenado del Carnet perinatal

Inicia Control prenatal

El carnet perinatal queda en manos de la afiliada presentándolo en cada consulta para ser completado.

Flujograma de entrega de chequera 0 a 1 año

Afiliada:

Presentando:

- Carnet de IOMA Titular o último pago de afiliación voluntaria o carta de autorización provisoria.
- DNI del Titular
- Certificado de Nacimiento

Región o Delegación:

Se le entrega:

- Chequera y Recetarios
- Se carga en el sistema

Consulta Profesional:

Inicia los controles de salud

Optativo: *Llenado de ficha pediátrica del control del niño sano mensual.*

Flujograma de entrega de chequeras de las etapas de 1 a 12 años

Afiliada:

Presentando:

- Carnet de IOMA, último pago de afiliación voluntaria o carta de autorización provisoria.
- DNI



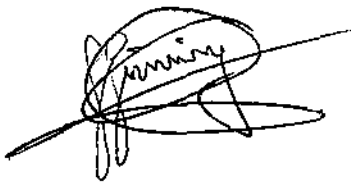
Región o Delegación:

Se le entrega:

- Chequera de prácticas

Consulta Profesional:

Realiza los controles de salud

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Sergio D. Cassinotti", written over a horizontal line.A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA

Planilla de control pediátrico



PLANILLA DE CONTROL PEDIATRICO PROGRAMA MAMI

FECHA: ____/____/____ N° APLIADO: _____
 TPO Y NUMERO DDO: _____ FECHA DE NAC: ____/____/____
 PN: _____ APOCAR: _____ EG: _____
 (en gramos) (en meses)

PESO / E			TALLA / E		
DIAGNOSTICO ANTROPOMETRICO	DETALLE	MARCAR	DIAGNOSTICO ANTROPOMETRICO	DETALLE	MARCAR
BAJO PESO	(Entre -3 DE)		BAJA TALLA	(Entre -3 DE)	
ALTA BAJA PESO	(Entre -3 DE Y -1.5 DE)		ALTA BAJA TALLA	(Entre -2 DE Y -1.5 DE)	
PESO ADECUADO	(Entre -1.5 DE Y 1.5 DE)		TALLA ADECUADA	(Entre -1.5 DE Y 2 DE)	
PESO SOBREPESO	(Entre 1.5 DE Y 3 DE)		ALTA TALLA	(Entre de 3 DE)	
ALTO PESO (OBESIDAD)	(Entre de 3 DE)				

PERIMETRO CEFALICO / E		
DIAGNOSTICO ANTROPOMETRICO	DETALLE	MARCAR
DESBALIDO (MACROCEFALIA)	(Entre de -2 DE)	
ADECUADO	(Entre -2 DE Y 3 DE)	
ALIMENTADO (MACROCEFALIA)	(Entre de 3 DE)	

OBSERVACION DEL NIÑO DURANTE LA CONSULTA		VALORACION DEL DESARROLLO INFANTE	
MIRA A LOS OJOS: _____ SE CONSOLA: _____ ESTÁ ATENTO: _____	ACTIVO DURANTE LOS CUIDADOS	DE DESARROLLO MOTOR:	
ACTIVIDAD PASIVA: _____ INQUIETO: _____	COORDINA: _____	GRABY VESTIMENTA:	
ESQUIVA LA MIRADA: _____ IRITABLE: _____	CONTROL DE ESPINTERES:	DESARROLLO INTELECTUAL - COORDINACION Y JUEGO	
LLANTO: _____ RESPONDE A COMIDAS: _____	VOCALIZACION Y PALABRAS:	REACCION:	
		INICIATIVA:	

ALIMENTACION	MATERNA	FORMULA	MIXTA	SEMISOLIDO
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

SULFATO FERROSO		VITAM. AGD	
SI	NO	SI	NO

FEI		VACUNAS		DIA OD		OEA OI	
NORMAL	ANORMAL	COMP.	INCOMP.	NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL

EGB. GABERAS		FONDS DE OJO	
NORMAL	ANORMAL	NORMAL	ANORMAL

Observaciones:

El médico Pediátrico Generalista, accederá a la Ficha de Control pediátrico del Niño Sano, desplegando la misma en la pantalla de la página Web de IOMA procediendo al llenado de datos requeridos y accediendo a cada uno de los casilleros para marcar el que corresponda. Una vez completada la carga y enviados los datos, se autorizará el pago de un plus correspondiente a un bono básico.

Normativas para fórmulas lácteas**a) Fórmulas lácteas para lactantes.****Capítulo 25 (01.04.01.) FTP presentación polvo.**

Podrán autorizarse hasta 8 Kg. en el período hasta los 6 meses de vida. (Según cobertura: 100% o ponderado)

Se autoriza en Delegación con Historia Clínica que consigne: peso de nacimiento, peso actual e indicación médica de alimentación complementaria.

- Trámite descentralizado
- Registro de consumo mensual
- Cobertura 100%

b) Fórmulas lácteas para prematuros y recién nacidos de bajo peso.**Capítulo 25 (01.06.01.) FTP**

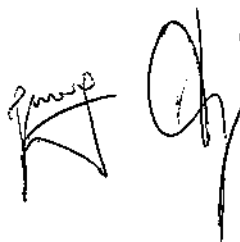
Se autoriza en Delegación con Historia Clínica que consigne: peso de nacimiento, peso actual, diagnóstico, evolución pondo/estatural con la alimentación complementaria solicitada.

- Trámite descentralizado
- Registro de consumo
- Cobertura 100%

c) Fórmulas lácteas medicamentosas**Capítulo 25 (01.01.01. - 01.02.01. - 01.03.01.)**

Se autoriza en Central con:

- Trámite de autorización central
- Historia clínica que consigne: diagnóstico etiológico, evolución pondo estatural, tiempo estimado de tratamiento, cantidad estimada de consumo por mes y estudios complementarios

d) Podrán autorizarse Fórmulas lácteas**Capítulo 25 (01.04.01.)**

Presentación Polvo, con diagnóstico de realimentación en la gastroenteritis, por periodo acotado al evento agudo.

Se autoriza en Delegación con Historia clínica que consigne: Diagnóstico etiológico, peso, tiempo estimado de tratamiento y consumo.

- Trámite descentralizado
- Registro de consumo
- Tope 1000 gr. Por receta y hasta dos recetas.
- Tope de edad 18 meses
- Cobertura 100%.

Se requiere que en forma mensual se remitan al IOMA, en soporte magnético, todas las consultas y prácticas nominalizadas con resultados que fueron realizadas por las afiliadas embarazadas o con niños/as hasta los 12 años.

Monitoreo fetal anteparto (Cód. 22 02 02)

Ecografía Obstétrica (Cód. 18 0104)

Ecografía doppler color Obstétrico (Cód. 88.18.42)

Otoemisiones acústicas (bono Programa MAMI)

Ecografía de caderas Recien Nacido (Cód. 88.18.03)

Ficha Pediatrica (s/resolución)

PROGRAMA + CERCA

Introducción

El concepto de Enfermedades poco frecuentes supone aquellos procesos que pueden ser mortales o provocar un debilitamiento crónico del paciente y que, debido a su escasa Prevalencia, requieren esfuerzos combinados para tratarlas. A título indicativo, se considera una prevalencia escasa cuando es inferior a 5 casos por 10.000 personas en la Comunidad.

Necesitan una atención socio sanitaria compleja y habitualmente más onerosas que las enfermedades crónicas. Por lo expuesto las Enfermedades poco frecuentes se presentan como un universo que requiere un nuevo enfoque socio sanitario por parte de los sistemas de Salud.

El interés del hombre por las enfermedades es tan antiguo como la Historia de la Humanidad, sin embargo por motivos socioeconómicos, el objetivo de las diferentes sociedades ha sido atender prioritariamente los problemas relacionados con las enfermedades más comunes o prevalentes. Actualmente en los países occidentales la atención se centra en solucionar los problemas que generan las Enfermedades Crónicas, que adquieren una mayor relevancia con la Consolidación del Estado de Bienestar, el progresivo aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población.

Ante éste panorama, y con el nuevo escenario que supone la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las personas en situación de Dependencia se hace evidente que el enfoque socio sanitario que requieren éstas enfermedades deberá hacer frente de forma integral y coherente a las necesidades de éste colectivo desfavorecido.

El IOMA, desde la **Unidad de Prevención y Promoción de la Salud**, plantea la necesidad de hacer el pasaje de Área a Programa + **CERCA**, considerando que las Patologías incluidas en su padrón adquieren el carácter de Enfermedades poco frecuentes:

ESCLEROSIS MULTIPLE

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

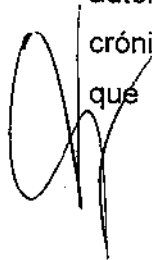
FIBROSIS QUISTICA

ENFERMEDAD DE GAUCHER

PSORIASIS SEVERA GENERALIZADA

ENFERMEDAD DE NIEMANN PICK

A éstos afiliados se los debe entender en un marco holístico. El paciente tiene que aprender a vivir con su dolencia crónica, adaptándose a su enfermedad para lograr el máximo de autonomía posible en su nueva situación. Este es el reto del siglo XXI para el paciente crónico que supone un cambio de actitud en él para lograr una vida normal. Por tanto más que de un enfermo, se trataría de una persona con una Salud Diferenciada y que tras



incorporar algunos cambios en su vida cotidiana se distinguiría de los no enfermos en la observación de sus síntomas y en la realización de controles médicos periódicos.

Si bien entendemos que éstas no son las únicas patologías que requieren de tan atención, pero estamos convencidos que fue necesario establecer un recorte si se quiere arbitrario, que hiciera factible de aplicación la metodología de trabajo que caracteriza al **Programa + CERCA**.

Este es un Programa destinado a un grupo específico de afiliados del IOMA con Patologías

Crónicas Complejas (poco frecuentes), de baja incidencia y alto costo financiero, que sostiene como ideología a un Sujeto – Afiliado PRO-ACTIVO.

La mayor parte de los llamados que un integrante del equipo **Más cerca** recibe, tiene una elevada carga de ansiedad, por lo cual se intenta brindar una **escucha atenta y comprometida** como así también una respuesta integral a fin de acotar la angustia.

Objetivos del programa

Objetivos generales

Acompañar a lo largo de la enfermedad.

Objetivos específicos

Orientar en los procesos administrativos.

Asesorar respecto de las coberturas y prestadores de la obra social.

Contener en el proceso de la enfermedad.

RECURSO HUMANO

El Programa se encuentra conformado por Licenciadas en Psicología, Psicóloga Social, Asistente Social, y personal administrativo; distribuidas en un Equipo de Contacto, un Equipo de Seguimiento de trámites y un Equipo de carga de Datos para la estadística, los cuales trabajan interaccionando entre ellos a fin de lograr una mirada integral del afiliado – enfermo y así proveerles de una mejor calidad de atención.

Metodología de trabajo

Entrevista telefónica:

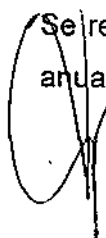
Empadronamiento del Afiliado

A partir del momento que el área toma conocimiento de la existencia de un afiliado de la obra social IOMA portador de algunas de las patologías comprendidas en el **MÁS CERCA**, ya sea a través de la región / delegación de IOMA, por derivación del médico tratante, o por iniciativa y acercamiento del afiliado, se realiza el **primer contacto**, generalmente telefónico, que nos permite completar la **FICHA DE CONTACTO**. La misma se confecciona con información de carácter relevante para el área a saber:

- Datos Personales
- Datos Afiliatorios
- Datos referidos a la Patología en cuestión
- Ficha en la cuál se toma registro del seguimiento de los trámites que el afiliado inicia a lo largo del proceso de su enfermedad con posterior vuelco al sistema informático.

EVALUACION DEL PROGRAMA

Se realizará la evaluación de **Más Cerca** a través de los siguientes indicadores en forma anual a saber:



- Evaluar cambios en el consumo de Tobramicina en pacientes que utilizan el Sistema de alivio para vías respiratorias (Chaleco).
- Relacionar la incorporación de nuevos fármacos para el tratamiento de Patologías bajo programa y el número de re internaciones hospitalarias anuales.
- Uso de tobramicina inhalada y su relación con el tiempo de llegada al trasplante Pulmonar.
- Costo anual en fármacos por paciente en el tratamiento de enfermedad de Gaucher.

Con el objetivo de disponer de la información de Consumo del Primer Nivel de Atención de los afiliados bajo programa de las siguientes patologías:

Esclerosis Múltiple

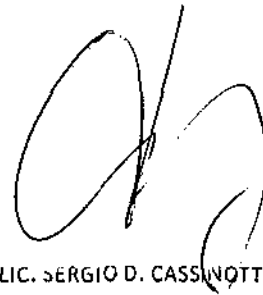
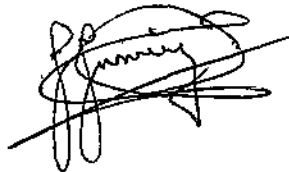
Esclerosis Lateral Amiotrófica

Fibrosis Quística

Enfermedad de Gaucher

Psoriasis Severa Generalizada

Se requiere que en forma mensual se remitan al IOMA en soporte magnético, todas las consultas y prácticas que fueron realizadas por los afiliados con las patologías anteriormente enunciadas.



LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA



REGION

Fecha

PATOLOGÍA	
APELLIDO Y NOMBRE	

N° Afiliado		Fecha Nacimiento	
-------------	--	------------------	--

Domicilio		Localidad	
-----------	--	-----------	--

Teléfono		e-mail	
----------	--	--------	--

DATOS DEL/ LOS MEDICO/S TRATANTE/S

APELLIDO Y NOMBRE	
-------------------	--

Lugar de atención	
-------------------	--

Teléfonos	
-----------	--

APELLIDO Y NOMBRE	
-------------------	--

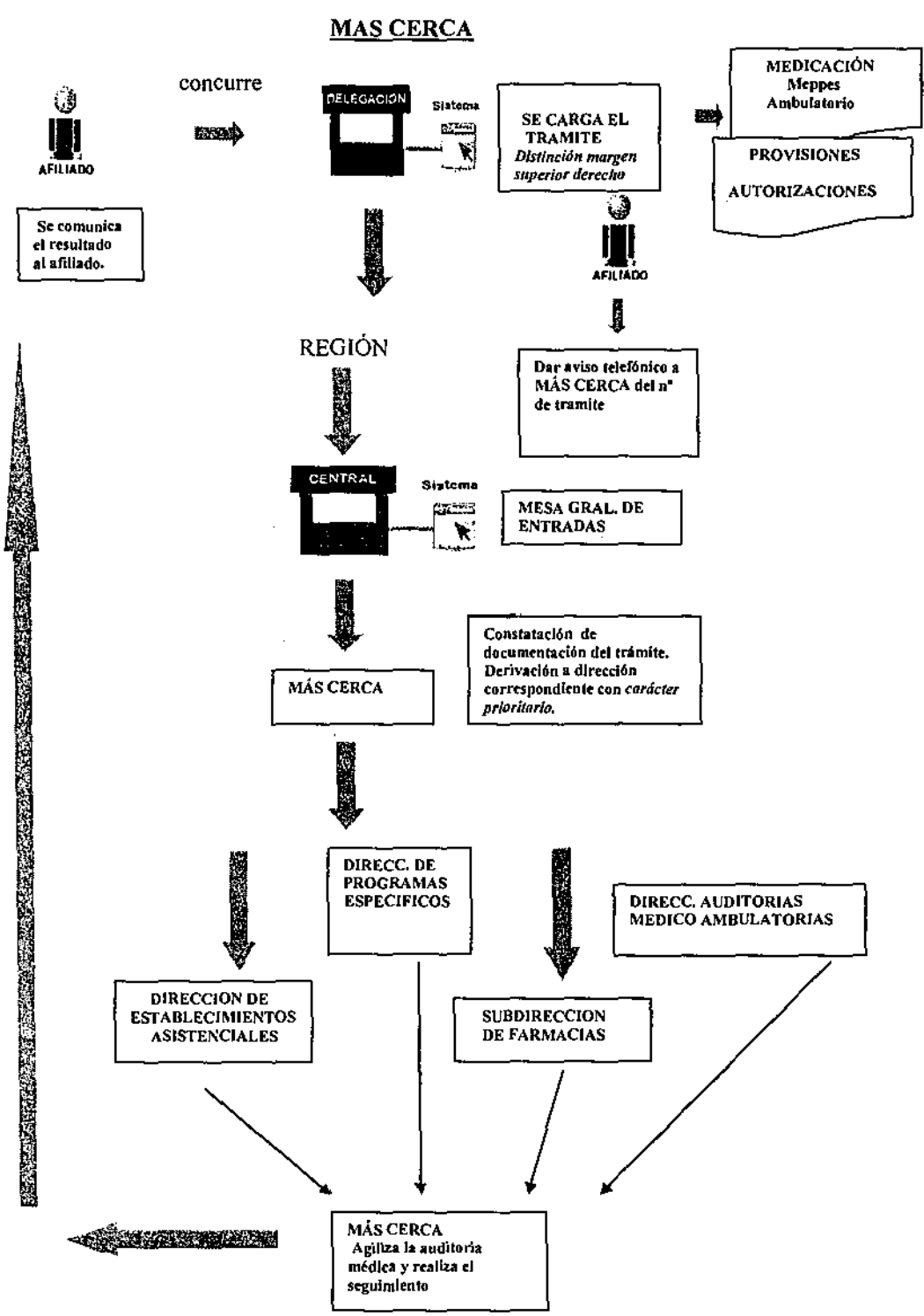
Lugar de atención	
Teléfonos	

FARMACIA	
FARMACIA	

PRESTACIONES HABITUALES	
Fecha de contacto:	Profesional de Contacto:



CIRCUITO ADMINISTRATIVO



PROGRAMA 12/20**INTRODUCCION**

Desde una perspectiva de Salud Integral del Adolescente es primordial promover el desarrollo saludable de los jóvenes ya que un tercio de la población mundial se encuentra entre los 10 y 24 años de edad, y cuatro de cada 5 de estos jóvenes viven en países en desarrollo.

La salud integral del adolescente comprende, según la OMS, el bienestar físico, mental, social y espiritual de los jóvenes, e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo, la adecuada participación en las actividades de la comunidad (acorde con su cultura y el desarrollo de su máxima potencialidad), el abordaje integral del desarrollo y la salud de los adolescentes requiere acciones destinadas a estimular el crecimiento, el desarrollo personal y a prevenir o responder a determinados problemas.

La adolescencia, es un período crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una Nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.

Durante la adolescencia se forman nuevos patrones de conducta que pueden durar toda la vida. Esta etapa es vulnerable y formativa, moldea la manera cómo vivirán en la adultez, cimentando el estilo de vida a través de hábitos que pueden convertirse en factores protectores o de riesgo y que pueden modificar la salud.

El IOMA, desde la Unidad de Prevención y Promoción, crea el Programa 12/20 proyectando el tener una población adolescente que atraviese ésta etapa en óptimo estado de salud con fortalecimiento de los factores protectores para alcanzar una adultez saludable.

"La vida no debería echarlo a uno de la niñez sin antes asegurarle un buen puesto en la adolescencia".

Situación actual

El mundo de hoy enfrenta la mayor generación de adolescentes registrada en la historia, más de 1200 millones de personas, cuyas necesidades de atención no deben ser postergadas.



En América Latina y el Caribe, las personas jóvenes representan el 30 % de la población y los adolescentes conforman el 21 % de la población total.

En nuestro país el 27 % de la población esta comprendida entre los 10 y 24 años de edad, esto es algo más de 10 millones de personas.

La población adolescente de 10 a 19 años de edad representa el 17 % de la población total del país.

La población adolescente del IOMA es de 350.000 afiliados, lo que representa aproximadamente un 16% de la capita.

Los últimos datos del 2009 UNICEF que toma la población de 15 a 24 años, indica una tasa de mortalidad del 5.63%.

Esta población presenta una morbi-mortalidad debida principalmente a causas externas (violencia intencional, no intencional y accidentes) y está condicionada por las conductas de riesgo.

En nuestro país, según la última Encuesta Nacional de Salud Escolar realizada en 2007 por el Ministerio de Salud de la Nación en adolescentes de 13 a 15 años muestra:

- El 56.8% de los jóvenes, tomo al menos una bebida alcohólica en el ultimo mes.
- El 11.7 % consumió alguna vez una droga ilegal.
- El 25.5% fumo cigarrillos el ultimo mes.
- El 34% de los adolescentes tuvo relaciones sexuales alguna vez.
- Solo el 43 % reporto utilizar siempre preservativos en todas sus relaciones el último año.
- El 24.5% sufrieron algún episodio de violencia al menos una vez al año.
- Un 16.9 % de los adolescentes, considero seriamente intentar suicidarse el ultimo año.
- Un 19% presentaron sobrepeso y un 3% obesidad.

Tener en cuenta y conocer la vulnerabilidad de esta población y sus factores de riesgo, los tipos de problemática de salud que estos presentan, son pilares fundamentales de conocimiento del equipo de salud multidisciplinario e imprescindible para aquellos profesionales que pretendan atender la población adolescente. Desde el IOMA proponemos

una cobertura personalizada e interdisciplinaria, con estándares de calidad y equipos de profesionales capacitados.

En respuesta a la compleja situación en la que viven y se desarrollan los adolescentes, se decide adoptar el Modelo de Atención Integral del Adolescente, entendiendo a éste como aquel que:

- privilegia la promoción de estilos de vida saludable
- privilegia la prevención de probables riesgos
- se centra no solo en la familia sino también en el soporte social existente
- cuenta con la activa participación de los jóvenes
- se accede no sólo en los servicios tradicionales de salud, sino también, en los ámbitos donde los jóvenes habitan ,estudian ,trabajan o se recrean
- la atención es brindada por un equipo de profesionales capacitados de distintas disciplinas preparado para el abordaje de las necesidades de este grupo etéreo

Marco legal

El Programa 12/20 tiene una posición legal (de derechos) cuyo eje es facilitar el acceso al ejercicio del derecho de salud de niños y adolescentes.

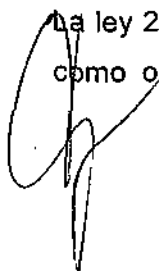
En el año 1994 la Argentina incluye en su Constitución los siguientes tratados internacionales:

- Convención de los Derechos del Niño (CDN).
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Ambos modifican la forma de acercarse a la atención de adolescentes, por ejemplo, en la salud sexual.

La Ley Nacional **26.061** de *Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*, en consonancia con la Convención de los Derechos del Niño, garantiza el derecho a la salud integral (art. 14). La Ley 25.673 crea el *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* que habilita el acceso de adolescentes a la anticoncepción y a los cuidados sexuales en salud.

La ley 26.061 provoca un cambio de paradigma, desplazando la idea de niño o adolescente como objeto de tutela por un nuevo concepto de niño/a o adolescente como sujeto de



derecho desde el nacimiento. Este cambio de paradigma impacta a su vez en lo que se entiende como *patria potestad*.

Los hijos no son propiedad de los padres y los padres tienen la función y el deber de ayudarlos a cumplir y ejercer los derechos que aún por inmadurez no pueden ejercer por ellos mismos.

Este cambio de paradigma en lo que se refiere a los derechos de los niños y adolescentes, impacta también de forma directa en su relación con el sistema de salud. El hecho de que no haya una propiedad absoluta de los padres respecto de los chicos, hace que prevalezca el derecho de ellos a recibir una adecuada atención médica cada vez que lo necesiten. Esto le permite, al equipo de salud, poder intervenir de la mejor manera, incluso en situaciones en donde la necesidad de atención sea una demanda de los adolescentes y no así de los padres.

Fundamentación

La adolescencia es el período más sano de la vida desde el punto de vista físico, lo que probablemente ha condicionado que no se haya tenido en cuenta la atención a su salud tanto por parte de los profesionales sanitarios, la familia, la sociedad y el propio adolescente.

Pero es además un período muy vulnerable y de alto riesgo, siendo la mayoría de sus problemas de salud causados por comportamientos que se inician en estas edades y con consecuencias potencialmente graves para su vida actual y futura: tabaco, alcohol, drogas, conductas sexuales de riesgo que conducen a embarazos no deseados y ETS, lesiones, accidentes, problemas de salud mental, trastornos de la conducta alimentaria, depresión, problemas del aprendizaje con fracaso escolar, problemas familiares siendo la mayoría de estas conductas prevenibles a través de acciones planificadas.

Investigando la salud del adolescente podemos inferir que las mayores amenazas para la salud de estos, son conductuales más que biomédicas, que los adolescentes adoptan hábitos no saludables a edades cada vez más tempranas y que la mayoría de estos adopta algún tipo de conducta personal que amenaza su salud y bienestar.

Objetivos

Como respuesta a la compleja situación en la que viven y se desarrollan los adolescentes de nuestra provincia se ha decidido adoptar el modelo de atención integral del adolescente. El IOMA decide la creación del Programa 12/20 privilegiando la promoción de estilos de vida saludables y trabajando en la prevención de riesgos que repercutan en el estado de salud de dicha población.

Desde la Unidad de Prevención y Promoción del IOMA se crea el Programa para Adolescentes que abarca el grupo etéreo entre los 12 a 20 años: Programa 12/20.

Se crea con el propósito de ir más allá de un enfoque orientado al problema, pasando a un enfoque de desarrollo que promueva factores de protección y resiliencia en la juventud. Es necesario pasar de intervenciones individuales a intervenciones de familias y comunidades; del concepto de jóvenes como receptores a jóvenes participantes activos; y de enfoques verticales a esfuerzos coordinados, integrados en prevención y promoción de la salud.

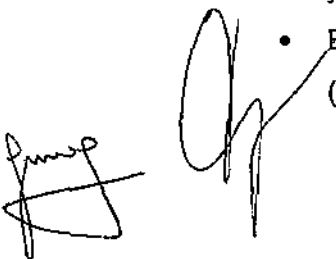
Enfoque de riesgo desde la visión de la UPPS/ PROGRAMA 12/20 significa trabajar en "prevención de problemas en adolescentes sanos y en riesgo", incorporando conceptos de screening y guías preventivas como acciones de salud. .

Se propone superar las estrategias centradas en el Enfoque de riesgo , orientando las capacidades personales, familiares y socio-comunitarias, reconociendo los aportes de marcos conceptuales y metodológicos como: Derechos Humanos, Género, Educación para la salud, Resiliencia y Metas del Milenio de la OPS.

Objetivos específicos:

De Prevención y Promoción:

- Considerar áreas de promoción, prevención de la salud a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los adolescentes.
- Proveer un modelo de salud familiar y atención integral en salud de adolescentes.
- Motivar y generar condiciones de vida saludables.
- Detectar situaciones de riesgo individual y familiar desde un enfoque psicosocial.
- Establecer redes de referencia y contrarreferencia con otros servicios de prevención y asistencia en trastornos de la alimentación y adicciones.
- Establecer alianzas estratégicas con instituciones que nucleen adolescentes (educativas , comunitarias y judiciales)



- Informar y educar a los adolescentes sobre los procesos biológicos articulando con el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. (Ministerio de Salud de la Nación)
- Facilitar conocimientos y medidas preventivas sobre enfermedades de transmisión sexual y sus posibles complicaciones, articulando con el Programa VIH-SIDA.(MSN)
- Informar acerca de las implicancias en la salud del consumo de sustancias, articulando con el Programa de Prevención de las Adicciones y Tabaquismo.(MSN)
- Realización de campañas desde la UPPS / Programa 12/20 sobre temáticas actuales como: - Audición: "Baja el Volumen", (Campaña de prevención de trastornos auditivos por uso de volúmenes altos en auriculares).

- Violencia Escolar: Bullying, Cyberbullying

- Fortalecer las redes asistenciales fomentando el trabajo interdisciplinario.
- Fortalecer las redes institucionales articulando entre las diferentes áreas de los Programas de la UPPS del IOMA: (Programa SER, Programa MAMI, Programa RCVG, Programa de Salud Bucal)
- El Programa 12/20 de la UPPS tiene como objetivo extramuro realizar intervenciones en la comunidad y diferentes ámbitos sociales donde se encuentran los adolescentes (escuelas, barrios, clubes, etc.) llegando con actividades de promoción y prevención a través de variados recursos por ejemplo: talleres, folletería, revistas, encuentros de arte, concursos, encuentros recreativos, musicales, murales.

Prestaciones incluidas

Asistenciales:

- Creación y utilización de la "Agenda del Adolescente" e instaurar un Certificado Unico de buena salud.
- Ofrecer cobertura prestacional para el control de salud anual en las tres etapas de la adolescencia: temprana (de 12 a 14 años) , media (de 15 a 17 años) y tardía (de 18 a 20 años)
- Ofrecer en cada una de estas etapas, la realización de laboratorios: Hemograma Completo, Glucemia, Hepatograma, Orina Completa y serología VIH con cobertura del

100%. La serología VIH será opcional, no obligatoria, a partir del inicio de relaciones sexuales.

- Referenciar a las adolescentes con inicio de relaciones sexuales al control ginecológico incorporándolas al Programa Ser.
- Enfatizar el control odontológico referenciando con el Programa de Salud Bucal.
- Ofrecer a los servicios de atención una guía de screening, donde se recomiendan acciones universales para aplicar en todos los adolescentes; y otras selectivas, teniendo que realizarse solo si existen factores de riesgo.
- Inmunizaciones: completar o iniciar calendario de vacunación según normas vigentes del Ministerio de Salud de la Nación.
- Proyección futura tras la implementación del Programa 12/20: Incorporación al Sistema Informático del Adolescente (SIA-CLAP-OMS) Se utilizara una historia clínica unificada basada en el sistema informático del adolescente (SIA-OPS), incluyendo aspectos actualizados. Esto debe permitir un mejor enfoque biopsicosocial con fines asistenciales de docencia e investigación y evaluación de resultados.
- Promover la utilización de la historia clínica del adolescente

Capacitación y/o certificación del Recurso Humano

El Programa 12/20 tiene dentro de sus objetivos la óptima atención del adolescente garantizando sea ésta realizada por profesionales con la adecuada capacitación en dicho grupo etéreo. Para ello se solicitara a los profesionales que deseen integrar la cartilla, un Curriculum Vitae que contenga antecedentes de formación o capacitación en la atención integral de adolescentes.

Se ofrecerá a aquellos profesionales que deseen ser parte de la cartilla de prestadores y no tengan la formación solicitada, el acceso a diferentes link (Curso de Capacitación para la Atención de los Adolescentes dentro del Plan SUMAR, Posgrado en la Facultad de Medicina-UBA) para la realización de cursos de capacitación.


**Docencia e Investigación:**

El Programa contempla la capacitación a través del ISEI en temáticas de abordaje en atención de adolescentes tales como Salud Integral, Adicciones, Consumo de alcohol, Intento de Suicidio, ETS, Embarazo Adolescente, Uso del Tiempo Libre y otros ítems a cargo de profesionales especializados en las mismas.

“El elemento más necesario no es la alta tecnología si no más bien los recursos humanos motivados y bien capacitados insertos en servicios accesibles y amigables”

La Adolescencia se alza en el ciclo vital de las personas, como una ventana de oportunidad para hacer construcción de proyectos de vida variados, en particular, en condiciones de gran vulnerabilidad social, en los cuales el acompañamiento por parte de los equipos de salud pasa a ser clave. Es así que el gran desafío de los equipos de salud será lograr un adecuado vínculo terapéutico que permita la continuidad de la atención adolescente, y disminuya las desconfianzas y barreras que percibe este grupo poblacional.

En el caso de la salud de adolescentes, los problemas exclusivos de la salud física se enfrentan de la misma manera que para los otros grupos etáreos, sin embargo durante la adolescencia, la gran mayoría de las situaciones de salud involucran importantes aspectos psico-sociales, razón por la que la mirada integral bio-psico-social es mandataria. Por este motivo conviene establecer atenciones diferenciadas por niveles de complejidad, lo cual no es sencillo y probablemente el elemento más necesario no es la alta tecnología si no más bien los recursos humanos motivados y bien capacitados insertos en servicios accesibles y amigables.

El mayor desafío en el caso de servicios para adolescentes se vislumbra en la articulación de la atención y de los equipos de los distintos niveles de atención de salud, en red intersectorial con las organizaciones comunitarias, en los diferentes niveles. El objetivo es lograr realizar un trabajo articulado potenciando así la efectividad del sistema para contribuir al bienestar y desarrollo de los adolescentes.

Mejorar la salud de los adolescentes es un reto. Requiere una amplia estrategia de prevención que abarque muchos aspectos de la vida de la comunidad. Las escuelas han respondido a este reto con asignaturas de educación para la salud y la puesta en marcha de programas especiales de prevención. Del mismo modo, muchas organizaciones de servicios de adolescentes, han respondido con la puesta en marcha de programas de promoción de la salud para los adolescentes y sus familias

Las instituciones ciudadanas y gubernamentales han respondido con campañas de información pública y aprobaciones de regulaciones sanitarias dirigidas a proteger la salud de los adolescentes.

El IOMA aporta este programa para que los profesionales de atención primaria puedan también hacer frente al reto de mejorar la salud de ésta población.

Acceso al Programa

Desde la página de IOMA, se podrá acceder al Icono del Programa 12/20 y desde el mismo se abrirán tres posibilidades:

- Para los Profesionales: guías de screening, tablas de percentilo HTA, tablas de crecimiento y desarrollo. Calendario de Vacunación actualizado. Link hacia otros sitios de interés. Dirección de correo electrónico del Programa.
- Para Padres: guías de atención en promoción y prevención, lugares de atención de adolescentes, mensajes e información preventiva. Dirección del correo electrónico del Programa.
- Para Adolescentes: información de interés basada en la promoción y prevención. Líneas de ayuda como 0800 SIDA, Fonodroga, 0800 alcohol, etc. Dirección del correo electrónico del Programa.

“La participación es en la adolescencia lo que la estimulación temprana es en la primera infancia”

El IOMA pone a disposición el mail: adolescente@ioma.gba.gov.ar, como iniciativa para responder preguntas que se puedan compartir, que sirvan para aprender, aclarar dudas y disparar otras preguntas.

EVALUACION DEL PROGRAMA

Medición de resultados a un año de la creación y puesta en marcha del mismo

Tasa de uso del programa:

Número de visitas a la página web.

Número de adolescentes que retiran la agenda de salud.

Utilización del certificado de buena salud único para el afiliado.



Motivos de Consulta:

Cantidad de consultas odontológicas.

Cantidad y motivos de consultas en salud mental.

Uso de métodos anticonceptivos por las afiliadas adolescentes (a través del Programa Ser).

Índice de embarazos adolescentes (a través del SIP).

PROGRAMA COLORRECTAL

Técnica de estudio

Método de Diagnóstico y Tratamiento:

Fibrocolonoscopia:

Método de elección en pacientes que presentan el test de sangre oculta de materia fecal con resultado positivo, permitiendo la visualización directa de toda la mucosa colorrectal para la detección, resección y tratamiento de los pólipos colorrectales, adenomas o carcinomas colorrectales en etapas tempranas.

Criterios de Autorización de colonoscopías bajo el diagnóstico de Rastreo de CCR con Somf +:

Se autorizarán bajo los diagnósticos de:

- Sangre oculta en materia fecal + (SOMF)
- Antecedente de Familiar de primer grado (madre, padre, hermano, hijo) con diagnóstico de CCR
- Antecedentes personales de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII: Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa); Sd de Lynch, Poliposis Adenomatosa Familiar.

Implementación del Programa:

1º Etapa:

-Campaña de Comunicación y Difusión sobre Cáncer Colorrectal a población y fomentar hábitos de vida saludables. A saber: consumir una dieta rica en fibras, especialmente

vegetales y frutas; disminuir el consumo de carnes rojas y grasas de origen animal; ingerir productos ricos en calcio (lácteos), realizar actividad física regularmente y evitar el sobrepeso; disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y evitar el tabaco.

-Promocionar la realización del test de SOMF dirigida a la población objetivo; e incentivar a la población médica a su prescripción.

-Solicitar a la Federación Bioquímica de la Pcia. de Bs. As (FABA) los resultados obtenidos de la sangre oculta de materia fecal (SOMF) de la población objetivo de manera mensual, en soporte magnético, con la identificación afiliatoria, fecha de realización, laboratorio, y resultado, remitido a la Unidad de Prevención y Promoción de la Salud, para su control y análisis.

2º Etapa:

-Registrar los TSOMFI informando la cantidad, sus resultados, nominalización de los afiliados en una base de datos.

-Registrar cantidad de colonoscopías por entidades intermedias informadas con nominalización de la población bajo el diagnóstico de Tamizaje por CCR.

3º Etapa:

-Crear un sistema informático para el registro de lesiones precursoras y lesiones cancerosas, cargadas desde IOMA y por las entidades intermedias, las que deberán remitir un soporte magnético a la Unidad de Prevención y promoción de la Salud en forma mensual con los siguientes datos:

-Nombre y Apellido del afiliado

-Número de afiliado

-Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa

-Localidad: carga por tabla de referencia

-Teléfono/celular de contacto

-E-mail

-Material remitido: carga por tabla de referencia

-Diagnóstico: carga por tabla de referencia

-Fecha de realización: dd/mm/aaaa

-Nombre y Apellido del patólogo

-Matrícula del patólogo

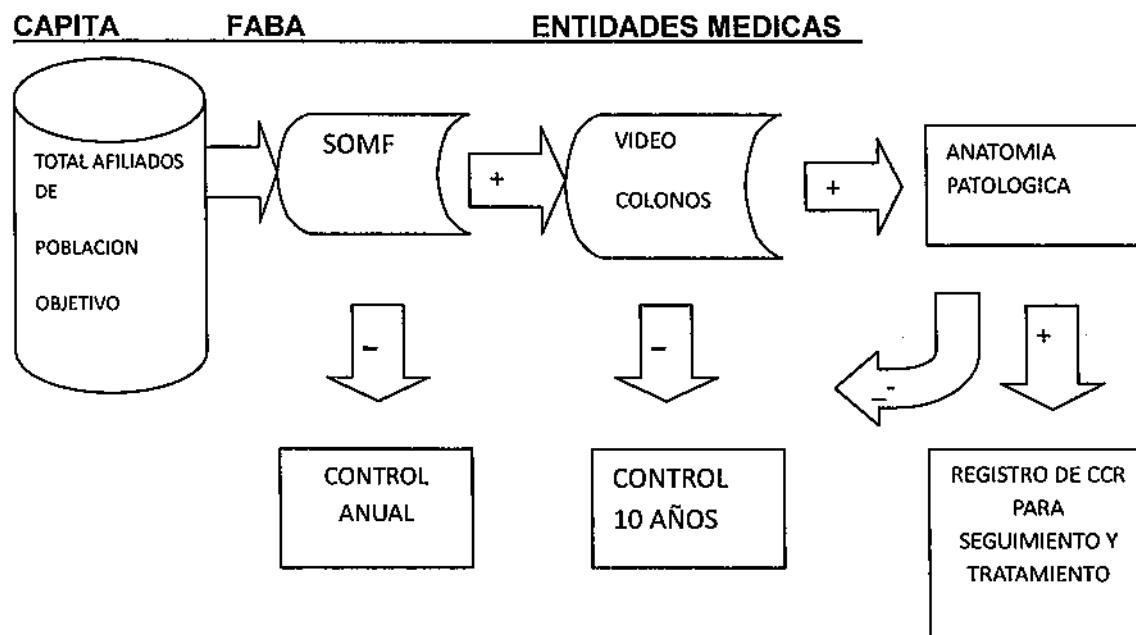
4º Etapa:



-Obtener y procesar 6 indicadores que se evaluarán de manera semestral, ellos son:

- 1) Población objetivo: cápita IOMA entre 50 y 75 años.
- 2) Cantidad de SOMF realizadas.
- 3) Cantidad de Fibrocolonoscopías.
- 4) Cantidad de afiliados con diagnóstico de CCR en tratamiento quimioterápico.
- 5) Cantidad de Cirugías con diagnóstico de CCR.
- 6) Diagnóstico histopatológico de CCR.

5ª Etapa: Seguimiento del paciente bajo programa



Metodología de pago de prestaciones:

FABA: Las prácticas de Sangre oculta de materia fecal por inmunoquímica identificadas bajo programa, se abonarán por pago prestacional a partir de las 1000 prácticas. Según acta de comisión mixta.

Entidades médicas: la práctica de Videocolonoscopia cuando sea indicada en el marco del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal, será abonada por prestación y por fuera de la cápita; y se le aplicará un 15 % de aumento sobre el valor del Honorario Médico, del mismo modo, la Entidad garantiza el pago de esta práctica al 100 % de su valor cuando

la misma no sea efectuada dentro del citado programa preventivo y, por lo tanto, se encuentre incluida dentro del valor capitario.

En el caso de AMP se abonará por prestación. Según acta de comisión mixta.

Normas de facturación

Cada facturación se limitará a Honorarios Médicos y Derechos de atención de las prácticas del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal.

La facturación corresponderá a honorarios médicos y gastos de acuerdo a los aranceles convenidos.

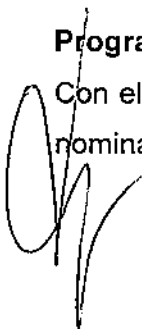
La práctica deberá ser facturada bajo el código 88.08.20 (VIDEOCOLONOSCOPIA DEL PROGRAMA) cuyo objetivo es diagnosticar patología y que se encuentra en el listado de 88 livianos del convenio con las Entidades Médicas. El resto de videocolonoscopias que se realicen ya sean de seguimiento o terapéuticas deberán ser facturadas a través del 88.08.02 del convenio.

Documentación que deberá presentar el médico prestador para la facturación de las prácticas de colonoscopia bajo programa.

- 1) Talón de planilla programa Colorrectal de FABA de sangre oculta en materia fecal (CON RESULTADO POSITIVO).
- 2) Derivación del medico de cabecera al especialista.
- 3) En el caso que la práctica se realice por antecedentes familiares se debe adjuntar historia clínica completa.
- 4) Informe de la práctica en planilla "REGISTRO GASTROENTEROLOGICO-VIDEOCOLONOSCOPIA". (La que se obtiene a través de la pagina oficial del IOMA). Esta planilla deberá estar conformada por el afiliado

Programa colorrectal (Resolución 3136/15)

Con el objetivo de obtener cantidad de colonoscopias e histopatologías con resultados, con nominalización de la población bajo el diagnóstico de Tamizaje por CCR., las entidades

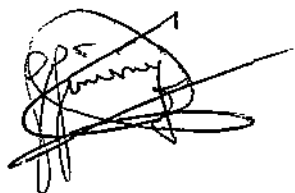


deberán remitir un soporte magnético al IOMA, en forma mensual con los siguientes datos:

(Datos según planilla adjunta).

- Nombre y Apellido del afiliado
- Número de afiliado
- Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa
- Localidad: carga por tabla de referencia
- Teléfono/celular de contacto
- E-mail
- Material remitido: carga por tabla de referencia
- Diagnóstico: carga por tabla de referencia
- Fecha de realización: dd/mm/aaaa
- Nombre y Apellido del patólogo
- Matrícula del patólogo

La práctica de Videocolonoscopia cuando sea indicada en el marco del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal, (88.02.20), será abonada por prestación y por fuera de la cápita; y se le aplicará un 15 % de aumento sobre el valor del Honorario Médico.



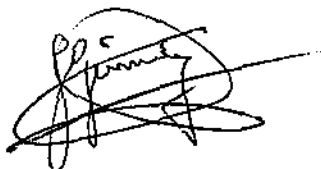
LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA

PADRÓN DE BENEFICIARIOS

Se acompaña en soporte digital:

4 - A - Padrón de afiliados del IOMA residentes en el ámbito de competencia del Centro.

4 - B - Padrón total de beneficiarios del IOMA.



LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

NOMENCLADOR NACIONAL DE PRESTACIONES MEDICAS Y SANATORIALES

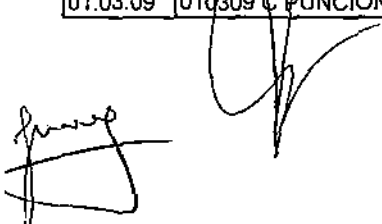
Se detalla la nomina de prestaciones incluidas en el convenio de acuerdo a lo establecido en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatorias. Las practicas especializadas identificadas con una "A" a la derecha del código requieren autorización de Auditoria Médica. Las Practicas quirurgicas identificadas con una letra "C" a la derecha del codigo son autorizadas para realizar en consultorio con equipo propio.

INTERVENCIONES QUIRURGICAS (VALORES INDEPENDIENTEMENTE DE LA VIA EMPLEADA)

VALOR DIFERENCIADO CATEGORIA B: + 40 %

VALOR DIFERENCIADO CATEGORIA C: + 80 %

CODIGO	CODIGO Y NOMBRE DE LA PRACTICA	CANTIDAD EN GALENOS				TIPO DE GASTO
		ESPECIALISTA	1º AYUDANTE	2º AYUDANTE	GASTOS	U. G
01.01.01	010101 . T.Q.ENCEFALOMENINGOCELE	531,75	106,5	106,5	361	A
01.01.02	010102 . T.Q.CRANEOSTENOSIS	478,5	95,25	95,25	273	A
01.01.03	010103 . CRANEOPLASTIAS C/INJERTO OSEO	478,5	95,25	95,25	313	A
01.01.04	010104 . REDUCCION ABIERTA FRACT.CRANEO	252,75	51	51	276	A
01.01.05	010105 . ESCISION LESION HUESOS CRANEO	228	45	45	127	A
01.01.06	010106 . DESCOMPRESION ORBITARIA UNILAT	531,75	106,5	106,5	220	A
01.02.01	010201 . VENTRICULOCISTERNOSTOMIAS	637,5	127,5	127,5	361	A
01.02.02	010202 . COLOC.VALVULAS DERIVAT:HOLSTER	372,75	74,25	74,25	281	A
01.02.03	010203 . REVIS.VALVULAS DERIVAT.INTRACR	252,75	51	51	276	A
01.02.04	010204 . LOBECTOMIA PARCIAL O TOTAL	744	149,25	149,25	328	A
01.02.05	010205 . TRACTOTOMIA ESPINOTALAMICA	637,5	127,5	127,5	366	A
01.02.06	010206 . T.Q.ANEURISMAS INTRACRANEALES	797,25	159,75	159,75	366	A
01.02.07	010207 . PUNC.COLECCION INTERCEREBRAL	228	45	45	137	A
01.02.08	010208 . CRANEOTOMIA EXPLORADORA	531,75	106,5	106,5	276	A
01.02.09	010209 . REPAR.PLASTICA SENOS CRANEALES	531,75	106,5	106,5	356	A
01.02.10	010210 . ESCIS.NEOPLASIA INTRACRANEANA	744	149,25	149,25	366	A
01.02.11	010211 . DRENAJE VENTRICULAR CONTINUO	119,25	30		346	A
01.02.12	010212 . EXTRACCION TUBOS OP.DERIVATIVA	119,25	30		180	A
01.02.13	010213 . INTERVENCIONES ESTEREOTAXICAS	637,5	127,5		358	A
01.02.14	010214 . PUNCION VENTRICULAR POR TREPAN	119,25	30		180	A
01.02.15	010215 . PUNCION TRANSFONTANELAR	26,25			7	A
01.03.01	010301 . REPARACION MIELOMENINGOCELE	478,5	95,25	95,25	352	A
01.03.02	010302 . T.Q.COM.VERTEBROMENINGOMEDULAR	372,75	74,25	74,25	352	A
01.03.03	010303 . LIGADURA ANEURISMAS MEDULARES	956,25	191,25	191,25	366	A
01.03.04	010304 . CORDOTOMIA ESPINOTALAMICA	531,75	106,5	106,5	356	A
01.03.05	010305 . RIZOTOMIA	372,75	74,25	74,25	356	A
01.03.06	010306 . SECCION DE LIGAMENTOS DENTADOS	372,75	74,25	74,25	356	A
01.03.07	010307 . PUNCIÓN RAQUIDEA DOBLE	26,25			7	A C
01.03.08	010308 . PUNCIÓN CISTERNAL	39,75			7	A
01.03.09	010309 C PUNCIÓN LUMBAR	I/C			7	A C



ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

01.04.01	010401 . NEUROTOMIA RETROGAS.TRIGEMINAL	531,75	106,5	106,5	356	A	
01.04.02	010402 . NEUROLISIS TRANSOVAL TRIGEMINO	119,25			7	A	
01.04.03	010403 . NEUROTOMIA INTERMED	531,75	106,5	106,5	281	A	
01.04.04	010404 . INTERVENCIONES NERVIOS OPTICOS	797,25	159,75	159,75	273	A	
01.04.05	010405 . NEUROTOMIA SUPRA/INFRAORBITAR.	101,25	30		124	A	
01.04.06	010406 . NEUROTOMIA SELEC/FACIAL	119,25	30		267	A	
01.04.07	010407 . INJERTO/ANASTOMOSIS FACIAL	252,75	51	51	266	A	
01.04.08	010408 C NEUROLISIS EXTRACRANEAL	26,25			168	A	C
01.04.09	010409 C BLOQUEO EXTRACRANEAL ANTIALGIC	I/C			7	A	C
01.05.01	010501 . T.Q.DEL PLEXO CERVICOBRAQUIAL	252,75	51	51	271	A	
01.05.02	010502 . T.Q.DEL PLEXO LUMBOSACRO	303	61,5	61,5	271	A	
01.05.03	010503 . NEURORRAFIA RADIAL	201,75	39,75	39,75	266	A	
01.05.04	010504 . TRANSPOSICION DEL CUBITAL	119,25	30		177	A	
01.05.05	010505 . DESCOMPRESION TUNEL CARPIANO	80,25	30		124	A	
01.05.06	010506 . ESC.LESION TUMORAL NERVIO PERI	61,5	30		183	A	
01.05.07	010507 . NEUROLISIS QUIRUR.NERVIO PERIF	39,75	30		182	A	
01.05.08	010508 C NEUROLISIS QUIMIC.NERVIO PERIF	I/C			7	A	C
01.06.01	010601 . SIMPATECTOMIA CERVICAL	119,25	30		266	A	
01.06.02	010602 . SIMPATECTOMIA TORACICA	252,75	51	51	267	A	
01.06.03	010603 . SIMPATECTOMIA LUMBAR	201,75	39,75	39,75	267	A	
01.06.04	010604 . RESECCION PLEXOS HIPOGASTRICOS	252,75	51	51	215	A	
01.06.05	010605 . SIMPATECTOMIA PERIARTERIAL	101,25	30		266	A	
01.06.06	010606 . INY.PARAVERTEBRAL G.SIMPATICOS	I/C			7	A	
01.07.01	010701 . VENTRICULOGRAFIA	80,25	30		178	A	
01.07.02	010702 . PAN-ARTERIOGRAFIA CEREBRAL	119,25	30		83	A	
01.07.03	010703 . ARTERIOGRAFIA CARTIDEA O VERT.	66			78	A	
01.07.04	010704 . NEUMOENCEFALOVENTRICULOGRAFIA	66			78	A	
01.07.05	010705 . MIELOGRAFIA	66			36	A	
01.07.06	010706 . DISCOGRAFIA-NEUROGR.-EPIDUROGR.	39,75			35	A	
02.01.01	020101 . EXENTERACION CONTENIDO ORBITA	201,75	39,75		267	A	
02.01.02	020102 . NEUROTOMIA DEL NERVIO OPTICO	178,5	34,5		223	A	
02.01.03	020103 . ORBITOTOMIA:ESCIS.LESION ORBIT	178,5	34,5		223	A	
02.01.04	020104 . INY.SUST.TERAP.RETROGLOBULARES	I/C			5	A	
02.01.05	020105 . REPARACION PLASTICA ORBITA	228	45		268	A	
02.01.06	020106 . ENUCLEACION GLOBO OCULAR	228	45		220	A	
02.01.07	020107 . ASPIRACION E IMPLANTE VITREO	201,75	39,75		267	A	
02.01.08	020108 . VITRECTOMIA	637,5	127,5		910	A	
02.01.09	020109 . T.Q.CORRECTOR DEL ESTRABISMO	252,75	51		228	A	
02.01.10	020110 . OPERACION DE HUMNELSHEIN	252,75	51		223	A	
02.01.11	020111 . EXCENTER.ORBITA Y MAXILAR SUP.	372,75	74,25	74,25	352	A	
02.02.01	020201 . RECONSTRUCCION TOTAL PARPADO	201,75	39,75		223	A	
02.02.02	020202 . BLEFAROPLASTIA	119,25	30		220	A	
02.02.03	020203 . BLEFARORRAFIA PARCIAL O TOTAL	39,75			97	A	
02.02.04	020204 . BLEFAROCHALASIS	61,5			95	A	

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

02.02.05	020205 C BLEFARECTOMIA	12,75		52	A	C
02.03.01	020301 . CONJUNTIVOPLASTIA	101,25	30	121	A	
02.03.02	020302 C ESCISION DE LESION CONJUNTIVA	61,5		118	A	C
02.03.03	020303 C INTR.SUST.TERAP.SUBCONJUNTIVA	39,75		89	A	C
02.03.04	020304 . PERITECTOMIA	61,5		89	A	
02.03.05	020305 C SUTURA DE CONJUNTIVA-BIOPSIA	21,75		89	A	C
02.03.06	020306 . INY.SUST.TERAP.SUBCONJUNTIVAL	I/C		7	A	
02.04.01	020401. QUERATOPLASTIA LAMINAR	372,75	74,25	271	A	
02.04.02	020402. QUERATOPROTESIS TOTAL	425,25	84,75	271	A	
02.04.03	020403 . SUTURA DE CORNEA	80,25	30	175	A	
02.04.04	020404 . QUERATOCENTESIS	39,75		45	A	
02.04.05	020405 C CAUTERIZACION CORNEAL	I/C		5	A	C
02.04.06	020406 . SUTURA DE HERIDA DE CORNEA	119,25	30	124	A	
02.05.01	T.Q. DEL GLAUCOMA	303	61,50			
02.05.02	020502 . IRIDOTOMIA	201,75	39,75	222	A	
02.05.03	020503 . IRIDOCICLECTOMIA O CICLECTOMIA	228	45	352	A	
02.06.01	020601. FOTOC.CONVENCIONAL.	159,75		318	A	
02.06.02	020602. FOTOC.CON LASER	159,75		407	A	
02.06.03	020603 . RETINOPEXIA	372,75	74,25	273	A	
02.06.04	020604 . RETINOPEXIA Y ESCLERECTOMIA	252,75	51	268	A	
02.06.05	020605 . RETINOPEXIA-DIATERMIA	252,75	51	224	A	
02.06.06	020606 . ESCLERECTOMIA	201,75	39,75	223	A	
02.07.01	020701 . EXTRACCION DEL CRISTALINO	345	69	228	A	
02.07.02	020702 . EXTRACCION MASAS CRISTALINIANA	119,25	30	220	A	
02.07.03	020703 . CAPSULOTOMIA	80,25	30	177	A	
02.08.01	020801 . DACRIOCISTORRINOSTOMIA	201,75	39,75	223	A	
02.08.02	020802 . ESCISION DE GLANDULA LAGRIMAL	119,25	30	220	A	
02.08.03	020803 C DRENAJE GLANDULA	12,75		26	A	C
02.08.04	020804 . CATETERIZACION COND.LACRIMONAS	39,75		49	A	
03.01.01	030101 . RECONST.PABELLON AURIC-INJERTO	119,25	30	188	A	
03.01.02	030102 . OTOPLASTIA PABELLON AURICULAR	101,25	30	124	A	
03.01.03	030103. OSTEOPLASTIA DEL LOBULO HENDIDO	39,75	30	75	A	
03.01.04	030104 . ESCISION COMPLETA DE PABELLON	80,25	30	121	A	
03.01.05	030105 C INC/DREN/SUT.PABELLON AURICUL.	12,75		26	A	C
03.01.06	030106. CIRUG.AGENESIA COND.AUD.EXT.	531,75	106,5	281	A	
03.01.07	030107 C RESECCION DE OSTEOMA	80,25	30	121	A	C
03.01.08	030108 . EXTIRPACION DE COLOBOMA AURIS	101,25	30	121	A	
03.01.09	030109 . ESCISION LESION COND.AUDIT.EXT	12,75		26	A	
03.02.01	030201 . MIRINGOPLASTIA	303	61,5	276	A	
03.02.02	030202 . TIMPANOPLASTIA	425,25	84,75	281	A	
03.02.03	030203 C MIRINGOTOMIA	I/C		26	A	C
03.02.04	030204. CIR.PLASTICA AGENESIA OIDO MEDIO	691,5	138,75	281	A	
03.02.05	030205 . MOVILIZACION DEL ESTRIBO	201,75	39,75	223	A	
03.02.06	030206 . ESTAPEDECTOMIA	372,75	74,25	276	A	

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

03.02.07	030207 . MASTOIDECTOMIA	201,75	39,75		267	A
03.02.08	030208 . ANTROTOMIA MASTOIDEA	101,25	30		177	A
03.02.09	030209 C PUNCION DE ANTRO MASTOIDEO	12,75			20	A
03.02.10	030210 . CIRUG.DEL GLOMUS YUGULARIS	797,25	159,75		361	A
03.02.11	030211 . CIRUG.2a/3a PORCION N.FACIAL	531,75	106,5		209	A
03.03.01	030301 . LABERINTECTOMIA	372,75	74,25		273	A
03.03.02	030302 . FENESTRACION COND. SEMICIRC. EXT.	531,75	106,5		273	A
03.03.03	030303 . CIRUGIA SACO ENDOLINFATICO	531,75	106,5		361	A
03.03.04	030304 . CIRUGIA CONDUCTO AUD. INTERNO	637,5	127,5		361	A
03.03.05	030305 . TRAT. QUIR. FRACTURA PEÑASCO	478,5	95,25		223	A
03.03.06	030306 . TRAT. QUIR. NEURINOMA ACUSTICO	797,25	159,75		346	A
03.04.01	030401 . T.Q.DE LA ATRESIA DE COANAS	252,75	51		273	A
03.04.02	030402 . RESECCION TOTAL DE NARIZ	119,25	30		220	A
03.04.03	030403 . RECONS.DIFERIDA PIRAMIDE NASAL	101,25	30		120	A
03.04.04	030404 . T.Q.DEL RINOFIMA	80,25	30		120	A
03.04.05	030405 . ESCISION TUMORES ENDONASALES	201,75	39,75		223	A
03.04.06	030406 C RESECCION LESION ENDONASAL	12,75			45	A
03.04.07	030407 . ESCISION DE POLIPO RETROCOANAL	39,75			26	A
03.04.08	030408 . RINOPLASTIA C/INJERTO CUTANEO	228	45		181	A
03.04.09	030409 . SEPTUMPLASTIA-IMPLANT.CARTILAG	178,5	34,5		179	A
03.04.10	030410 . SEPTUMPLASTIA-IMPLANT.ACRILICO	101,25	30		163	A
03.04.11	030411 . RESECCION DE TABIQUE NASAL	80,25	30		174	A
03.04.12	030412 . TURBINECTOMIA	39,75			26	A
03.04.13	030413 C SUTURA/BIOPSIA DE NARIZ	9			26	A
03.05.01	030501 . CIERRE DE FISTULA MENING.	372,75	74,25		361	A
03.05.02	030502 . SINUSOTOMIA COMBINADA	252,75	51		228	A
03.05.03	030503 . SINUSOTOMIA COMBINADA	303	61,5		238	A
03.05.04	030504 . SINUSOTOMIA RADICAL FRONTAL	119,25	30		122	A
03.05.05	030505 . SINUSOTOMIA FRONTAL EXT.SIMPLE	39,75			89	A
03.05.06	030506 . SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	119,25	30		124	A
03.05.07	030507 . PUNCION DE SENO ESFENOIDAL	39,75			7	A
03.05.08	030508 . ETMOIDECTOMIA INTERNA	80,25	30		118	A
03.05.09	030509 . CIRUGIA DE TUMORES ETMOIDALES	119,25	30		118	A
03.05.10	030510 . ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL UNI	119,25	30		122	A
03.05.11	030511 . ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL BIL	228	45		228	A
03.05.12	030512 . SINUSOTOMIA MAXILAR SIMPLE UNI	80,25	30		124	A
03.05.13	030513 . SINUSOTOMIA MAXILAR SIMPLE BIL	119,25	30		124	A
03.05.14	030514 . CIERRE FISTULA ORAL SENO MAXIL	119,25	30		178	A
03.05.15	030515 C PUNCION DE SENO PARANASAL	21,75			7	A
03.05.16	030516 . CIRUGIA FOSA PTERIGOMAXILAR	252,75	51		220	A
03.06.01	030601 . LARINGECTOMIA RADICAL	531,75	106,5	106,5	328	A
03.06.02	030602 . LARINGOFARINGECTOMIA	425,25	84,75	84,75	281	A
03.06.03	030603 . LARINGECTOMIA TOTAL	372,75	74,25	74,25	233	A
03.06.04	030604 . LARINGECTOMIA PARCIAL	252,75	51	51	178	A

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

03.06.05	030605 . LARINGOPLASTIA	201,75	39,75	39,75	223	A	
03.06.06	030606 . LARINGOTOMIA MEDIANA	119,25	30		124	A	
03.06.07	030607 . INCISION Y DRENAJE DE LARINGE	21,75			45	A	
03.06.08	030608 . MICROCIRUGIA DE LARINGE	252,75	51	51	361	A	
03.07.01	030701 C INC/DREN.LESION ORIGEN DENTAR.	9			26	A	C
03.07.02	030702 . EXTIRPACION DE GERMEN DENTARIO	101,25	30		178	A	
03.07.03	030703 C GINGIVECTOMIA PARCIAL(TUMORES)	61,5	30		78	A	C
03.07.04	030704 . GINGIVECTOMIA TOTAL AMPLIADA	80,25	30		122	A	
03.07.05	030705 . OPERACION COMANDO DE ENCIA	372,75	74,25	74,25	276	A	
03.07.06	030706 C BIOPSIA/SUTURA DE ENCIA	12,75			26	A	
03.08.01	030801 . PAROTIDECTOMIA TOTAL	425,25	84,75	84,75	276	A	
03.08.02	030802 . OPERACION COMANDO DE PAROTIDA	531,75	106,5	106,5	361	A	
03.08.03	030803 . PAROTIDECTOMIA LOBULO SUPERF.	252,75	51	51	218	A	
03.08.04	030804 . ESC.RADICAL GLANDULA SUBMAXIL.	119,25	30		180	A	
03.08.05	030805 . OP.COMANDO GLANDULA SUBMAXILAR	372,75	74,25		261	A	
03.08.06	030806 C INC/DREN.GLAND.PAROTIDA	21,75			45	A	C
03.08.07	030807 C BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL	39,75			26	A	C
03.08.08	030808 . EXTIRPACION DE RANULA	61,5	30		56	A	
03.09.01	030901 . OPERACION COMANDO PISO DE BOCA	531,75	106,5	106,5	361	A	
03.09.02	030902 . ESCISION AMPLIADA MUCOSA YUGAL	252,75	51		218	A	
03.09.03	030903 . ESTOMATOPLASTIA CON INJERTO	119,25	30		178	A	
03.09.04	030904 C INC/DREN/SUT/BIOP.PISO DE BOCA	12,75			26	A	C
03.09.05	030905 . CIERRE FISTULA EXTERNA DE BOCA	80,25	30		119	A	
03.10.01	031001 . QUEILOPLASTIA	101,25	30		213	A	
03.10.02	031002 . QUEILOPLASTIA	201,75	39,75		260	A	
03.10.03	031003 . QUEILOPLASTIA C/PALATOPLASTIA	252,75	51		276	A	
03.10.04	031004 . RESECCION/SUTURA DE LABIO	101,25	30		180	A	
03.10.05	031005 . QUEILOPLASTIA BERNARD	303	61,5		276	A	
03.10.06	031006 . QUEILOPLASTIA	425,25	84,75	84,75	361	A	
03.10.07	031007 C ESCISION LOCAL LESION DE LABIO	39,75	30		89	A	C
03.10.08	031008 C INC/DREN/SUT/BIOP.DE LABIO	12,75			26	A	C
03.11.01	031101 . OPERACION COMANDO DE LENGUA	531,75	106,5	106,5	361	A	
03.11.02	031102 . GLOSECTOMIA SUBTOTAL	119,25	30		220	A	
03.11.03	031103 . ESCISION LOCAL LESION LENGUA	61,5	30		162	A	
03.11.04	031104 . GLOSOPLASTIA	101,25	30		178	A	
03.11.05	031105 C GLOSOTOMIA C/DRENAJE/SUT/BIOP	12,75			26	A	C
03.12.01	031201 . PALATOPLASTIA	119,25	30		220	A	
03.12.02	031202 . RESECCION PARCIAL DE PALADAR	80,25	30		180	A	
03.12.03	031203 . RESECCION TOTAL DE PALADAR	252,75	51		220	A	
03.12.04	031204 . RESECCION TOTAL PALADAR C/INJE	372,75	74,25	74,25	268	A	
03.12.05	031205 . OPERACION COMANDO DE PALADAR	531,75	106,5	106,5	361	A	
03.12.06	031206 C INC/DREN/SUT/BIOP.DE PALADAR	12,75			26	A	C
03.13.01	031301 . AMIGDALECTOMIA (**)	61,5			109	A	
03.13.02	031302 . ESC/ELECTROC.AMIGDALA LINGUAL	39,75			65	A	

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

03.13.03	031303 . INCISION/DRENAJE DE AMIGDALAS	12,75			26	A
03.13.04	031304 . OPERACION COMANDO DE FARINGE	531,75	106,5	106,5	361	A
03.13.05	031305 . FARINGOPLASTIA	201,75	39,75	39,75	268	A
03.13.06	031306 . FARINGECTOMIA PARCIAL(TUMORES)	252,75	51	51	271	A
03.13.07	031307 . ESC.DIVERTICULO FARINGOESOFAG.	201,75	39,75	39,75	225	A
03.13.08	031308 . FARINGOTOMIA	61,5			121	A
03.13.09	031309 . CIERRE DE FARINGOSTOMA	101,25	30		180	A
03.13.10	031310 . SUTURA DE FARINGE	80,25			176	A
03.13.11	031311 C BIOPSIA DE FARINGE	12,75			26	A C
03.13.12	031312 . ESC.RADICAL LESION NASOFARINGE	201,75	39,75		225	A
03.13.13	031313 C BIOPSIA LESION DE NASOFARINGE	39,75			45	A C
04.01.01	040101 . TIROIDECTOMIA TOTAL UNILATERAL	425,25	84,75	84,75	366	A
04.01.02	040102 . TIROIDECTOMIA TOTAL BILATERAL	478,5	95,25	95,25	385	A
04.01.03	040103 . TIROIDECTOMIA TOTAL	303	61,5	61,5	268	A
04.01.04	040104 . TIROIDECTOMIA SUBTOTAL	252,75	51	51	223	A
04.01.05	040105 . EXTIRPACION QUISTE TIROGLOSO	101,25	30		180	A
04.01.06	040106 C PUNCION BIOPSIA DE TIROIDES	9			26	A C
04.01.07	040107 . INC/DRENAJE QUISTE TIROGLOSO	9			45	A
04.01.08	040108 . PARATIROIDECTOMIA	201,75	39,75	39,75	225	A
04.02.01	040201 . ADRENALECTOMIA BILATERAL	425,25	84,75		366	A
04.02.02	040202 . ADRENALECTOMIA UNILATERAL	252,75	51	51	273	A
04.03.01	040301 . HIPOFISECTOMIA TRANSEPTOESFEN.	531,75	106,5		385	A
05.01.01	050101 . RESEC.PLEURA PARIET	303	61,5	61,5	323	A
05.01.02	050102 . OPER.PLASTICA TORAX EN CARINA	303	61,5	61,5	323	A
05.01.03	050103 . TORACOPLASTIA	119,25	30	30	267	A
05.02.01	050201 . TRAQUEOPLASTIA	303	61,5	61,5	267	A
05.02.02	050202 . TRAQUEOSTOMIA	80,25	30		122	A
05.02.03	050203 . TRAQUEORRAFIA(ACCESO CERVICAL)	178,5	34,5		179	A
05.03.01	050301 . TRAQUEOPLASTIA-ACCESO TORACICO	372,75	74,25	74,25	325	A
05.03.02	050302 . BRONCOTOMIA	252,75	51	51	228	A
05.03.03	050303 . CAVERNOSTOMIA	201,75	39,75		179	A
05.03.04	050304 . CIERRE FISTULA BRONCOCUTANEA	252,75	51	51	318	A
05.04.01	050401 . NEUMONECTOMIA	478,5	95,25	95,25	366	A
05.04.02	050402 . ESCISION LOCAL LESION PULMONAR	252,75	51	51	228	A
05.04.03	050403 . OPERACIONES EN EL MEDIASTINO	372,75	74,25	74,25	361	A
05.04.04	050404 . NEUMOMEDIASTINO	21,75			7	A
05.04.05	050405 . MEDIASTINOSCOPIA	80,25			175	A
05.04.06	050406 . TORACOTOMIA AMPLIA EXPLORADORA	201,75	39,75	39,75	223	A
05.04.07	050407 . DRENAJE DE PLEURA CON TROCARD	39,75			89	A
05.04.08	050408 . PUNCION DE CAVIDAD PLEURAL	I/C			7	A
05.04.09	050409 . PUNCION BIOPSIA PLEURA/PULMON	39,75			26	A
05.04.10	050410 . BIOPSIA DE GRASA PREESCALENICA	80,25	30		73	A
05.04.11	050411 . NEUMOTORAX POR CADA INYECCION	I/C			7	A
06.01.01	060101 . MASTECTOMIA RADICAL	372,75	74,25		323	A

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

06.01.02	060102 . MASTECTOMIA SUBRADICAL	303	61,5	61,5	271	A
06.01.03	060103 . MASTECTOMIA SIMPLE	104,25	30		217	A
06.01.04	060104 . MASTECTOMIA SUBCUTANEA	178,5	34,5		279	A
06.01.05	060105 . MASTOPLASTIA UNILATERAL	178,5	34,5		220	A
06.01.06	060106 . MASTOPLASTIA BILATERAL	228	45		313	A
06.01.07	060107 . MAMILOPLASTIA	80,25	30		217	A
06.01.08	060108 . ESCISION LOCAL LESION DE MAMA	61,5	30		122	A
06.01.09	060109 . ESCISION DE CUADRANTE MAMARIO	80,25	30		122	A
06.01.10	060110 . DRENAJE DE ABSCESO MAMARIO	21,75			45	A
06.01.11	060111 C PUNCION QUISTE MAMARIO-BIOPS.	9			26	A
07.06.01	070601 . EMBOLECTOMIA ARTERIAS PERIFER.	119,25	30		223	A
07.06.02	070602 . TROMBOENDARTERECTOMIA VAS.PERI	252,75	51	51	220	A
07.06.03	070603 . DER. BY-PASS VASOS PER. INJ. VENOSO	425,25	84,75	84,75	268	A
07.06.04	070604 . DER. BY-PASS VASOS PER. INJ. SINTETICO	372,75	74,25	74,25	271	A
07.06.05	070605 . TRAT.ANEURISMA/FISTULA ART-VEN	303	61,5	61,5	223	A
07.06.06	070606 . ANASTOMOSIS ARTERIAL	178,5	34,5		179	A
07.06.07	070607 . SHUNT PARA HEMIDIALISIS	178,5	34,5		120	A
07.06.08	070608 . DISECCION ARTERIAS PERF.REGION	39,75	30		73	A
07.06.09	070609 . PUNCION ARTERIAL P/INYEC.MEDIC	9			7	A
07.06.10	070610 . LIGADURA UNIL.TRON.VENOSO PROF	61,5	30		120	A
07.06.11	070611 . TROMBECTOMIA VENOSA PROFUNDA	119,25	30		223	A
07.06.12	070612 . SAFENECTOMIA INT/EXT UNILATERA	101,25	30		120	A
07.06.13	070613 . SAFENECTOMIA INT/EXT BILATERAL	228	45		225	A
07.06.14	070614 . OPERACION DE LINTON GOCKETT	119,25	30		179	A
07.06.15	070615 . FLEBOTOMIA C/COLOCACION CATET.	12,75			26	A
07.06.16	070616 . FLEBECTOMIA SEGMENTARIA	39,75	30		120	A
08.01.01	080101 . ESOFAGUECTOMIA TOTAL Y RECONST	797,25	159,75	156,75	375	A
08.01.02	080102 . ESOFAGUECTOMIA SEGMENTARIA	637,5	127,5	127,5	361	A
08.01.03	080103 . ESOFAGUECTOMIA TOTAL-UNIC.TRAT	303	61,5	61,5	318	A
08.01.04	080104 . REEMPLAZO DE ESOFAGO	531,75	106,5	106,5	361	A
08.01.05	080105 . ESOFAGOGASTROPLASTIA	372,75	74,25	74,25	366	A
08.01.06	080106 . OPERACIONES DERIVATIVAS ESOFAG	372,75	74,25	74,25	366	A
08.01.07	080107 . TRATAMIENTO ATRESIA ESOFAGICA	797,25	159,75	159,75	366	A
08.01.08	080108 . ESOFAGOTOMIA EXPLORADORA	372,75	74,25	74,25	221	A
08.01.09	080109 . ESCISION DIVERTICULO ESOFAGICO	372,75	74,25	74,25	268	A
08.01.10	080110 . ESOFAGOTOMIA O ESOFAGORRAFIA	252,75	51	51	220	A
08.01.11	080111 . ESCISION DIVERTICULO ESOFAGO	252,75	51	51	225	A
08.01.12	080112 . INTUBACION ESOFAGO-GASTROTOMIA	201,75	39,75		221	A
08.01.13	080113 . COLOCACION DE TUBO DE SOUTARD	101,25	30		78	A
08.02.01	080201 . DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL	252,75	51	51	228	A
08.02.02	080202 . HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA	252,75	51	51	270	A
08.02.03	080203 . HERNIOPLASTIA INGUINAL	191,25	36,75		220	A
08.02.04	080204 . T.Q.DEL ONFALOCELE	252,75	51		220	A
08.02.05	080205 . HERNIOPLASTIA BILATERAL	201,75	39,75		228	A

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

08.02.06	080206 . EVENTRACION	228	45		225	A
08.02.07	080207 . CIERRE PARED ABDOMINAL:EVISC.	119,25	30		124	A
08.02.08	080208 . LAPAROTOMIA EXPLORADORA	119,25	30		218	A
08.02.09	080209 . ENTEROLISIS	201,75	39,75		218	A
08.02.10	080210 . LAPAROSCOPIA CON LUZ FRIA	66			100	A
08.02.11	080211 . LAPAROSCOPIA CONVENCIONAL	39,75			45	A
08.02.12	080212 . PERITONEOCENTESIS EVACUADORA	I/C			7	A
08.02.13	080213 . ESCISION TUMOR RETROPERITONEAL	252,75	61,5	61,5	266	A
08.02.14	080214 . DRENAJE DE ABSCESO SUBFRENICO	201,75	39,75	39,75	223	A
08.03.01	080301 . GASTRECTOMIA TOTAL	531,75	106,5	106,5	361	A
08.03.02	080302 . GASTRECTOMIA SUBTOTAL	303	61,5	61,5	271	A
08.03.03	080303 . GASTROTOMIA(EXPLORACION)	201,75	39,75		220	A
08.03.04	080304 . GASTROSTOMIA	178,5	34,5		220	A
08.03.05	080305 . GASTRORRAFIA	201,75	39,75		223	A
08.03.06	080306 . GASTRODUODENOY EYUNOSTOMIA	252,75	51	51	223	A
08.03.07	080307 . VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA	252,75	51	51	271	A
08.03.08	080308 . PILOROMIOTOMIA-PILOROPLASTIA	228	45	45	223	A
08.03.09	080309 . CIERRE GASTROENTEROANASTOMOSIS	252,75	51	51	271	A
08.03.10	080310 . CIERRE DE FISTULA GASTROCOLICA	425,25	84,75	84,75	276	A
08.03.11	080311 . CIERRE DE GASTROSTOMIA	228	45	45	223	A
08.04.01	080401 . ENTERECTOMIA DE YEYUNO O ILEON	228	45	45	268	A
08.04.02	080402 . ESCISION DIVERTICULO DE MECKEL	178,5	34,5		223	A
08.04.03	080403 . ENTEROTOMIA	228	45	45	223	A
08.04.04	080404 . DERIVACIONES INTESTINALES INT.	252,75	51	51	223	A
08.04.05	080405 . OPERACION PLASTICA ILEOSTOMIA	61,5	30		125	A
08.04.06	080406 . PLICATURA DE INTESTINO DELGADO	252,75	51	51	263	A
08.05.01	080501 . COLECTOMIA TOTAL C/REST.TRANS.(**)	531,75	106,5	106,5	361	A
08.05.02	080502 . COLECTOMIA TOTAL C/ILEOSTOMIA (**)	425,25	84,75	84,75	361	A
08.05.03	080503 . HEMICOLECTOMIA (**)	372,75	74,25	74,25	233	A
08.05.04	080504 . COLECTOMIA SEGMENTARIA (**)	252,75	51	51	225	A
08.05.05	080505 . RESECCION ANTERIOR DE COLON (**)	303	61,5	61,5	266	A
08.05.06	080506 . OP.RADICALES PARA MEGACOLON	531,75	106,5	106,5	372	A
08.05.07	080507 . OP.RADICALES MEGACOLON:2 E.Q.	523,5	103,5	103,5	372	A
08.05.07	si son dos equipos EQUIPO PERINEAL	178,5	34,5	34,5		
08.05.07	si son dos equipos EQUIPO ABDOMINAL	345	69	69		
08.05.08	080508 . COLON PROCTECTOMIA TOTAL	797,25	159,75	159,75	266	A
08.05.09	080509 . PROCTOSIGMOIDECTOMIA	637,5	127,5	127,5	372	A
08.05.10	080510 . PROCTOSIGMOIDECTOMIA:2 E.Q.	625,5	125,25		372	A
08.05.10	si son dos equipos EQUIPO PERINEAL	372,75	74,25			
08.05.10	si son dos equipos EQUIPO ABDOMINAL	252,75	51			
08.05.11	080511 . PROCTECTOMIA	252,75	51		268	A
08.05.12	080512 . PROCTECTOMIA C/PROSTATECTOMIA	303	61,5	61,5	318	A
08.05.13	080513 . RECTOTOMIA	201,75	39,75		225	A
08.05.14	080514 . PROCTOTOMIA CON DESCOMPRESION	101,25	30		179	A

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

08.05.15	080515 . DESCENSO TRANSANAL	252,75	51		266	A
08.05.16	080516 . OP.PLAST.MALF.CONG.ANO-RECTAL	531,75	106,5	106,5	366	A
08.05.17	080517 . OP.PLAST.MALF.CONG.ANO-R:2 E.Q	627	124,5		372	A
08.05.17 A	si son dos equipos EQUIPO PERINEAL	425,25	84,75			
08.05.17 B	si son dos equipos EQUIPO ABDOMINAL	201,75	39,75			
08.05.18	080518 . PROCTORRAFIA	201,75	39,75	39,75	220	A
08.05.19	080519 . PROCTOPEXIA	252,75	51	51	225	A
08.05.20	080520 . CONFEC/CIERRE FISTULAS RECTOV.	252,75	51	51	225	A
08.05.21	080521 . COLOSTOMIA TEMPORARIA/DEFINIT.	228	45		178	A
08.05.22	080522 . OPERAC.PLASTICA EN COLOSTOMIA	61,5	30		125	A
08.05.23	080523 . DRENAJE DE ABSCESO PERIRRECTAL	39,75			89	A
08.05.24	080524 . APENDICECTOMIA	168	34,5		179	A
08.05.25	080525 . EXTRAC.INSTRUMENTAL FECALOMAS	119,25			49	A
08.05.26	080526 C EXTRACCION MANUAL DE FECALOMA	39,75			7	A
08.06.01	080601 . ANOPLASTIA C/S ESFINTERECTOMIA	80,25	30		120	A
08.06.02	080602 . ANOPLASTIA C/DESLIZAM.COLGAJOS	201,75	39,75		120	A
08.06.03	080603 . ESFINTEROPLASTIA TIPO PICKREL	372,75	74,25	74,25	222	A
08.06.04	080604 . ESFINTEROPLASTIA TIPO PLICATUR	119,25	30		120	A
08.06.05	080605 . CERCLAJE DE ANO	39,75	30		55	A
08.06.06	080606 . HEMORROIDECTOMIA	80,25	30		120	A
08.06.07	080607 . TROMB/INFARTECTOMIA HEMORROID.	21,75			26	A
08.06.08	080608 . T.Q.PROLAPSO MUCOSO DE ANO	101,25	30		120	A
08.06.09	080609 . TRAT.HEMORROIDES CON LIGADURA	39,75			26	A
08.06.10	080610 . TRAT.ESCLEROSANTE HEMORROIDES	12,75			7	A
08.06.11	080611 . FISTULECTOMIA O FISTULOTOMIA	101,25	30		120	A
08.06.12	080612 . FISURECTOMIA	39,75	30		57	A
08.06.13	080613 . ESFINTEROTOMIA/ESFINTERECTOMIA	39,75	30		57	A
08.06.14	080614 . ESCISION LESION PIEL PERIANAL	21,75			26	A
08.06.15	080615 . FULGURACION RADICAL CONDILOMAS	26,25			45	A
08.06.16	080616 . INCIS/DRENAJE ABSCESO PERIANAL	30			45	A
08.06.17	080617 . TRAT.RADICAL ABSCESO PERIANAL	61,5	30		120	A
08.07.01	080701 . LOBECTOMIA HEPATICA	797,25	159	159	366	A
08.07.02	080702 . SEGMENTECTOMIA HEPATICA	478,5	95,25	95,25	318	A
08.07.03	080703 . HEPATECTOMIA PARCIAL	303	61,5	61,5	268	A
08.07.04	080704 . HEPATOSTOMIA	252,75	51	51	225	A
08.07.05	080705 . SUTURA DE HIGADO	201,75	39,75	39,75	223	A
08.07.06	080706 . BIOPSIA HIGADO POR LAPAROTOMIA	178,5	34,5		220	A
08.07.07	080707 . PUNCION DE HIGADO(PERCUTANEA)	39,75			45	A
08.07.08	080708 . COLECISTOSTOMIA	201,75	39,75	39,75	220	A
08.07.09	080709 . COLECISTECTOMIA	279	55,5	55,5	271	A
08.07.10	080710 . SECCION DE AMPOLLA DE VATER	372,75	74,25	74,25	356	A
08.07.11	080711 . COLEDOCOTOMIA	279	55,5	55,5	271	A
08.07.12	080712 . ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVAS S.	372,75	74,25	74,25	356	A
08.07.13	080713 . ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVAS C.	531,75	106,5	106,5	367	A

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

08.07.14	080714 . OPERAC.REPARADORAS VIA BILIAR	478,5	95,25	95,25	366	A
08.07.15	080715 . EXTR.INSTRUMENT.CALCULOS COLED	201,75			26	A
08.08.01	080801 . DUODENOPANCREATECTOMIA	797,25	159,75	159,75	366	A
08.08.02	080802 . ANASTOMOSIS PANCREATICODIGEST.	425,25	84,75	84,75	273	A
08.08.03	080803 . ESCISION LESION DE PANCREAS	303	61,5	61,5	271	A
08.08.04	080804 . ESCIS.CORPOROCAUDAL PANCREAS	425,25	84,75	84,75	271	A
08.08.05	080805 . SUTURA DE PANCREAS	201,75	39,75	39,75	223	A
08.09.01	080901 . ESPLENECTOMIA	303	61,5	61,5	228	A
08.09.02	080902 . PUNCION ESPLENICA PERCUTANEA	39,75			45	A
09.01.01	090101 . LINFADENECTOMIA RADICAL-UNILAT	228	45	45	223	A
09.01.02	090102 . LINFADENECTOMIA RADICAL-BILATE	372,75	74,25	74,25	228	A
09.01.03	090103 . ESCIS.LESION CONDUCTOS LINFAT.	303	61,5	61,5	220	A
09.01.04	090104 . DRENAJE DE SENO LINFATICO	252,75	51	51	223	A
09.01.05	090105 . LINFADENECTOMIA-BIOPS.G.LINFAT	39,75	30		45	A
09.01.06	090106 C LINFADENOTOMIA	12,75			45	A
09.01.07	090107 . BIOP.GANGLIO LINFATICO-PUNCION	I/C			26	A
09.01.08	090108 . DISEC. QUIRUR.LINFOADENOGRAFIA	61,5	30		89	A
10.01.01	100101 . NEFRECTOMIA TOTAL (**)	303	61,5	61,5	271	A
10.01.02	100102 . NEFRECTOMIA PARCIAL	372,75	74,25	74,25	271	A
10.01.03	100103 . NEFROURETERECTOMIA TOTAL	425,25	84,75	84,75	356	A
10.01.04	100104 . NEFROTOMIA	201,75	39,75	39,75	226	A
10.01.05	100105 . CIRUGIA VASCULO RENAL DE RIÑON	425,25	84,75	84,75	276	A
10.01.07	100107 . LUMBOTOMIAS	201,75	39,75		179	A
10.01.08	100108 . T.Q.FISTULA LUMBAR-RIÑON FUNC.	303	61,5	61,5	179	A
10.01.09	100109 . BIOPS/PIELOGR.RENAL PERCUTANEA	39,75			50	A
10.01.10	100110 . PLASTIA UNION URETEROPIELICA	303	61,5	61,5	312	A
10.01.11	100111 . DERIVAC. URETERALES:INTEST-PIEL	252,75	51	51	312	A
10.01.12	100112 . DERIVAC. URETERALES:ASA INTEST.	425,25	84,75	84,75	362	A
10.01.13	100113 . URETERECTOMIA PARCIAL	228	45	45	222	A
10.01.14	100114 . PIELOTOMIA	201,75	39,75	39,75	225	A
10.01.15	100115 . EXTRACCION CALCULOS URETERALES	119,25			118	A
10.01.16	100116 . T.Q.FISTULA URETEROINTESTINAL	303	61,5	61,5	225	A
10.02.01	100201 . CISTECTOMIA TOTAL:D/ASA INTEST	637,5	127,5	127,5	366	A
10.02.02	100202 . CISTECTOMIA TOTAL:D/INTES-PIEL	531,75	106,5	106,5	271	A
10.02.03	100203 . CISTECTOMIA PARCIAL	252,75	51	51	268	A
10.02.04	100204 . CISTOPLASTIA-AGRANDAM.VESICAL	531,75	106,5	106,5	268	A
10.02.05	100205 . CISTOPLASTIA-EXTROFIA VESICAL	372,75	74,25	74,25	271	A
10.02.06	100206 . T.Q.FISTULA VESICOINTESTINAL	303	61,5		228	A
10.02.07	100207 . T.Q.FISTULA VESICOCUTANEA	201,75	39,75		228	A
10.02.08	100208 . CISTOTOMIA A CIELO ABIERTO	119,25	30		122	A
10.02.09	100209 . CISTOTOMIA POR PUNCION TROCARD	I/C			7	A
10.02.10	100210 . RESEC.ENDOSCOPICA CUELLO VESIC	119,25			120	A
10.02.11	100211 . TRAT.INCONTIN.ORINA VIA VAGIN.	101,25	30	30	120	A
10.02.12	100212 . TRAT.INCONTIN.ORINA VVAG-PER.	201,75	39,75	39,75	179	A

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

10.02.13	100213 . TRAT.INCONTIN.ORINA V/ABD-VAG.	252,75	51	51	220	A
10.03.01	100301 . EPISPADIAS O HIPOSPADIAS	101,25	30		220	A
10.03.02	100302 . URETROPLASTIA	201,75	39,75		228	A
10.03.03	100303 . URETROTOMIA EXTERNA	61,5	30		117	A
10.03.04	100304 . URETORRAFIA:DESGARRO	80,25	30		222	A
10.03.05	100305 . MEATOTOMIA	12,75			26	A
10.03.06	100306 . ELECTR/RES.ENDOSC.TUMOR URETRA	61,5			117	A
10.04.01	100401 . PROSTATECTOMIA RADICAL (**)	372,75	74,25	74,25	323	A
10.04.02	100402 . ADENOMECTOMIA DE PROSTATA	303	61,5	61,5	266	A
10.04.03	100403 . RESEC.FIBROSIS CUELLO VEJIGA	201,75	39,75	39,75	179	A
10.04.04	100404 . RESEC.ENDOSCOPIA.PROSTATA/CUELLO	201,75			268	A
10.04.05	100405 . VESICULECTOMIA	201,75	39,75	39,75	220	A
10.04.06	100406 . PROSTATOMIA.DRENAJE	61,5			179	A
10.04.07	100407 C BIOPSIA PROSTATICA POR PUNCION	12,75			18	A
10.05.01	100501 . ORQUIDECTOMIA UNILAT.COMPLETA	531,75	106,5	106,5	268	A
10.05.02	100502 . ORQUIDECTOMIA SUBALBUGIN.BILAT	101,25	30		179	A
10.05.03	100503 . ORQUIDECTOMIA UNILATERAL	61,5	30		121	A
10.05.04	100504 . ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	201,75	39,75		179	A
10.05.05	100505 . ORQUIDOPEXIA BILATERAL	303	61,5		220	A
10.05.06	100506 . T.Q.HIDROCELE	80,25	30		120	A
10.05.07	100507 . BIOPSIA DE TESTICULO	39,75	30		120	A
10.05.08	100508 . ESCROTOPLASTIA	101,25	30		121	A
10.05.09	100509 . DREN/ESCIS.LESION DE TESTICULO	21,75			26	A
10.05.10	100510 . PUNCION DE DERRAME ESCROTAL	9			26	A
10.06.01	100601 . EPIDIDIMECTOMIA BILATERAL	178,5	34,5		124	A
10.06.02	100602 . EPIDIDIMECTOMIA UNILATERAL	101,25	30		119	A
10.06.03	100603 . EPIDIDIMOVASOSTOMIA	101,25	30		178	A
10.06.04	100604 . EPIDIDIMOTOMIA Y DRENAJE	21,75			26	A
10.06.05	100605 . ANASTOMOSIS CONDUCTO DEFERENTE	80,25	30		120	A
10.06.06	100606 . BIOPSIA DE EPIDIDIMO	39,75	30		46	A
10.06.07	100607 . VASECTOMIA	39,75	30		119	A
10.07.01	100701 . AMPUTACION PENE C/VACIAM.GANGL	303	61,5	61,5	361	A
10.07.02	100702 . AMPUTACION COMPL/PARCIAL PENE	119,25	30		223	A
10.07.03	100703 . OPERACION PLASTICA DEL PENE	80,25	30		124	A
10.07.04	100704 . ESCISION TOTAL LESION DE PENE	39,75	30		120	A
10.07.05	100705 C BIOPSIA DE PENE	21,75			26	A
10.07.06	100706 . CAVERNOSTOMIA	39,75			26	A
10.07.07	100707 . RESEC.ESCLEROSIS CUERPOS CAVER	119,25	30		46	A
10.07.08	100708 . SHUNT CAVERNO-ESPONJOSO/SAFENO	201,75	39,75	39,75	124	A
10.07.09	100709 . POSTIOPLASTIA(FIMOSIS)	80,25	30		118	A
10.07.10	100710 . CIRCUNCISION	39,75	30		74	A
10.07.11	100711 . INCISION PREPUCIO.FRENULOTOMIA	21,75			45	A
11.01.01	110101 . RESECCION CUNEIFORME DE OVARIO	119,25	30		220	A
11.01.02	110102 . CULDO/LAPAROSCOPIA C/LUZ FRIA	80,25			142	A

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

11.01.03	110103 . CELIO/CULDO/LAPAROSCOPIA CONV.	61,5			74	A
11.01.04	110104 . LIGADURA DE TROMPAS	101,25	30		179	A
11.01.05	110105 . MICROCIRUGIA TRAT. ESTERILIDAD	372,75	74,25		366	A
11.01.06	110101 . RESECCION CUNEIFORME DE OVARIO	119,25	30		220	A
11.02.01	110201 . HISTERECTOMIA RADICAL	425,25	84,75	84,75	366	A
11.02.02	110202 . EXENTERACION PELVIANA	478,5	95,25	95,25	366	A
11.02.03	110203 . HISTERECTOMIA C/S ANEXECTOMIA(**)	201,75	39,75	39,75	271	A
11.02.04	110204 . MIOMECTOMIA UTERINA ABDOMINAL	201,75	39,75		223	A
11.02.05	110205 . MIOMECTOMIA VAGINAL-MIOMA NACE	61,5	30		122	A
11.02.06	110206 . MIOMECTOMIA VAGINAL-HISTEROTOM	178,5	34,5		179	A
11.02.07	110207 . HISTERORRAFIA	201,75	39,75		222	A
11.02.08	110208 . OP.CORREC.VICIOS CONFORM.UTERO	201,75	39,75	39,75	228	A
11.02.09	110209 . CORREC.QUIR.INVERSION UTERINA	178,5	34,5	34,5	178	A
11.02.10	110210 . RASPADO UTERINO TERAPEUTICO (**)	39,75			122	A
11.02.11	110211 . RASPADO UTERINO DIAGNOSTICO	12,75			122	A
11.02.12	110212 . TRAQUELECTOMIA.TRAQUELOPLASTIA	101,25	30		122	A
11.02.13	110213 . CONIZACION DE CUELLO	101,25	30		122	A
11.02.14	110214 . TRAQUELORRAFIA.CERCLAJE CUELLO	61,5	30		68	A
11.02.15	110215 C ESCIS.LOCAL LESION DE CUELLO	21,75			26	A
11.02.16	110216 . APLIC.RADIUM EXTRA/INTRAUTERIN	21,75			89	A
11.02.17	110217 C COLOCACION DE DIU	12			120	A
11.03.01	110301 . T.Q.AGENESIA VAGINAL:VISCEROPL	425,25	84,75	84,75	235	A
11.03.02	110302 . T.Q.AGENESIA VAGINAL:NO VISCER	303	61,5	61,5	235	A
11.03.03	110303 . COLPORRAFIA ANTERIOR/POSTERIOR	201,75	39,75	39,75	223	A
11.03.04	110304 . COLPORRAFIA-HERIDA	80,25	30		178	A
11.03.05	110305 . COLPORRAFIA POST.REC.ESFINTER	201,75	39,75	39,75	223	A
11.03.06	110306 . COLPOPEXIA POR VIA ABDOMINAL	178,5	34,5		180	A
11.03.07	110307 . COLPOPEXIA COMBINADA	201,75	39,75	39,75	183	A
11.03.08	110308 . COLPOCLEISIS COMPLETA/PARCIAL	119,25	30		178	A
11.03.09	110309 . COLPOTOMIA	39,75			89	A
11.03.10	110310 . VAGINISMO(OPERACION DE POZZI)	61,5	30		73	A
11.03.11	110311 C BIOPSIA/PUNCION DE VAGINA	12,75			26	A
11.03.12	110312 . VULVECTOMIA RADICAL	372,75	74,25	74,25	286	A
11.03.13	110313 . VULVECTOMIA SIMPLE	178,5	34,5		180	A
11.03.14	110314 . ESCIS.LABIOS	39,75	30		73	A
11.03.15	110315 . HIMENOTOMIA	12,75			89	A
11.03.16	110316 . EPISIORRAFIA	39,75	30		122	A
11.03.17	110317 . PERINEOPLASTIA	80,25	30		122	A
11.04.01	110401 . PARTO	228			166	A
11.04.02	110402 . EVAC.UTERINA 2o.TRIM.EMBARAZO	119,25			89	A
11.04.03	110403 . OPERACION CESAREA CLASICA	228	45		166	A
11.04.04	110404 . AT.ALUMBRAMIENTO Y/O PUERPERIO	39,75			26	A
11.04.05	110405 C AMNIOCENTESIS TRANSABDOM/VAGIN	39,75			16	A
12.02.01	120201 . OSTEOPLASTIA DE COLUMNA	178,5			26	A

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

12.02.02	120202 . OSTEOPLASTIA HUMERO	54			23	A
12.02.03	120203 . OSTEOPLASTIA FEMUR	119,25			23	A
12.02.04	120204 . OSTEOPLASTIA CLAVICULA	26,25				
12.03.01	120301 . OSTEOSINTESIS DE COLUMNA	372,75	74,25	74,25	276	A
12.03.02	120302 . OSTEOSINTESIS HUMERO	228	45	45	271	A
12.03.03	120303 . OSTEOSINTESIS CUBITO	119,25	30		220	A
12.03.04	120304 . OSTEOSINTESIS CLAVICULA	80,25	30		220	A
12.03.05	120305 . OSTEOSINTESIS METACARPIANO	61,5	30		171	A
12.04.01	120401 . INCIS/RESEC.VERTEBRAS	228	45	45	351	A
12.04.02	120402 . INCIS/RESEC.COXAL	178,5	34,5	34,5	180	A
12.04.03	120403 . INCIS/RESEC.CUBITO	101,25	30		180	A
12.04.04	120404 . INCIS/RESEC.CLAVICULA	61,5	30		130	A
12.04.05	120405 . PUNCION BIOPSIA DE VERTEBRA	80,25			26	A
12.04.06	120406 . PUNCION BIOPSIA DE OTRO HUESO	21,75			20	A
12.05.01	120501 . RESEC.TOTAL HUMERO	252,75	51	51	271	A
12.05.02	120502 . RESEC.TOTAL FEMUR	279	55,5	55,5	318	A
12.05.03	120503 . RESEC.TOTAL CUBITO	201,75	39,75	39,75	219	A
12.05.04	120504 . RESEC.TOTAL CLAVICULA	101,25	30		178	A
12.06.01	120601 . OSTEOTOMIA FEMUR	201,75	39,75	39,75	270	A
12.06.02	120602 . OSTEOTOMIA HUMERO	119,25	30	30	223	A
12.06.03	120603 . OSTEOTOMIA METACARPIANO	39,75	30		218	A
12.07.01	120701 . REPARACION DE CLAVICULA	80,25	30		177	A
12.07.02	120702 . REPARACION DE HUMERO	252,75	51	51	330	A
12.07.03	120703 . REPARACION DE CUBITO	119,25	30	30	220	A
12.07.04	120704 . REPARACION DE METACARPIANO	80,25	30		203	A
12.07.05	120705 . REPARACION UNA O MAS FALANGES	61,5	30		150	A
12.07.06	120706 . REPARACION FEMUR	252,75	51	51	330	A
12.07.07	120707 . REPARACION DE ASTRAGALO	119,25	30		220	A
12.07.08	120708 . REPARACION METATARSIANO	61,5	30		203	A
12.08.01	120801 C ARTROCENTESIS:DIAG/TERAPI/ARTRO	9			7	A
12.09.01	120901 . ARTROTOMIA CODO	101,25	30		220	A
12.09.02	120902 . ARTROTOMIA HOMBRO	178,5	34,5		177	A
12.09.03	120903 . ARTROTOMIA METACARPO-FALAN	39,75	30		116	A
12.10.01	121001 . ARTROPLASTIA DE CADERA	303	61,5	61,5	312	A
12.10.02	121002 . ARTROPLASTIA DE RODILLA	201,75	39,75	39,75	312	A
12.10.03	121003 . ARTROPLASTIA MUÑECA	201,75	39,75	39,75	312	A
12.10.04	121004 . ARTROPLASTIA CARPO	178,5	34,5	34,5	267	A
12.10.05	121005 . ARTROPLASTIA ACROMIO-CLAVIC	80,25	30		220	A
12.11.01	121101 . ARTRODESIS COLUMNA(-3 VERTEBR)	252,75	51	51	312	A
12.11.02	121102 . ARTRODESIS COLUMNA(+3 VERT)	303	61,5	61,5	356	A
12.11.03	121103 . ARTRODESIS DE HOMBRO	252,75	51	51	313	A
12.11.04	121104 . ARTRODESIS MUÑECA	178,5	34,5		267	A
12.11.05	121105 . DOBLE ARTRODESIS(CHOPART-SUBA)	252,75	51	51	267	A
12.11.06	121106 . TRIPLE ARTRODESIS(TT-CHO-SUBA)	303	61,5	61,5	305	A

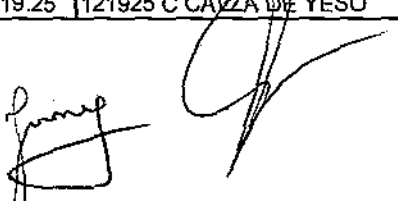
ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

12.11.07	121107 . ARTRODESIS METACARPO-FALANG	80,25	30		177	A
12.12.01	121201 . SUT.ARTICUL.MUÑECA	80,25	30		177	A
12.12.02	121202 . SUT.ARTICUL.CADERA	119,25	30		222	A
12.12.03	121203 . SUT.ARTICUL.METAC-FALANGICA	39,75	30		119	A
12.12.04	121204 . ESCIS/BIOPS/DREN.OTRAS ARTICUL	61,5	30		119	A
12.13.01	121301 C T.INCR.LUXAC.DE COLUMNA	61,5			150	A
12.13.02	121302 C T.INCR.LUXAC.CADERA	48			97	A
12.13.03	121303 C T.INCR.LUXAC.CLAVIC.TOBILLO	39,75			97	A
12.13.04	121304 C T.INCR.LUXAC.METAC-FALANGICA	21,75			51	A
12.13.05	121305 . T.Q.LUXACION DE COLUMNA	303	61,5	61,5	353	A
12.13.06	121306 . T.Q.LUXACION DE CADERA	252,75	51	51	353	A
12.13.07	121307 . T.Q.LUXACION CLAVIC	101,25	30		179	A
12.13.08	121308 . T.Q.LUXACION METAC-FALANGICA	61,5	30		179	A
12.14.01	121401 . MIECTOMIAS C/VACIAMIENTO CELDA	119,25	30	30	177	A
12.14.02	121402 . INCIS/ESCIS/BIOPS/SUT.MUSCULOS	61,5	30		107	A
12.15.01	121501 . EXPL/DREN/ESCIS/BIOP.TENDON-VA	39,75	30		219	A
12.15.02	121502 . TENORRAFIA FLEXOR MUÑECA	80,25	30		184	A
12.15.03	121503 . TENOPLASTIA FLEXOR MUÑECA.MANO	119,25	30		230	A
12.15.04	121504 . TENORRAFIA EXTENS.MUÑECA	61,5	30		178	A
12.15.05	121505 . TENOPLASTIA EXTENS.MUÑECA	80,25	30		230	A
12.15.06	121506 . TENORRAFIA DE OTRO TENDON	61,5	30		179	A
12.15.07	121507 . TENOPLASTIA DE OTRO TENDON	101,25	30		180	A
12.15.08	121508 . T.Q.TENDON SECUELA PARALISIS	252,75	51	51	271	A
12.15.09	121509 . ESCISION GANGLION	39,75			50	A
12.16.01	121601 . AMPUTACION INTERESCAPULOTORAC.	372,75	74,25	74,25	361	A
12.16.02	121602 . AMPUTACION DE HOMBRO	228	45	45	228	A
12.16.03	121603 . AMPUTACION DE BRAZO	119,25	30		179	A
12.16.04	121604 . AMPUTACION INTERILEOABDOMINAL	425,25	84,75	84,75	361	A
12.16.05	121605 . AMPUTACION DE CADERA	303	61,5	61,5	361	A
12.16.06	121606 . AMPUTACION DE MUSLO O RODILLA	178,5	34,5		267	A
12.16.07	121607 . AMPUTACION DE PIE O PIERNA	101,25	30		220	A
12.16.08	121608 . AMPUTACION DE DEDO DE LA MANO	61,5	30		65	A
12.16.09	121609 . AMPUTACION DE DEDO DEL PIE	39,75	30		65	A
12.17.01	121701 . DISCECTOMIA CERVIC	303	61,5	61,5	361	A
12.17.02	121702 . DISCECTOMIA CON ARTRODESIS	425,25	84,75	84,75	375	A
12.17.03	121703 . T.Q.ELEVACION CONGEN.ESCAPULA	201,75	39,75		313	A
12.17.04	121704 . TENO/FASCIOTOMIAS T.TORTICOLIS	80,25	30		179	A
12.17.05	121705 . OP.HUECO SUPRACLAVICULAR S.ESC	178,5	34,5		267	A
12.17.06	121706 . T.Q.LUXACION INVETERADA HOMBRO	178,5	34,5		227	A
12.17.07	121707 . T.Q.DUPUYTREN APONEUROTOMIA	61,5	30		227	A
12.17.08	121708 . T.Q.DUPUYTREN APONEURECTOMIA	119,25	30		227	A
12.17.09	121709 . T.Q.DUPUYTREN APONEURECTOM-INJ	228	45		227	A
12.17.10	121710 . T.Q.SINDACTILIA UN ESPAC.S/INJ	61,5	30		182	A
12.17.11	121711 . T.Q.SINDACTILIA UN ESPAC.C/INJ	80,25	30		182	A

 C
C
C
C

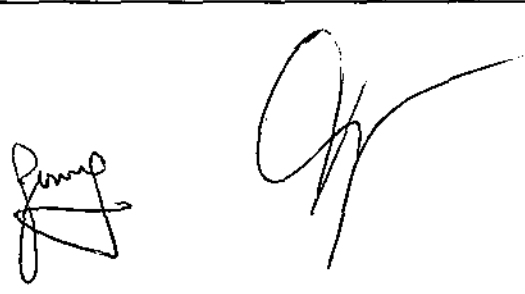
ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

12.17.12	121712 . RECONSTRUCCION TOTAL PULGAR	531,75	106,5		214	A	
12.17.13	121713 . RECONSTRUCCION PARCIAL PULGAR	303	61,5		179	A	
12.17.14	121714 . RED.INCRU.LUXACION CONG.CADERA	252,75					
12.17.15	121715 . RED.CRUEN.LUXACION CONG.CADERA	372,75	74,25	74,25	356	A	
12.17.16	121716 . T.Q.DISPLASIA CADERA S/LUXAC.	372,75	74,25	74,25	313	A	
12.17.17	121717 . T.Q.DE EPIFISIOLISIS DE CADERA	372,75	74,25	74,25	313	A	
12.17.18	121718 . T.Q.LUXACION TRAUMATICA CADERA	372,75	74,25	74,25	313	A	
12.17.19	121719 . CUADRICEPSPLASTIA	201,75	39,75		313	A	
12.17.20	121720 . T.Q.LUXACION RECIDIVANT.ROTULA	119,25	30		123	A	
12.17.21	121721 . T.Q.PIE ZAMBO	228	45		223	A	
12.17.22	121722 . T.Q.DEL PIE EQUINO	178,5	34,5		123	A	
12.17.23	121723 . T.Q.DEL PIE PLANO O PIE CAVO	228	45		223	A	
12.17.24	121724 . SEUDOEXOSTOSIS DE HAGLUND	61,5	30		180	A	
12.17.25	121725 . T.Q.DEL PIE HENDIDO	178,5	34,5		122	A	
12.17.26	121726 . T.Q.COMPL.HALLUX VALGUS SIMPLE	178,5	34,5		264	A	
12.17.27	121727 . T.Q.DEDO EN GARRA	61,5	30		175	A	
12.17.28	121728 . EXERESIS DEL NEUROMA DE MORTON	61,5	30		55	A	
12.18.01	121801 . INFILTRACION ARTICUL/MUSCUL	9			7	A	
12.18.02	121802 . MOVILIZACION FORZADA ARTICULAC	21,75			27	A	
12.19.01	121901 C FRONDA ARTICULADA MAXILARES	12,75			60	A	C
12.19.02	121902 C YESO PARA NARIZ	9			10	A	C
12.19.03	121903 C MINERVA DE YESO	54			162	A	C
12.19.04	121904 C COLLAR DE SHANZ ENYESADO	9			20	A	C
12.19.05	121905 C VENDAJE DE SHANZ	9			20	A	C
12.19.06	121906 C CORSET	39,75			110	A	C
12.19.07	121907 C CORSELETE	26,25			60	A	C
12.19.08	121908 C CORSET DE RISSER O SIMILARES	106,5			162	A	C
12.19.09	121909 C LECHO DE LORENZ HASTA CADERA	39,75			110	A	C
12.19.10	121910 C LECHO DE LORENZ HASTA PIE	54			130	A	C
12.19.11	121911 C VENDAJE CINGULO PARA COSTILLA	9			30	A	C
12.19.12	121912 C VENDAJE EN OCHO ENYESADO	12,75			20	A	C
12.19.13	121913 C VENDAJE DE ROBERT JONES	12,75			20	A	C
12.19.14	121914 C VELPEAU DE YESO	12,75			30	A	C
12.19.15	121915 C VENDAJE DE VELPEAU	9			20	A	C
12.19.16	121916 C YESO TORACO-BRAQUIAL	54			110	A	C
12.19.17	121917 C YESO BRAQUIPALMAR	26,25			50	A	C
12.19.18	121918 C YESO COLGANTE	12,75			50	A	C
12.19.19	121919 C YESO ANTEBRAQUIPALMAR	12,75			50	A	C
12.19.20	121920 C MANO DE YESO	9			20	A	C
12.19.21	121921 C VALVA LARGA MIEMBRO SUPERIOR	12,75			20	A	C
12.19.22	121922 C VALVA CORTA MIEMBRO SUPERIOR	9			20	A	C
12.19.23	121923 C YESO PELVIPEDICO	54			110	A	C
12.19.24	121924 C DUCROQUET	39,75			50	A	C
12.19.25	121925 C CALZA DE YESO	26,25			50	A	C



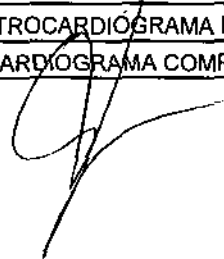
ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

12.19.26	121926 C BOTA LARGA DE YESO	39,75			50	A	C
12.19.27	121927 C BOTA CORTA DE YESO	26,25			50	A	C
12.19.28	121928 C BOTIN DE YESO	12,75			20	A	C
12.19.29	121929 C VALVA LARGA MIEMBRO INFERIOR	26,25			20	A	C
12.19.30	121930 C VALVA CORTA MIEMBRO INFERIOR	9			20	A	C
12.19.31	121931 C PASTA DE UNNA	9			20	A	C
12.19.32	121932 C TRACCION CONTINUA CUTANEA	26,25			50	A	C
12.19.33	121933 C TRACCION CONTINUA TIPO COTRAL	80,25			163	A	C
12.19.34	121934 C TRACCION CONTINUA ESQ.CEFALICA	66			130	A	C
12.19.35	121935 C TRACCION CONTIN.ESQ.CEFALOPELV	106,5			162	A	C
12.19.36	121936 C TRACCION CONTIN.ESQ.MIEMBROS	26,25			60	A	C
13.01.01	130101 . ESCISION DE QUISTE DERMOIDEO	80,25	30		141	A	
13.01.02	130102 . ESCISION AMPLIA LESION DE PIEL	61,5	30		120	A	
13.01.03	130103 . ESCISION RADICAL ANGIOMA CAVER	80,25	30		177	A	
13.01.04	130104 C ESCISION LOCAL LESION DE PIEL	21,75			45	A	C
13.01.05	130105 C INCIS/DRENAJE ABSCESO SUPERF.	12,75			26	A	C
13.01.06	130106 C DESTRUC.LESION PIEL(-5 ELEMEN)	9			26	A	C
13.01.07	130107 C DESTRUC.LESION PIEL(+5 ELEMEN)	12,75			45	A	C
13.01.08	130108 C BIOPSIA DE PIEL/T.C.S/MUSCULO	12,75			26	A	C
13.01.09	130109 C ESCISION UÑA	21,75			26	A	C
13.01.10	130110 C SUTURAS DE HERIDAS	30			45	A	C
13.01.12	130112 . ESCISION TUMOR T.C.S:LIPOMA	21,75			47	A	
13.01.13	130113 . ESCISION DE LIPOMA GIGANTE	61,5	30		118	A	
13.01.14	130114 C INCIS/DREN.ABSCESO PROFUNDO	30			45	A	C
13.01.15	130115 . IMPLANTACION PELLETS EN T.C.S.	1/C			26	A	
13.02.01	130201 . INJERTO LIBRE GRASA	80,25	30		218	A	
13.02.02	130202 . PREPARACION COLGAJO TUBULADO	80,25	30		177	A	
13.02.03	130203 . ADELGAZAM.PIEL Y TRANSPL.GRASA	80,25	30		118	A	
13.02.04	130204 . CIERRE PLASTICO HERIDA:COLGAJO	61,5	30		176	A	
13.02.05	130205 . TRANSPORTE DE TUBO(PIEL)	61,5	30		118	A	
13.02.06	130206 . OP.RELAJANTE EN Z(ZETAPLASTIA)	61,5	30		176	A	
13.02.07	130207 . TOMA Y COLOCACION INJERTO PIEL	39,75	30		74	A	
13.02.08	130208 . DERMABRASION	39,75	30		118	A	
13.02.09	130209 . INJERTO PINCH	39,75	30		118	A	
13.02.10	130210 . DIFERIDO DEL COLGAJO(PIEL)	39,75	30		176	A	
13.02.11	130211 . PREPAR.COLGAJO TIPO CROSS-LEG	80,25	30		177	A	
13.03.01	130301 C AT.PACIENTE QUEMADO HASTA 5%	39,75			20	A	
13.03.02	130302 . AT.PACIENTE QUEMADO MAS DE 5%	80,25			30	A	
13.03.03	130303 . AT.PACIENTE QUEMADO ZONAS FUNC	101,25			40	A	
13.03.04	130304 . ESCIS.ESCARAS POSTQUEMADURAS	39,75	30		160	A	



ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

PRACTICAS ESPECIALIZADAS			
CODIGO	CODIGO Y NOMBRE DE LA PRACTICA	CANTIDAD EN GALENOS	
		ESPECIALISTA	GASTOS
14.01.01	140101 . TESTIFICACION TOTAL	15	25
14.01.02	140102 . TESTIFICACION PARCIAL	6	18
14.01.03	140103 . TESTIFICACION POR DROGAS	1,5	5
14.01.04	140104 . TRATAMIENTO DESENSIBILIZANTE	6	20
15.01.01	150101 . BIOPSIA POR INCISION O PUNCION	26,25	4
15.01.02	150102 . ESTUDIO MACRO/MICRO PIEZA OPER	39,75	8
15.01.03	150103 . ESTUDIO MACRO/MICRO PIEZA ONCO	66	9
15.01.04	150104 . BIOPSIA CONGELACION Y DIFERIDA	54	8
15.01.05	150105 . ESTUDIO BIOPSIKO SERIADO	54	8
15.01.06	150106 . CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOG.PAP	21,75	4
15.01.07	150107 . CITOLOGIA EXFOLIATIVA HORMONAL	21,75	4
15.01.08	150108 . NECROPSIA NEONATO O LACTANTE	212,25	74
15.01.09	150109 . NECROPSIA DEL JOVEN O ADULTO	266,25	98
15.01.10	150110 . CITOLOG.EXFOLIAT.ONCOLOG.BRONQ	36,75	8
15.01.11	150111 . CITOLOG.EXFOLIAT.ONCOLOG.LIQUI	26,25	4
16.01.01	160101 . ANESTESIA MINIMA.GEN Y REG.	120,38	20
16.01.02	160102 . ANALGESIA REG.CONTINUA	30	30
16.01.03	160103 . ANALG.REG.BLOQ.SUBARACNOIDEO	15	7
16.01.04	160104 . HIPOT.CONT.Y/O NEUROLEPTO	37,5	35
16.01.05	160105 . INTUBACION ENDOTRAQUEAL.	7,5	10
17.01.01	170101 . ELECTROCARDIOGRAMA CONSULT. (*)	7,5	20
17.01.02	170102 . ELECTROCARDIOGRAMA DOMICILIO	7,5	30
17.01.03	170103 . ELECTROGRAMA HAZ DE HIS	45	80
17.01.04	170104 A ELECTROCARDIOGRAMA HOLTER 1 C.	60	180
17.01.05	170105 . SOBREESTIMULACION CARDIACA	37,5	80
17.01.06	170106 . ELECTROCARDIOGRAMA D.INTRAESOF	9	25
17.01.07	170107 . VECTOCARDIOGRAMA	9	25
17.01.08	170108 . FONOMEKANOCARDIOGRAMA	15	30
17.01.09	170109 . MONITORAJE INTRAOPERATORIO	25,5	90
17.01.10	170110 . CARDIOVERSION(NO EN UTI)	7,5	20
17.01.11	170111 . ERGOMETRIA	15	60
17.01.12	170112 . CURVAS DILUCION COLORANTES	22,5	30
17.01.13	170113 . OSCILOMETRIA	I/C	
17.01.14	170114 . PLETISMOGRAFIA	I/C	
17.01.15	170115 . FLUXOMETRIA POR EFECTO DOPPLER	7,5	20
17.01.16	170116 . TERMODILUCION	4,5	20
17.01.17	170117 A REHABILITACION DEL CARDIOPATA	45	100
17.01.18	170118 A ELECTROCARDIOGRAMA HOLTER 2 C.	60	300
18.01.01	180101 A ECOCARDIOGRAMA COMPL.ECG SINCR	27	51

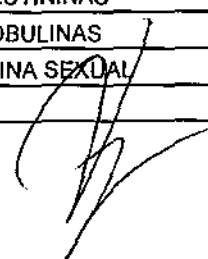
ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

18.01.02	180102 A ECOCARDIOGRAMA COMPLE:MODO A-M	27	58
18.01.03	180103 A ECOCARDIOGRAMA COMPLE:MODO B	33	71
18.01.04	180104 A ECOGRAFIA TOCOGINECOLOG.UNICA	27	58
18.01.06	180106 A ECOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	27	51
18.01.07	180107 A ECOGRAFIA CEREBRAL	27	51
18.01.09	180109 A ECOGRAFIA OFTALMOLOGICA	27	37
18.01.10	180110 A ECOGRAFIA TIROIDEA	18	34
18.01.11	180111 A ECOGRAFIA TESTICULOS	18	24
18.01.12	180112 A ECOGRAFIA COMPLETA ABDOMEN	37,5	71
18.01.13	180113 A ECOGRAFIA HEPATICA	27	71
18.01.14	180114 A ECOGRAFIA VEJIGA O PROSTATA	18	51
18.01.16	180116 A ECOGRAFIA RENAL BILATERAL	27	61
18.01.17	180117 A ECOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	27	51
18.01.18	180118 A ECOGRAFIA PANCREAT	33	51
18.01.21	180121 A ECOGRAFIA PARA AMNIOCENTESIS	18	51
19.01.01	190101. G.METABOLISMO BASAL	3	5
19.01.02	190102. REG.INDIVIDUAL.MENU DIETETICO.	3,75	
20.01.01	200101 . TEST DE BERNSTEIN	7,5	7
20.01.02	200102 . SONDEO GASTRICO:TEST SECRETOR.	15	18
20.01.03	200103 . SONDEO GASTRICO:QUIMISMO	4,5	18
20.01.04	200104 . SONDEO ELECTR.INTRAGASTRICO:Ph	4,5	18
20.01.05	200105 . SONDEO GASTRICO:TEST SECR/INSU	18	7
20.01.06	200106 . SONDEO DUODENAL DIAGNOSTICO	18	15
20.01.07	200107 . SONDAJE DUODENAL	22,5	18
20.01.08	200108 . CLEARANCE DE BROMOSULFTALEINA	15	15
20.01.09	200109 . TEST DE RETENCION BSF-P.CAROLI	7,5	15
20.01.10	200110 . TEST DE RETENCION BSF	4,5	10
20.01.11	200111 . MOTILIDAD ESOFAGICA	30	20
20.01.12	200112 . DETERM.REFLUJO GASTROESOFAGICO	15	15
20.01.13	200113 . LAVADO GASTRICO O ESOFAGICO	3	7
20.01.14	200114 . EX.MATERIAL GASTR/ESOF:C.EXFOL	4,5	7
20.01.15	200115 . COL.SONDA SENGSTAKEN-BLAKEMORE	4,5	10
20.01.16	200116 . BIOPSIA PERORAL ESOFAG/GASTRIC	4,5	10
20.01.17	200117 . BIOP.PERORAL INTEST.DELG.UNICA	15	15
20.01.18	200118 . BIOP.PERORAL INTEST.DELG.MULTI	22,5	18
20.01.19	200119 . ESOFAGOSCOPIA C/INSTRUM.RIGIDO	15	45
20.01.20	200120 A ESOFAGOFIBROSCOPIA	37,5	273
20.01.21	200121 . GASTROSCOPIA C/INSTRUM.RIGIDO	22,5	45
20.01.22	200122 A ESOFAGOGASTRODUODENOFIBROSCOPI	45	342
20.01.23	200123 . CANULACION ENDOSCOPICA P.VATER	45	100
20.01.24	200124 A COLONOFIBROSCOPIA	52,5	456
20.01.25	200125 . RECTOSIGMOIDOSCOPIA C/INST.RIG	15	30
20.01.26	200126 . RECTOSIGMOIDEOFIBROSCOPIA	15	228
20.01.27	200127 . ANOSCOPIA	I/C	




ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

20.01.28	200128 . DILATACION ESOFAGICA:CONT.ENDO	30	20
20.01.29	200129 . DILATACION ESOFAGICA:SOND.MERC	15	10
20.01.30	200130 . REDUCCION INVAGINACION INTESTI	15	45
20.01.31	200131 . REDUCCION MANUAL RECTO	I/C	
20.01.32	200132 A GASTROFIBROSCOPIA	37,5	342
20.01.36	200136 . HASTA 2 FOTOGRAFIAS ENDOSCOPIC	1,5	15
21.01.01	210101 G ESTUDIO GENETICO (se autoriza consulta)	32,5	5
22.01.01	220101 . COLPOSCOPIA-TRAQUELOSCOPIA	4,5	18
22.01.02	220102 . COLPOCITOLOGIA:OBTENC.MATERIAL	I/C	
22.01.03	220103 . TEST DE SIMS-HUNNER	3	5
22.01.04	220104 . ESTUDIO DEL MOCO CERVICAL	3	5
22.01.05	220105 . PERSUFLACION C/REGISTRO QUIMOG	7,5	7
22.01.06	220106 . PERSUFLACION HIDROTUBACION	3	7
22.01.07	220107 . INST.SUST.OPACA/HISTEROSALPING	3	7
22.02.01	220201 . AMNIOSCOPIA	4,5	5
22.02.02	220202 . MONITOREO FETAL	15	50
22.02.03	220203 . METODO PSICOPROFILACTICO PARTO	22,5	40
22.02.04	220204 . CONTROL OBSTETRICO TRAB.PARTO	67,5	
23.01.01	230101 . ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	12	5
23.01.02	230102 . AGREGACION PLAQUETARIA	18	8
23.01.03	230103 . ADENOGRAMA	10,5	3
23.01.04	230104 . INV.AGLUTININAS:SAL/ALB	4,5	2
23.01.05	230105 . AGLUTININAS ABO	6	1,5
23.01.06	230106 . ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	3	2,5
23.01.07	230107 . ANTICUERPO	4,5	1,5
23.01.08	230108 . ANTICUERPOS INMUN(LANDSTEINER)	3	1,5
23.01.09	230109 . ANTICUERPOS INMUN(WITEBSKY)	3	3
23.01.10	230110 . ANTIGLOBULINA HUMANA	3	1,5
23.01.11	230111 . ANTITROMBINA	4,5	1,5
23.01.12	230112 . AUTOHEMOLISIS	6	1,5
23.01.13	230113 . BENCE-JONES	1,5	1
23.01.14	230114 . BILIRRUBINEMIA TOTAL	1,5	1,5
23.01.15	230115 . CELULAS FALCIFORMES	3	1
23.01.16	230116 . CELULAS LE(MEDULA)	9	1,5
23.01.17	230117 . CELULAS LE(SANGRE)	4,5	1,5
23.01.18	230118 . COAGULACION Y SANGRIA	1,5	1
23.01.19	230119 . COAGULO	1,5	1
23.01.20	230120 . COOMBS DIRECTA	3	1,5
23.01.21	230121 . COOMBS INDIRECTA(CUALITATIVA)	3	1,5
23.01.22	230122 . COOMBS INDIRECTA(CUANTITATIVA)	4,5	2,5
23.01.23	230123 . CRIOAGLUTININAS	1,5	1
23.01.24	230124 . CRIOGLOBULINAS	3	1
23.01.25	230125 . CROMATINA SEXUAL	3	1
23.01.26	230126 . DACIE	3	1,5

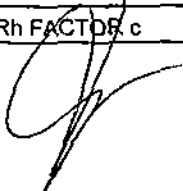



ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

23.01.27	230127 . DAVIDSHON DIFERENCIADA	4,5	2,5
23.01.28	230128 . DONATH-LANDSTEINER	4,5	1,5
23.01.29	230129 . ELECTROFORESIS S/PAPEL	4,5	3
23.01.30	230130 . ELECTROFORESIS POLIACRIL.CUANT	4,5	4
23.01.31	230131 . ELECTROFORESIS POLIACRIL.CUALI	9	4
23.01.32	230132 . EOSINOFILOS	1,5	1
23.01.33	230133 . ERITROSEDIMENTACION	1,5	1
23.01.34	230134 . ESPECTROFOTOMETRIA L.AMNIOTICO	7,5	1,5
23.01.35	230135 . ESPLENOGRAMA	12	5
23.01.36	230136 . ESTADO SECRETOR	3	1,5
23.01.37	230137 . ETANOL	1,5	1
23.01.38	230138 . EXTON ROSE	3	4
23.01.39	230139 . FACTOR DE COAGULACION II	4,5	1,5
23.01.40	230140 . FACTOR DE COAGULACION V	4,5	2
23.01.41	230141 . FACTOR DE COAGULACION VII	4,5	2
23.01.42	230142 . FACTORES DE COAGULACION VII-X	4,5	2
23.01.43	230143 . FACTOR DE COAGULACION VIII	6	2
23.01.44	230144 . FACTOR DE COAGULACION IX	6	2
23.01.45	230145 . FACTOR DE COAGULACION X	6	2,5
23.01.46	230146 . FACTOR DE COAGULACION XI	6	2
23.01.47	230147 . FACTOR DE COAGULACION XII	6	2
23.01.48	230148 . FACTOR COAGULACION XIII CUALIT	1,5	1
23.01.49	230149 . FACTOR COAGULACION XIII SEMICU	6	1
23.01.50	230150 . FERREMIA	3	2,5
23.01.51	230151 . FIBRINOGENO	6	1,5
23.01.52	230152 . FIBRINOLISINA(LISIS EUGLOBULI)	6	1,5
23.01.53	230153 . FOLICO ACIDO	6	3
23.01.54	230154 . FORMULA LEUCOCITARIA	1,5	1
23.01.55	230155 . FOSFATASA ALCALINA LEUCOCITARI	3	1,5
23.01.56	230156 . GLOBULINA GAMMA(SUERO)	1,5	3
23.01.57	230157 . GLOBULINA GAMMA(LATEX)	4,5	1,5
23.01.58	230158 . GLOBULOS BLANCOS	1,5	1
23.01.59	230159 . GLOBULOS ROJOS	1,5	1
23.01.60	230160 . GLUCOGENO(CITOQUIMICO)	3	1,5
23.01.61	230161 . GLUCOGENO PREVIA DIGESTION	4,5	2
23.01.62	230162 . GOTA GRUESA	1,5	1
23.01.63	230163 . GRUPO SANGUINEO ABO	1,5	1,5
23.01.64	230164 . HAM	3	1,5
23.01.65	230165 . HEINZ	3	1
23.01.66	230166 . HEMATIES	3	1,5
23.01.67	230167 . HEMATIES	1,5	1
23.01.68	230168 . HEMATOCRITO	1,5	1
23.01.69	230169 . HEMOAGLUTINACION PASIVA	6	3
23.01.70	230170 . HEMOAGLUTININAS(WIUGHAN)	3	1,5

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

23.01.71	230171 . HEMOAGLUTINOGENOS SUBTIPOS ABO	3	2
23.01.72	230172 . HEMOAGLUTINOGENOS DU	4,5	2
23.01.73	230173 . HEMOGLOBINA	1,5	1
23.01.74	230174 . HEMOGLOBINA	4,5	3
23.01.75	230175 . HEMOGLOBINA EN PLASMA	3	2
23.01.76	230176 . HEMOGLOBINA	3	2
23.01.77	230177 . HEMOGLOBINA ALCALIRRESISTENTE	3	1,5
23.01.78	230178 . HEMOGRAMA	3	1,3
23.01.79	230179 . HEMOLISINAS EN CALIENTE	3	1,5
23.01.80	230180 . HEMOSIDERINA	3	1,5
23.01.81	230181 . HEPARINA IN VITRO(SOULIER)	4,5	1,5
23.01.82	230182 . HEPARINA IN VIVO(DE TAKATS)	4,5	1,5
23.01.83	230183 . HIPERHEPARINEMIA	7,5	2
23.01.84	230184 . IBC(IRON BINDING CAPACITY)	4,5	2
23.01.85	230185 . IDENTIF.ANTICUERPOS CON PANEL	9	8
23.01.86	230186 . INDICE OPSONOCITOFAGICO	4,5	4
23.01.87	230187 . INMUNOELRECTROFORESIS	9	6
23.01.88	230188 . LATEX GLOBULINA GAMMA	4,5	1,5
23.01.89	230189 . LATEX LE	4,5	3
23.01.90	230190 . LAZO	I/C	1
23.01.91	230191 . LEUCINOAMINOPEPTIDASA	9	2
23.01.92	230192 . LEUCOAGLUTINACION	4,5	3,5
23.01.93	230193 . LEUCOAGLUTININAS	3	1,5
23.01.94	230194 . LEUCOCITOS	3	1,5
23.01.95	230195 . LEUCOPRECIPITINAS	3	1,5
23.01.96	230196 . MAGNESIO(SANGRE)	3	1,5
23.01.97	230197 . MEDULOGRAMA	12	4
23.01.98	230198 . MONONUCLEOSIS INFECCIOSA	3	3,5
23.01.99	230199 . PARASITOS HEMATICOS	4,5	1
23.02.01	230201 . PAUL BUNELL	3	2
23.02.02	230202 . PEROXIDASAS	1,5	1
23.02.03	230203 . PLAQUETAS	1,5	1
23.02.04	230204 . PLASMA RECALCIFICADO	1,5	1
23.02.05	230205 . PORFIRINAS(ORINA)	1,5	3
23.02.06	230206 . PDF(PROD.DEGRAD.FIBRINOGEN-FIBR)	6	5
23.02.07	230207 . PROACTIVADOR PLASMINOGENO	6	2,5
23.02.08	230208 . PROTROMBINA(WARE	6	2,5
23.02.09	230209 . PROTROMBINA	3	2
23.02.10	230210 . PROTROMBINA	1,5	2
23.02.11	230211 . RECUENTO Y FORMULA	3	1
23.02.12	230212 . REFFHUS	3	2,5
23.02.13	230213 . Rh	1,5	1,5
23.02.14	230214 . Rh FACTOR C	1,5	2
23.02.15	230215 . Rh FACTOR c	1,5	2

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

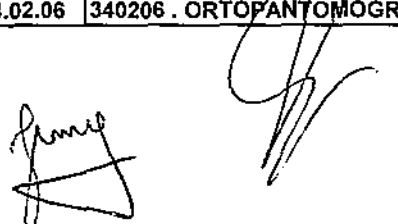
23.02.16	230216 . Rh FACTOR D	1,5	1,5
23.02.17	230217 . Rh FACTOR E	1,5	2
23.02.18	230218 . Rh FACTOR e	1,5	1,5
23.02.19	230219 . RETICULOCITOS	1,5	1
23.02.20	230220 . SIA	1,5	1
23.02.21	230221 . SICKLE CELLS	3	1
23.02.22	230222 . SIDEROFILINA	4,5	2
23.02.23	230223 . SULFATO DE PROTAMINA	6	3
23.02.24	230224 . TROMBINA	6	2
23.02.25	230225 . TROMBINA	1,5	1,5
23.02.26	230226 . TROMBOPLASTINA(BIGGS/DOUGLAS)	10,5	4
23.02.27	230227 . TROMBOPLASTINA(BIGGS/DOUGLAS)S	30	7
23.02.28	230228 . TROMBOPLASTINA(HICKS	6	4
23.02.29	230229 . TROMBOPLASTINA	3	2
23.02.30	230230 . TROMBO TEST DE OWEN	3	2
23.02.31	230231 . TROMBOELASTOGRAMA	6	4
23.02.32	230232 . XENODIAGNOSTICO(EST.COMPLETO)	15	10
24.01.01	240101 . TRANSFUSION DE SANGRE TOTAL	8,25	26
24.01.02	240102 . TRANSFUSION DE PLASMA	8,25	33
24.01.03	240103 . TRANSFUSION HEMATIES SEDIMENTA	8,25	33
24.01.04	240104 . TRANSFUSION GLOB.ROJOS LAVADOS	11,25	44
24.01.05	240105 . PLASMAFERESIS O ERITROFERESIS	8,25	66
24.01.06	240106 . TRANSFUSION SANGRE S/LEUCOCITO	11,25	66
24.01.07	240107 . TRANSFUSION DE PLAQUETAS	11,25	66
24.01.08	240108 . EXANGUINEO-TRANSFUSION	81,75	176
24.01.09	240109 . EXANGUINEO-TRANSFUSION	11,25	110
24.01.10	240110 . TRANSFUSION FETAL INTRA-UTERO	98,25	176
24.01.11	240111 . SANGRIA POR RECOLECCION	3	44
24.01.12	240112 . TRANSFUSION INTRAAMNOTICA	65,25	132
24.01.13	240113 . TRANSFUSION CRIOPRECIPITADOS	15	66
24.01.14	240114 . VDRL EN DADOR	1,5	2
24.01.15	240115 . HUDDLESSON EN DADOR	1,5	1,5
24.01.16	240116 . CHAGAS LATEX EN DADOR	1,5	2,5
24.01.17	240117 . CHAGAS FIJAC.COMPLEMENTO	4,5	2
24.01.18	240118 . CHAGAS HEMOAGLUTINACION	1,5	3
24.01.19	240119 . ANTIGENO HEPATITIS B EN DADOR	3	5
24.01.20	240120 . ANTICUERP.ANTI VIH(ELISA)DADOR	9	20
24.01.21	240121 . ANTICUERP.ANTI VIH(GELAT)DADOR	2,25	11
25.01.01	250101 A AGENTES FISICOS O FISIOTERAPIA	2	4
25.01.02	250102 A KINESIOTERAPIA O TERAPIA FISIC	5,5	2
25.01.03	250103 A TERAPIA OCUPACIONAL	5,5	2
25.01.04	250104 A REHABILITACION DEL LENGUAJE	7	2
25.01.05	250105 A PILONES PARA AMPUTADOS	2,5	4
25.01.06	250106 A KINESIOTERAPIA/FISIATRIA	2,5	

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

28.01.01	280101 . ESPIROMETRIA	7,5	18
28.01.02	280102 . ESPIROMETRIA C/BRONCODILATADOR	12	18
28.01.03	280103 . BRONCOESPIROMETRIA	15	45
28.01.04	280104 . TRAQUEOSCOPIA	9	20
28.01.05	280105 . BRONCOSCOPIA C/INSTRUM.RIGIDO	37,5	70
28.01.06	280106 A BRONCOFIBROSCOPIA	45	342
28.01.07	280107 . CURVA DE FLUJO VOLUMEN	7,5	10
28.01.08	280108 . DETERMINACION VOLUMEN PULMONAR	12	20
28.01.09	280109 . ESTUDIO DE MECANICA PULMONAR	18	20
28.01.10	280110 . ANAL.GASES AIRE ESPIRADO/SANGR	18	20
29.01.01	290101 . ELECTROENCEFALOGRAFIA AC.SIMPL	15	50
29.01.02	290102 A ELECTROENCEFALOGRAFIA AC.COMPL	30	40
29.01.03	290103 . NISTAGMOGRAFIA	15	40
29.01.04	290104 A ELECTROMIOGRAFIA MIEMB.SUP/INF/FACI	12	60
29.01.05	290105 A ELECTROMIOGRAFIA 4 MIEMBROS	30	60
29.01.06	290106 A ELECTROMIOGRAFIA C/VELOC.CONDU SE	22,5	60
29.01.07	290107 . REFLEXOGRAMA PATELAR/AQUILIANO	4,5	10
29.01.08	290108 . CRONAXIMETRIA	4,5	15
29.01.09	290109 . ELECTRODIAGNOSTICO	4,5	15
29.01.10	290110 . REOGRAFIA CEREBRAL	15	40
30.01.01	300101 . OFTALMODINAMOMETRIA	7,5	5
30.01.02	300102 . CAMPO VISUAL	18	5
30.01.04	300104 . FONDO DE OJO	I/C	
30.01.05	300105 . TONOMETRIA	I/C	
30.01.06	300106 . TONOMETRIA EN NIÑOS C/ANEST.GE	22,5	15
30.01.07	300107 . EJERCICIOS ORTOPTICOS	I/C	
30.01.08	300108 . GONIOSCOPIA	7,5	5
30.01.09	300109 . CURVA TENSIONAL OCULAR	12	15
30.01.10	300110 . TONOGRAFIA	7,5	15
30.01.11	300111 A RETINOGRAFIA UNILATERAL	9	50
30.01.12	300112 A RETINOGRAFIA BILATERAL	12	60
30.01.13	300113 A RETINOFLUORESCENOLOGRAFIA	22,5	50
30.01.14	300114 . EXOFTALMOMETRIA	I/C	
30.01.15	300115 . EXTRAC.CUERPO EXTR.CONJUNTIVAL	I/C	
30.01.16	300116 . EXTRAC.CUERPO EXTR.EN CORNEA	4,5	3
30.01.17	300117 . DEPILACION ELECTRICA	4,5	10
30.01.18	300118 A DILATACION CONDUCTO LACRIMONAS	27	5
30.01.19	300119 . OFTALMOSCOPIA INDIRECTA	7,5	5
30.01.20	300120 . ESTUDIO FIJACION EN ESTRABISMO	12	5
30.01.21	300121 . CATETERIZACION C.LACRIMONASAL	I/C	
30.01.22	300122 . EXOFTALMOLOGIA se autoriza como consulta	18	6
31.01.01	310101 . EXAMEN FUNCIONAL LABERINTICO	4,5	10
31.01.02	310102 . AUDIOMETRIA	4,5	5
31.01.03	310103 . LOGOAUDIOMETRIA	6	5

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

31.01.04	310104 . PRUEBAS SUPRALIMINARES	4,5	5
31.01.05	310105 . SELECCION OTOAMPLIFONOS	4,5	10
31.01.07	310107 . TECNICA DE PROESTZ	7,5	20
31.01.08	310108 . INSUFLACION TROMPAS EUSTAQUIO	I/C	
31.01.09	310109 . IMPEDANCIOMETRIA	10,5	10
31.01.10	310110 A EXAMEN FUNCIONAL DE NARIZ	15	60
31.01.11	310111 . EXTR.CUERPO EXTRAÑO EN OIDO	4,5	5
31.01.12	310112 . TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	3	5
31.01.13	310113 . TAPONAMIENTO NASAL ANTEROPOSTE	4,5	5
31.01.14	310114 . EXTRAC.CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ	I/C	
31.01.15	310115 . CAUTERIZACION DE NARIZ	4,5	5
31.01.16	310116 . LAVAJE SENO PARANASAL	I/C	
31.01.17	310117 . LARINGOSCOPIA INDIRECTA	I/C	
31.01.18	310118 . LARINGOSCOPIA DIRECTA	15	30
31.01.20	310120 . EXTRACCION CALCULO SALIVAL	4,5	5
31.01.21	310121 . INYEC.SUST.OPACA/BRONCOGRAFIA	3	
31.01.22	310122 . OTOMICROSCOPIA	4,5	10
32.01.04	320104 . ATENCION R.N.EN SALA DE PARTOS	87,75	
32.01.05	320105 ATENCION RN EN INTERNAC. PRIMERAS 48 HS	47,84	CAT. B + 27 % CAT. C + 52 %
32.01.04	320104 TOTAL ATENC. RN EN SALA DE PARTOS + INTERNAC. 1RAS. 48 HS (*)		
33.01.01	330101 . PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES	19,5	
33.01.02	330102 . PSICOTERAPIAS GRUPALES O COLEC	3,75	
33.01.03	330103 . PSICOTERAPIA DE PAREJA O FAMIL	19,5	
33.01.07	330107 . GOTEO CON PSICOFARMACOS	9,75	15
33.01.09	330109 . SUEÑO PROLONGADO	6	
33.01.10	330110 . REFLEJOS CONDICIONADOS	6	
33.01.11	330111 . PRUEBAS PSICOMETRICAS	29,25	
33.01.12	330112 . PRUEBAS PROYECTIVAS	58,5	
CODIGO DEL CAPÍTULO 34 (*)			
34.02.02	340202 . Rx CRANEO EXP. SUBSIGUIENTE	2,25	20
34.02.08	340208 . TELERRADIOGRAFIA CRANEO EXP. SUBSIGUIENTE	2,25	50
34.02.10	340210 . RADIOGRAFIA DE RAQUIS EXP. SUBSIGUIENTE	2,25	25
34.02.12	340212 . Rx HOMBRO EXP. SUBSIGUIENTE	2,25	25
34.02.17	340217 . ARTROGRAFIA EXP. SUBSIGUIENTE	2,25	20
34.02.18	340218 . Rx DENTAL UNA PLACA(APICAL)	2,25	6
34.03.02	340302 . TELERRADIOGRAFIA DE TORAX EXP. SUBSIGUIENTE	2,25	21
34.04.17	340417 . COLANGIOGRAFIA OPERATORIA	2,25	20
34.04.22	340422 . Rx SIMPLE DE ABDOMEN EXP. SUBSIGUIENTE	2,25	20
34.05.06	340506 . PIELOGRAFIA ASCENDENTE	2,25	20
34.01.01	340101 . RADIOSCOPIA SIMPLE	5,25	20
34.01.02	340102 . RADIOSCOPIA C/INTENSIFICADOR	5,25	60
34.01.03	340103 . RADIOSCOPIA CIRCUITO CERRAD.TV	5,25	60
34.02.06	340206 . ORTOPANTOMOGRAMIA CRANEO EXP. SUBSIGUIENTE	5,25	60



ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

34.02.07	340207 . TELERRADIOGRAFIA CRANEO	5,25	60
34.02.15	340215 . Rx AMPLIADA O MACRORADIOGRAFIA	5,25	30
34.02.16	340216 . ARTROGRAFIA	5,25	25
34.02.19	340219 . Rx DENTAL UNA PLACA(OCCLUSAL)	5,25	15
34.04.09	340409 . COLONxENEMAYEVACUADO(3 PLACAS)	5,25	60
34.04.21	340421 . Rx SIMPLE DE ABDOMEN	5,25	25
34.05.01	340501 . Rx SIMPLE DE ARBOL URINARIO	5,25	25
34.05.05	340505 . PIELOGRAFIA ASCENDENTE	5,25	25
34.05.07	340507 . CISTOURETROGRAFIA MICCIONAL	5,25	50
34.06.01	340601 . MAMOGRAFIA(SENOGRAFIA)CR.PO.PE	5,25	60
34.06.02	340602 . MAMOGRAFIA PROYECCION AXILAR	5,25	40
34.06.03	340603 . GALACTOGRAFIA	5,25	40
34.06.07	340607 . PELVIMETRIA RADIOLOGICA	5,25	50
34.06.08	340608 . Rx DEL EMBARAZO	5,25	25
34.09.03	340903 . FISTULOGRAFIA	5,25	50
34.09.06	340906 . RADIOGRAFIA QUIROF/HABITAC.SIG	5,25	30
34.09.09	340909 . RADIOGRAFIA DOMICILIO R.UR.SIG	5,25	30
34.02.01	340201 . Rx CRANEO SENOS CAVUM	6,75	25
34.02.09	340209 . RADIOGRAFIA DE RAQUIS	6,75	30
34.02.11	340211 . Rx HOMBRO	6,75	30
34.02.13	340213 . Rx CODO	6,75	30
34.03.01	340301 . TELERRADIOGRAFIA DE TORAX	6,75	25
34.02.14	340214 . MEDICION COMPARATIVA MIEMB.INF	7,5	40
34.02.20	340220 . Rx DENTAL SEMISERIADA(HASTA 7)	7,5	25
34.03.04	340304 . NEUMOMEDIASTINO	7,5	45
34.04.01	340401 . SIALOGRAFIA	7,5	50
34.04.02	340402 . ESOFAGO.ESTUDIO RADIOL.SERIADO	7,5	50
34.04.07	340407 . TRANSITO INTEST.DELGADO/COLON	7,5	70
34.04.08	340408 . E.SERIADO ILEOCECOAPENDICULAR	7,5	25
34.05.08	340508 . CISTOURETROGRAFIA POR INCONTIN	7,5	70
34.06.04	340604 . HISTEROSALPINGOGRAFIA	7,5	60
34.06.05	340605 . PELVINEUMOGRAFIA	7,5	60
34.09.04	340904 . DACRIOCISTOGRAFIA	7,5	60
34.09.07	340907 . RADIOSCOPIA QUIROFANO AMPL/TV	7,5	60
34.09.08	340908 . RADIOGRAFIA DOMICILIO R.UR.1aE	7,5	80
34.02.03	340203 . Rx HUESO TEMPORAL/AGUJ.OPTICOS	9,75	30
34.02.04	340204 . Rx ARTICULACION TEMPOROMAXILAR	9,75	30
34.02.05	340205 . ORTOPANTOMOGRAFIA CRANEO	9,75	60
34.04.13	340413 . COLECISTOGRAFIA ORAL	9,75	60
34.04.16	340416 . COLANGIOGRAFIA OPERATORIA	9,75	40
34.04.18	340418 . FISTULOCOLANGIOGRAFIA POST-OP.	9,75	60
34.04.19	340419 . COLANGIOGRAFIA RETROGRADA	9,75	60
34.04.20	340420 . NEUMOPERITONEOGRAFIA	9,75	60
34.05.02	340502 . UROGRAMA EXCRETOR SIMPLE	9,75	100




ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

34.09.05	340905 . RADIOGRAFIA	9,75	50
34.02.21	340221 . Rx DENTAL SERIADA(7-14 PLACAS)	12	45
34.03.03	340303 . BRONCOGRAFIA	12	65
34.04.14	340414 . COLECISTOGRAFIA ENDOVENOSA	12	150
34.04.15	340415 . COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA	12	140
34.05.03	340503 . UROGRAMA EXCRETOR C/EST.VEJIGA	12	120
34.05.04	340504 . UROGRAMA MINUTADO O POR GOTEO	12	150
34.04.03	340403 . ESTOMAGO/DUODENO.ESTUD.SERIADO	15	100
34.06.06	340606 . GINECOGRAFIA	15	120
34.09.01	340901 . TOMOGRAFIA LINEAL	15	150
34.09.02	340902 . TOMOGRAFIA HIPOCICLOIDAL	15	150
34.04.04	340404 . ESTOMAGO/DUODENO	24,75	120
34.04.05	340405 . E.SERIADO ESOFAGOGASTRODUODENA	24,75	130
34.04.06	340406 . DUODENOGRAMA HIPOTONICA	24,75	60
34.04.10	340410 . COLONxENEMAyEVACUADO(5 PLACAS)	24,75	60
34.04.11	340411 . COLONxENEMA	24,75	100
34.04.12	340412 . COLONxENEMA	36,75	150
36.01.01	360101 . CITOSCOPIA C/INSTRUMENT.RIGIDO	15	40
36.01.02	360102 A CISTOFIBROSCOPIA	22,5	342
36.01.03	360103 . SONDAJE VESICAL	I/C	
36.01.04	360104 . SONDAJE VESICAL PARA CISTOGRAF	I/C	
36.01.05	360105 . CISTOTONOMETRIA	15	35
36.01.06	360106 . DILATACION URETRAL	I/C	
36.01.07	360107 . URETROSCOPIA	7,5	30
37.01.01	370101 . INSUF.RESPIR.AGUDA GRAVE	20	
37.01.02	370102 . INSUF.CIRCUL.AGUDA GRAVE	20	
37.01.03	370103 . INSUF.SUPRARRENAL AGUDA	20	
37.01.04	370104 . SINDROME PSIQUIAT.AGUDO GRAVE	20	
37.01.05	370105 . ENVENENAMIENTOS AGUDOS GRAVES	20	
37.01.06	370106 . PANCREAT.AGUDA-HEMORRAG.DIGEST.	20	
40.01.01	400101 . TERAPIA INTENSIVA P/CADA 24 Hs	39,75	196
40.01.02	400102 . CONTROL PRESIONxCATETERIS	8	88
40.01.03	400103 . CONTROL PRESIONxCATETERIS.DetS	5	22
40.01.04	400104 . DETERMINACION CONSUMO O2 M,IND	8	44
41.01.01	410101 . CUIDADO ESPECIAL P/CADA 24 Hs	8,5	90
42.01.01	420101 . CONSULTA MEDICA	10	
42.01.03	420101 . CONSULTA MEDICA,CAT A	11	
42.02.01	420201 . VISITA MEDICA	12	
42.02.02	420202 . ARANCEL CADA 10 KM FUERA R.URB	3	
42.02.03	420203 . VISITA MEDICA,H.NOCT.6 DIA FER	13	
42.03.01	420301 . ATENCION MEDICA INTERN.CLINICA	10	
42.03.03	420303 . INTERCONSULTA ESPEC.EN INTERNA	12	

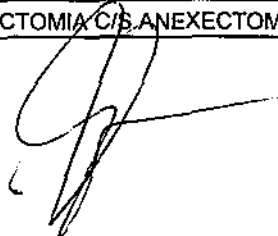
(*) Galeno Práctica para códigos 34, ECG y Atención del Recién nacido

(**) Galeno quirúrgico cirugías especiales

ANEXO 5: Prestaciones del Nomenclador Nacional

VARIABLE DE AJUSTE: GALENO LAPAROSCÓPICO					
CÓDIGO	DESCRPCIÓN	ESPECIALISTA	1º AYUDANTE	2º AYUDANTE	GASTOS
05.04.12	NEUMONECTOMIA POR VIA LAPAROSCÓPICA	478,5	95,25	95,25	366
05.04.13	ESCISION LOCAL LESION PULMONAR POR VIA LAPAROSCÓPICA	252,75	51	51	228
05.04.14	OPERACIONES EN EL MEDIASTINO POR VIA LAPAROSCÓPICA	372,75	74,25	74,25	361
05.04.15	MEDIASTINOSCOPIA POR VIA LAPAROSCÓPICA	80,25			175
05.04.16	TORACOTOMIA AMPLIA EXPLORADORA VIA LAPAROSCÓPICA	201,75	39,75	39,75	223
08.02.15	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA POR VIA LAPAROSCÓPICA	252,75	51	51	270
08.02.16	HERNIOPLASTIA INGUINAL POR VIA LAPAROSCÓPICA	191,25	36,75		220
08.02.17	HERNIOPLASTIA BILATERAL POR VIA LAPAROSCÓPICA	201,75	39,75		228
08.05.27	APENDICECTOMIA POR VIA LAPAROSCÓPICA	168	34,5		179
08.07.16	COLECISTECTOMIA POR VIA LAPAROSCÓPICA	279	55,5	55,5	271
11.01.06	RESECCION CUNEIFORME DE OVARIO VIA LAPAROSCÓPICA	119,25	30		220
11.02.19	MIOMECTOMIA UTERINA ABDOMINAL POR VIA LAPAROSCÓPICA	201,75	39,75		223

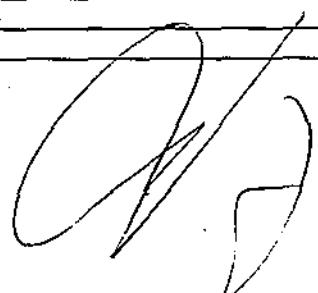
VARIABLE DE AJUSTE: GALENO LAPAROSCÓPICO PARA CIRUGÍAS ESPECIALES					
CÓDIGO	DESCRPCIÓN	ESPECIALISTA	1º AYUDANTE	2º AYUDANTE	GASTOS
08.05.28	COLECTOMIA TOTAL C/REST. TRANS.POR VIA LAPAROSCÓPICA	531,75	106,5	106,5	361
08.05.29	COLECTOMIA TOTAL C/ILEOSTOMIA POR VIA LAPAROSCÓPICA	425,25	84,75	84,75	361
08.05.30	HEMICOLECTOMIA POR VIA LAPAROSCÓPICA	372,75	74,25	74,25	233
08.05.31	COLECTOMIA SEGMENTARIA POR VIA LAPAROSCÓPICA	252,75	51	51	225
08.05.32	RESECCION ANTERIOR DE COLON POR VIA LAPAROSCÓPICA	303	61,5	61,5	266
10.01.17	NEFRECTOMIA TOTAL POR VIA LAPAROSCÓPICA	303	61,5	61,5	271
10.04.08	PROSTATECTOMIA RADICAL POR VIA LAPAROSCÓPICA	372,75	74,25	74,25	323
11.02.18	HISTERECTOMIA C/S. ANEXECTOMIA POR VIA LAPAROSCÓPICA	201,75	39,75	39,75	271


NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES

GASTROENTEROLOGIA Y TRAUMATOLOGIA (HONORARIOS MÉDICOS)

GASTROENTEROLOGÍA			
CODIGO 1ER. NIVEL	CODIGO 2DO. NIVEL	En el valor establecido quedan incluidos los siguientes ítems: pinzas, ansas, canastillas y papilotomos.	PESOS
88.08.04	ET 1	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO ALTO CON VIDEO	1.713
88.08.05	ET 2	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO BAJO CON VIDEO	1.713
88.08.06	ET 3	ESCLEROSIS O LIGADURA DE VARICES GASTRICAS O ESOFAGICAS	3.202
88.08.07	ET 4	DILATACION ESOFAGICA	2.188
88.08.08	ET 5	COLOCACION DE PRÓTESIS ESOFAGICAS Y GASTROINTESTINALES	2.332
88.08.09	ET 6	POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA	1.697
88.08.10	ET 7	POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA COLÓNICA	2.075
88.08.11	ET 8	GASTROCTOMIA ENDOSCÓPICA O PERCUTÁNEA	7.480
88.08.12	ET 8 A	RECAMBIO DE BOTON DE GASTROSTOMIA	1.224
88.08.13	ET 9	HEMOSTASIA DE LESION SANGRANTE ESOFAGICA, GASTRICA O DUODENAL	2.433
88.08.14	ET 10	HEMOSTASIA DE LESION SANGRANTE COLÓNICA	2.965
88.08.15	ET 11	EXTRACCION DE CALCULO COLEDOCIANO	6.103
88.08.16	ET 12	COLOCACION DE PRÓTESIS DE VIAS BILIARES Y PANCREAS	5.572
88.08.17	ET 13	COLOCACION DE PRÓTESIS DE VIAS BILIARES Y PANCREAS 1ER RECAMBIO	3.975
88.08.18	ET 14	COLOCACION DE PRÓTESIS DE VIAS BILIARES Y PANCREAS RECAMBIOS ULTERIORES	3.176
88.08.19	ET 15	DRENAJE BILIAR PERCUTANEO-TERAPEUTICO	1.697
TRAUMATOLOGIA			
88.12.01	TR S 57	ARTROSCOPIA SIMPLE	2.341
88.12.02	TR C 57	ARTROSCOPIA COMPLEJA	6.291

LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA

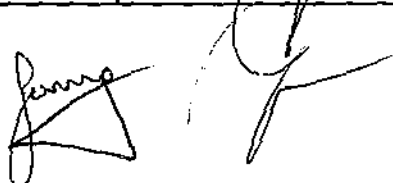


NOMENCLADOR DE PRÁCTICAS Y VALORES. CODIGOS 88 (LIVIANOS)

NEUROLOGIA		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.01.01	MAPEO CEREBRAL COMPUTADO	759	184	943
88.01.02	POLISOMNOGRAFIA (CON CIRCUITO DE TV)	988	609	1.597
88.01.03	MONITOREO ELECTROENCEFALOGRAFICO AMBULATORIO (24 HS.)	139	379	518
88.01.04	OXIMETRIA DIGITAL	345	503	848
88.01.05	TEST DE LATENCIAS MULTIPLES	109	320	429
88.01.06	POTENCIALES EVOCADOS	188	188	376
OFTALMOLOGIA		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.02.01	CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO	109	150	259
88.02.02	CONTEO DE CELULAS ENDOTELIALES POR OJO	59	82	141
88.02.03	ECOMETRIA	50	82	132
88.02.04	ELECTRORETINOGRAMA	26	50	76
88.02.05	IRIDOTOMIA CON LASER TRATAMIENTO COMPLETO POR OJO	574	1.330	1.904
88.02.06	PAQUIMETRIA POR OJO	26	50	76
88.02.07	PLOMBAJE POR OJO	26	50	76
88.02.08	TEST DE LOTMAN	59	82	141
88.02.09	TEST DE SENSIBILIDAD DEL CONTRASTE	39	82	121
88.02.10	TRABECULOPLASTIA CON LASER (HASTA 2 SESIONES)	530	1.369	1.899
88.02.11	EXAMEN CITOBACTERIOLOGICO	59	91	150
88.02.12	EXAMEN DE OJO SECO	59	82	141
88.02.13	FOTOCOAGULACION CON LASER (POR SESION, HASTA 4 SESIONES) POR OJO	454	1.057	1.511
88.02.14	TEST DE VISION DE COLORES	26	50	76
88.02.15	CAPSULOTOMIA POSTERIOR CON YAG LASER POR OJO	454	1.057	1.511
88.02.16	TOPOGRAFIA CORNEAL POR OJO	59	131	190
OTORRINOLARINGOLOGIA		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.03.01	NASOFARINGOLARINGOSCOPIA	109	131	240
88.03.02	NASOFARINGOLARINGOSCOPIA (CON VIDEO)	109	131	240
PNEUMONOLOGIA		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.05.01	CURVA FLUJO VOLUMEN COMPUTARIZADO	157	85	242
88.05.02	ESPIROMETRIA COMPUTADA	188	91	279
88.05.03	ESPIROMETRIA POR COMPRESION TORACICA	574	413	987
GASTROENTEROLOGIA		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.08.01	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON VIDEO	505	793	1.298
88.08.02	VIDEOCOLONOSCOPIA	546	970	1.516
88.08.03	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA CON VIDEO	1.003	476	1.479
UROLOGIA		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.10.01	TEST DE DROGAS VASOACTIVAS	273	221	494
88.10.02	TEST DE TUMESCENCIA Y RIGIDEZ PENEANA NOCTURNA (PRIMERA NOCHE)	303	273	576
88.10.03	TEST DE TUMESCENCIA Y RIGIDEZ PENEANA NOCTURNA (SEGUNDA NOCHE)	206	162	368
88.10.04	CAVERNOSONOGRAMA	109	320	429
88.10.05	ESTUDIO URONEUROFISIOLOGICO	228	91	319
88.10.06	PENOSCOPIA	139	82	221
88.10.07	PENOSCOPIA CON BIOPSIA	139	107	246
88.10.08	FLUJOMETRIA URINARIA COMPUTARIZADA	273	493	766
88.10.09	ESTUDIO URINARIO COMPLETO COMPUTARIZADO	530	273	803
88.10.10	BIOPSIA ENDOSCOPICA VESICAL CON PINZA FRIA	228	454	682
88.10.11	URETERORENOSCOPIA DIAGNOSTICA	908	727	1.635
88.10.12	VIDEURETROCISTOSCOPIA	216	290	506

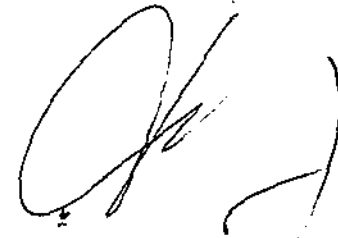
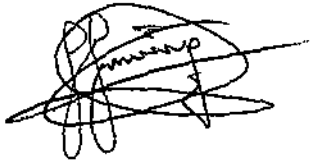
ANEXO 5

CODIGO		GINECOLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.11.01		DIAGNOSTICO PRENATAL POR AMNIOCENTESIS	680	303	983
88.11.02		DIAGNOSTICO PRENATAL POR BIOPSIA CORIONICA	610	908	1.518
CODIGO		ANATOMIA PATOLOGICA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.15.01		PUNCION BIOPSIA POR ASPIRACION	297	155	452
88.15.02		BIOPSIA POR INMUNOFLUORESCENCIA	339	207	546
88.15.03		RECEPTORES HORMONALES POR METODO IHQ. (ESTROGENOS Y PROGESTERONA)	1.100	207	1.307
88.15.04		ESTUDIO DE BIOPSIA POR IHQ EN CORTES EMBEBIDOS EN PARAFINA (HASTA TRES MARCADORES)	297	459	756
88.15.05		ESTUDIO DE BIOPSIA POR IHQ EN CORTES EMBEBIDOS EN PARAFINA (MAS DE TRES MARCADORES ,C/U)	101	101	202
CODIGO		CARDIOLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.17.01		PRESUOMETRIA	109	228	337
88.17.02		ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCION DE SENALES	228	365	593
88.17.03		TILT TEST	237	365	602
CODIGO		ECOGRAFIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.18.01		ECOCARDIOFETAL	145	184	329
88.18.02		ECOGRAFIA TRNSFONTANERAL	145	184	329
88.18.03		ECOGRAFIA DE LA CADERA DEL RECIEN NACIDO	139	184	323
88.18.04		ECOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA	139	184	323
88.18.05		ECOGRAFIA TRANSCRANEANA	139	184	323
88.18.06		ECOGRAFIA GENERAL DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	139	184	323
88.18.07		ECOGRAFIA ENDOCAVITARIA GINECOLOGICA INCLUYE : Material Descartable y Anestesia	237	273	510
88.18.08		ECOGRAFIA ENDOCAVITARIA PROSTATICA TRANSRECTAL INCLUYE : Material Descartable y Anestesia	237	273	510
88.18.09		ECOGRAFIA ENDOCAVITARIA ESOFAGICA-GASTRICA-RECTAL INCLUYE :Material Descartable y Anestesia	228	273	501
88.18.10		ECOGRAFIA CON DROGAS CON DIGITALIZACION DE IMAGENES (DIPIRIDAMOL, ETC) INCLUYE : Medicación	315	1.005	1.320
CODIGO		ECOGRAFIA DOPPLER BLANCO/NEGRO	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.18.20		DE VASOS DE CUELLO	64	273	337
88.18.21		ARTERIAL PERIFERICO	64	273	337
88.18.22		AORTA Y SUS RAMAS	64	273	337
88.18.23		VENOSA DE MIEMBROS INFERIORES	64	273	337
88.18.24		DEL EJE ESPLENO PORTAL	64	273	337
88.18.25		DE PENE	64	273	337
88.18.26		DEL CORDON ESPERMATICO	64	273	337
88.18.27		OBSTETRICO	64	273	337
88.18.28		CARDIOLOGICO	109	273	382
88.18.29		PULSADO VASCULAR PERIFERICO/NEFROLOGICO	64	273	337
CODIGO		GENETICA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.21.01		DETECCION DEL SITIO FRAGIL DEL CROMOSOMA X	308	1.047	1.355
88.21.02		CARIOTIPO CON ALTA RESOLUCION DE BANDA	1.090	313	1.403
88.21.03		ESTUDIO CROMOSOMICO	1.090	313	1.403
88.21.04		CARIOTIPO DE MATERIAL DE ABORTO ESPONTANEO	1.090	313	1.403
CODIGO		HEMATOLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.23.01		CITOMETRIA DE FLUJO (LEUCEMIAS Y LINFOMAS)	454	1.824	2.278
88.23.02		CITOMETRIA DE FLUJO (ADN E INDICACIONES DE MEDICINA TRA)	303	1.214	1.517
88.23.03		CITOMETRIA DE FLUJO (HIV y CD34)	109	454	563
88.23.04		AUTOTRANSFUSION, HASTA 2 UNIDADES	303	837	1.140
CODIGO		MAMOGRAFIAS	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.34.01		PUNCION BIOPSIA O LOCALIZACION PREBIOPSIA DE LESION NO PALPABLE CON MARCADOR	574	595	1.169
88.34.02		PUNCION BIOPSIA CON MARCACION ESTEREOTAXICA	759	1.523	2.282
88.34.03		MAGNIFICACION MAMOGRAFICA (POR LADO)	82	118	200



ANEXO 5

CODIGO	DENSITOMETRIA OSEA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.34.70	Estudio con equipo emisor de Rayos X de baja energía , DE UNA REGION	162	173	335
88.34.71	DE DOS O MAS REGIONES	212	216	428
88.34.72	POR TAC CON SOFTWARE ESPECIFICO	308	264	572
CODIGO	ESPINOGRAFIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.34.80	DE CUALQUIER REGION, realizado con portachasis especifico y cuadrícula con numeración	150	273	423



LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA



ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita
NOMENCLADOR DE PRÁCTICAS Y VALORES: CODIGOS 88 (PESADOS). MEDICINA NUCLEAR

MEDICINA NUCLEAR							
88.26.01	PRUEBAS FUNCIONALES	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
	A- MEDICINA NUCLEAR CURVA DE CAPATACION TIROIDEA	242	39	281	I-131	486	767
	B- MEDICINA NUCLEAR PRUEBA DE INHIBICION	242	39	281	I-131	486	767
88.26.02	CENTELLOGRAFIA LINEAL	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
	A- CENTELLOGRAFIA LINEAL DE TIROIDES	242	59	301	I-131	486	787
	B- CENTELLOGRAFIA TIROIDES / MEDIASTINO	242	92	334	I-131	486	820
88.26.03	ESTUDIOS CON CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA GAMAMGRAFIA DE	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
	A- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA TIROIDEA	303	90	393	Tc99m	889	1.282
	B- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA DE PARATIROIDES	303	90	393	Tc 99mMIBI	2.753	3.146
	C- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA PULMONAR PERFUSION	303	90	393	Tc 99m	889	1.282
	D- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA PULMONAR VENTILACION	303	90	393	Tc 99m	3.042	3.435
	E- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA PULMONAR PERFUSION / VENTILACION	303	90	393	Tc 99m	3.594	3.987
	F- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA DE GLANDULAS SALIVALES	303	90	393	Tc 99m	889	1.282
	G- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA HEPATICA	303	90	393	Tc 99m	889	1.282
	H- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA ESPLENICA	303	90	393	Tc 99m	1.111	1.504
	I- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA CEREBRAL (4 POSICIONES)	303	90	393	Tc 99m	1.384	1.777
	J- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA OSEA (1 AREA)	303	90	393	Tc 99m	1.934	2.327
	K- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA DE MAMA	303	90	393	Tc 99mMIBI	2.201	2.594
	L- CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA RENAL	303	90	393	Tc 99m	889	1.282
LL-CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA UN AREA CON ATB MARCADO	303	90	393	Tc 99m + ATB MARC.	2.997	3.390	
M-CAMARA GAMMA PLANAR ESTATICA UN AREA CON Ga 67 (1 dosis)	303	90	393	Ga67	4.168	4.561	

ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita

88.26.04	ESTUDIOS CON CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
	A- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA ANGIOGRAFIA	242	150	392	Tc 99m	1.384	1.776
	B- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA FLEBOGRAFIA (1 AREA)	242	150	392	Tc 99m	806	1.198
	C- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA FLEBOGRAFIA (AREA ADICIONAL)	242	49	291	Tc 99m	554	845
	D- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA RADIORENOGRAMA	242	221	463	Tc 99m	806	1.269
	E- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA RESIDUO VESICAL	242	150	392	Tc 99m	806	1.198
	F- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA DETECCION DE TORSION TESTICULAR	242	150	392	Tc 99m	1.384	1.776
	G- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA TRANSITO ESOFAGICO	242	150	392	Tc 99m	806	1.198
	H- CAMARA GAMMA PLANAR DINAMICA REFLUJO GASTROESOFAGICO	242	150	392	Tc 99m	806	1.198
88.26.05	CENTELLOGRAFIA CORPORAL TOTAL	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
	A- CENTELLOGRAFIA OSEA TOTAL	619	313	932	Tc 99m	1.934	2.866
	B- CENTELLOGRAFIA OSEA EN TRES TIEMPOS	413	253	666	Tc 99m	1.934	2.600
CENTELLOGRAFIA RASTREO PARA FEOCROMOCITONA		H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
88.26.06	A- CENTELLOGRAFIA RASTREO PARA FEOCROMOCITOMA	501	417	918	I-131 MIBG	13.574	14.492
88.26.07	BARRIDO CORPORAL TOTAL	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
	A1- BARRIDO CORPORAL TOTAL PARA Ca. DE TIROIDES	469	392	861	I 131	1.216	2.077
	A2- BARRIDO CORPORAL TOTAL PARA Ca. DE TIROIDES (RASTREO POST DOSIS TERAPÉUTICA)	469	392	861	-	0	861
	B- BARRIDO CORPORAL TOTAL CON Ga -67	501	417	918	Ga-67	12.499	13.417
88.26.08	CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
	A- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL HEMORRAGIA DIGESTIVA	313	264	577	Tc 99m	1.934	2.511
	B- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL DIVERTICULO DE MECKEL	242	149	391	Tc 99m	806	1.197
	C- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL VACIAMIENTO GASTRICO	313	264	577	Tc 99m	389	966
	D- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL LINFOGRAFIA	242	157	399	Tc 99m	806	1.205
	E- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL CISTERNOGRAFIA	303	253	556	Tc 99m	806	1.362
	F- CENTELLOGRAFIA SECUENCIAL FISTULA DE LCR	242	172	414	Tc 99m	806	1.220

ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita

88.26.10	ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS CON CÁMARA GAMMA PLANAR	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
	A- ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS CON CÁMARA GAMMA REPOSO CON TRAZADORES DE PERFUSION	242	150	392	Tc 99m MIBI	2.604	2.996
	B- ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS CON CÁMARA GAMMA REPOSO CON TRAZADORES DE DAÑO	242	150	392	Tc 99m MIBI	1.500	1.892
	C- ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS CON CÁMARA GAMMA PLANAR DE MIOCARDIO : REPOSO/ESFUERZO Ó REPOSO/REPOSO Ó APREMIO FARMACOLÓGICO/REPOSO	303	253	556	Tc 99m MIBI	2.604	3.160
88.26.11	VENTRICULOGRAFIA FRACCION DE EYECCION	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
	A- VENTRICULOGRAFIA FRACCION DE EYECCION EN REPOSO	303	253	556	Tc 99m	1.934	2.490
	B- VENTRICULOGRAFIA FRACCION DE EYECCION EN REPOSO Y APREMIO	619	514	1.133	Tc 99m	1.934	3.067
88.26.12	ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS POR SPECT	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
	A- ESTUDIO CARDIOLÓGICO POR SPECT PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO	303	253	556	Tc 99mMIBI	1.500	2.056
	B- ESTUDIO CARDIOLÓGICO POR SPECT PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO Y ESFUERZO	955	745	1.700	Tc 99mMIBI	2.604	4.304
	C- ESTUDIO CARDIOLÓGICO POR SPECT PERFUSION MIOCARDICA EN REPOSO CON REINYECCION. TALIO 201 (ESTUDIO DE VIABILIDAD MIOCARDICA)	955	745	1.700	TALIO 201	5.120	6.820
	D- ESTUDIO CARDIOLÓGICO POR SPECT ESTUDIOS GATILLADOS	303	253	556	-	0	556
88.26.13	ESTUDIOS GENERALES POR SPECT	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
	A- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA TIROIDEA	443	366	809	Tc 99 m	1.287	2.096
	B- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA DE PARATIROIDES (INCLUYE CUÉLLO Y MEDIASTINO)	443	366	809	Tc 99mMIBI	2.604	3.413
	C- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION	443	366	809	Tc 99 m	1.287	2.096
	D- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA PULMONAR VENTILACION	443	366	809	Tc 99 m	3.042	3.851
	E- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA PULMONAR PERFUSION / VENTILACION	443	366	809	Tc 99 m	3.594	4.403
	F- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA HEPATICA	443	366	809	Tc 99 m	1.287	2.096
	G- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA ESPLENICA	443	366	809	Tc 99 m	1.287	2.096
	H- ESTUDIO GRAL POR SPECT GAMMAGRAFIA RENAL	443	366	809	Tc 99 m	1.287	2.096
	I - ESTUDIO GRAL POR SPECT OSEO (1 AREA)	443	366	809	Tc 99mMIBI	2.604	3.413
	J- ESTUDIO GRAL POR SPECT CEREBRAL CON TRAZADORES DE FLUJO con Tc-99m + HMPAO	443	366	809	Tc99m HMPOA	2.604	3.413



ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita

88.26.14	PRATICAS TERAPEUTICAS	H.M.	GASTOS	VALOR MODULO	RADIO-F	\$	VALOR MODULO TOTAL
A1-	DOSIS TERAPEUTICA PARA TIROTOXICOSIS O NODULO CALIENTE , 20 mCi	347	287	634	1 131	2.010	2.644
A2-	DOSIS TERAPEUTICA PARA TIROTOXICOSIS O NODULO CALIENTE , 30 mCi	347	287	634	1 131	2.539	3.173
B1-	DOSIS TERAPEUTICA PARA CARCINOMA DE TIROIDES 100 mCi	347	287	634	1 131	6.249	6.883
B2-	DOSIS TERAPEUTICA PARA CARCINOMA DE TIROIDES 150 mCi	347	287	634	1 131	8.897	9.531
B3-	DOSIS TERAPEUTICA PARA CARCINOMA DE TIROIDES 200 mCi	347	287	634	1 131	11.549	12.183

LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA



Buenos
Aires
Provincia

ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita

NOMENCLADOR DE PRÁCTICAS Y VALORES: CODIGOS 88 (PESADOS). RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR				
INCLUYEN : Materiales Descartables , Medios de Contraste, medicación anestésica y EXCLUYEN : H.M. de Anestesia. El módulo incluye ANGIORESONANCIA Y COLANGIORESONANCIA.				
PRIMERA EXPOSICION		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.46.01 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CEREBRO (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.01 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CEREBRO (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.01 A1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 1RA EXPOSICION (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.01 B1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 1RA EXPOSICION (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.02 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.02 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.03 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.03 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.04 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.04 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.05 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.05 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.05 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.05 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.06 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION MAMARIA (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.06 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION MAMARIA (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.07 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.07 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.07 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.07 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.08 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.08 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.08 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.08 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.08 A2	COLANGIO-RMN 1RA. EXPOSICION (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.08 B2	COLANGIO-RMN 1RA. EXPOSICION (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813

LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA



Buenos
Aires
Provincia

ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita

PRIMERA EXPOSICION (CONT.)		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.46.09 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.09 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.09 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.09 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.10 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.10 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.11 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.11 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.12 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.12 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.13 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.13 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.14 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.14 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.15 A0	R.M.N. DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.15 B0	R.M.N. DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.15 A1	ANGIO-R.M.N.1RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.15 B1	ANGIO-R.M.N.1RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.16 A0	R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE HOMBRO (ALTO CAMPO)	242	1.807	2.049
88.46.16 B0	R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE HOMBRO (BAJO CAMPO)	242	1.571	1.813
88.46.17/AO	ARTRORESONANCIA MAGNETICA	540	2.835	3.375
88.46.18/AO	RMN C/ESPECTROSCOPIA	540	3.915	4.455
88.46.19/AO	RMN DINAMICA	540	3.510	4.050
88.46.20/AO	RMN CARDIACA	1.226	4.174	5.400
88.46.21/AO	RMN DIFUSION PERFUSION	540	4.995	5.535
88.46.22/AO	ESTUDIO MULTIPARAMETRICO DE PRÓSTATA (incluye RMN de próstata espectroscopia difusión perfusión)	2.025	4.725	6.750
SEGUNDA EXPOSICION		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.47.01 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CEREBRO (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.01 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CEREBRO (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.01 A1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 2DA EXPOSICION (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.01 B1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 2DA EXPOSICION (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.02 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.02 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.03 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.03 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397



Buenos
Aires
Provincia

ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita

SEGUNDA EXPOSICION (CONT.)		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.47.04 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.04 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.05 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.05 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.05 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.05 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.06 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION MAMARIA (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.06 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION MAMARIA (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.07 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.07 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.07 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.07 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.08 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.08 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.08 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.08 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.08 A2	COLANGIO-RMN 2DA. EXPOSICION (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.08 B2	COLANGIO-RMN 2DA. EXPOSICION (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.09 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.09 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.09 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.09 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.10 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.10 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.11 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.11 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.12 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.12 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.13 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.13 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.14 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.14 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.15 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.15 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.15 A1	ANGIO-R.M.N.2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.15 B1	ANGIO-R.M.N.2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.47.16 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE HOMBRO (ALTO CAMPO)	242	1.286	1.528
88.47.16 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE HOMBRO (BAJO CAMPO)	242	1.155	1.397

[Handwritten signature]

ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita

TERCERA EXPOSICION		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.48.01 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CEREBRO (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.01 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CEREBRO (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.02 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.02 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.03 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.03 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.04 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.04 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.05 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.05 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.06 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION MAMARIA (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.06 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION MAMARIA (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.07 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.07 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.08 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.08 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.09 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.09 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.10 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.10 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.11 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.11 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.12 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.12 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.13 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.13 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.14 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.14 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.15 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.15 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258
88.48.16 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE HOMBRO (ALTO CAMPO)	242	1.155	1.397
88.48.16 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE HOMBRO (BAJO CAMPO)	242	1.016	1.258




LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA

**ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita
NOMENCLADOR DE PRÁCTICAS Y VALORES: CODIGOS 88 (PESADOS).
ECO DOPPLER COLOR Y ECOGRAFÍA INTEVENCIONISTA**

ECOGRAFIA DOPPLER COLOR		H.M.	GASTOS	I.O.M.A. V.M.T.
88.18.40	A- ECO DOPPLER CARDIACO	327	409	736
	B- ECO DOPPLER CARDIACO FETAL	327	409	736
88.18.41	A- ECO DOPPLER PERIFERICO PRIMERA REGION (INCLUYE DOPPLER TRANSCRANEANO)	327	409	736
	B- ECO DOPPLER PERIFERICO SEGUNDA O MAS REGIONES (INCLUYE DOPPLER TRANSCRANEANO)	252	199	451
88.18.42	ECO DOPPLER COLOR GENERALES			
	A- ECO DOPPLER COLOR OBSTETRICO	327	409	736
	B- ECO DOPPLER COLOR DEL EJE ESPLENOPORTAL	327	409	736
	C- ECO DOPPLER COLOR RENAL	327	409	736
88.18.43	ECO DOPPLER CARDIACO TRANSESOFAGICO	829	1.272	2.101
ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA		H.M.	GASTOS	I.O.M.A. V.M.T.
<u>INCLUYE</u> : Material Descartable, aguja de punción y Anestesia local. <u>EXCLUYE</u> : Anatomía Patológica y Bacteriología				
88.18.11	ECOGRAFIA INTERVENCIONISTA CON FUNCION	459	574	1.033
88.18.12	ECOGRAFÍA INTERVENCIONISTA CON FUNCION BIOPSIA MULTIPROSTÁTICA	659	1.026	1.685
88.18.13/00	PUNCIÓN BIOPSIA MAMARIA ASISTIDA POR VACÍO	1.023	5.114	6.137

LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA

ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita

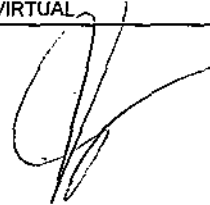
NOMENCLADOR DE PRÁCTICAS Y VALORES: CODIGOS 88 (PESADOS).
TOMOGRFIA COMPUTADA

TOMOGRFIA AXIAL COMPUTADA		H.M	GASTOS	V.M.T.
LOS ESTUDIOS <u>INCLUYEN</u> : Materiales Descartables, Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. <u>EXCLUYEN</u> : H.M. de Anestesia				
88.34.10	T.A.C. DE CEREBRO	242	892	1.134
88.34.12	T.A.C. DE CEREBRO CONTROL	242	615	857
88.34.25/00	T.A.C. DE ORBITAS	242	892	1.134
88.34.25/01	T.A.C. DE HIPOFISIS	242	892	1.134
88.34.25/02	T.A.C. DE OIDOS	242	892	1.134
88.34.25/03	T.A.C. DE MACIZO FACIAL	242	892	1.134
88.34.25/04	T.A.C. DE S.P.N.	242	892	1.134
88.34.26/00	T.A.C. DE CUELLO	242	662	904
88.34.26/01	T.A.C. DE FARINGE/LARINGE	242	892	1.134
88.34.17	T.A.C. COMPLETA DE ABDOMEN	242	1.320	1.562
88.34.19	T.A.C. DE TORAX	242	1.037	1.279
88.34.27/00	T.A.C. DE PELVIS OSEA	242	662	904
88.34.27/01	T.A.C. DE CADERAS	242	662	904
88.34.27/02	T.A.C. DE RODILLAS	242	662	904
88.34.27/03	T.A.C. DE TOBILLOS	242	662	904
88.34.27/04	T.A.C. DE PIES	242	662	904
88.34.27/05	T.A.C. DE HOMBROS	242	662	904
88.34.27/06	T.A.C. DE CODO	242	662	904
88.34.27/07	T.A.C. DE MUÑECA	242	662	904
88.34.27/08	T.A.C. DE MANO	242	662	904
88.34.21	T.A.C. DE COLUMNA CERVICAL	242	932	1.174
88.34.22	T.A.C. DE COLUMNA DORSAL	242	932	1.174
88.34.23	T.A.C. DE COLUMNA LUMBAR	242	932	1.174
88.34.24	T.A.C. DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	242	662	904



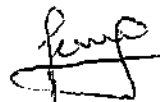
ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita

TOMOGRAFIA COMPUTADA POR BARRIDO HELICOIDAL		H.M	GASTOS	V.M.T.
Los estudios con Barrido Helicoidal <u>INCLUYEN</u> : Materiales Descartables, Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. <u>EXCLUYEN</u> : H.M. de Anestesia				
88.34.30	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE CEREBRO	242	1.095	1.337
88.34.40/00	T.C. HELICOIDAL DE ORBITAS	242	1.095	1.337
88.34.40/01	T.C. HELICOIDAL DE HIPOFISIS	242	1.095	1.337
88.34.40/02	T.C. HELICOIDAL DE OIDOS	242	1.095	1.337
88.34.40/03	T.C. HELICOIDAL DE MACIZO FACIAL	242	1.095	1.337
88.34.40/04	T.C. HELICOIDAL DE S.P.N.	242	1.095	1.337
88.34.41/00	T.C. HELICOIDAL DE CUELLO	242	1.010	1.252
88.34.41/01	T.C. HELICOIDAL DE FARINGE/LARINGE	242	1.095	1.337
88.34.32	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL COMPLETA DE ABDOMEN	242	1.599	1.841
88.34.34	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE TORAX	242	1.366	1.608
88.34.42/00	T.C. HELICOIDAL DE PELVIS OSEA	242	1.010	1.252
88.34.42/01	T.C. HELICOIDAL DE CADERAS	242	1.010	1.252
88.34.42/02	T.C. HELICOIDAL DE RODILLAS	242	1.010	1.252
88.34.42/03	T.C. HELICOIDAL DE TOBILLOS	242	1.010	1.252
88.34.42/04	T.C. HELICOIDAL DE PIES	242	1.010	1.252
88.34.42/05	T.C. HELICOIDAL DE HOMBROS	242	1.010	1.252
88.34.42/06	T.C. HELICOIDAL DE CODO	242	1.010	1.252
88.34.42/07	T.C. HELICOIDAL DE MUÑECA	242	1.010	1.252
88.34.42/08	T.C. HELICOIDAL DE MANO	242	1.010	1.252
88.34.36	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA CERVICAL	242	1.095	1.337
88.34.37	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA DORSAL	242	1.095	1.337
88.34.38	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA LUMBAR	242	1.095	1.337
88.34.39	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	242	1.010	1.252
88.34.43/00	ANGIO TAC (INCLUYE H.G.CONTRASTE C/S RECONST.3D)	529	2.441	2.970
88.34.44/00	TAC 3D	529	2.171	2.700
88.34.44/01	TAC 3D EXPOSICIÓN SUBSIGUIENTE	529	1.496	2.025
88.34.45/00	COLONOSCOPIA VIRTUAL	529	2.036	2.565

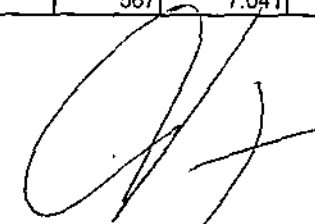

ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita

PRACTICAS INTERVENCIONISTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.34.50	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE ABDOMEN	775	1.753	2.528
88.34.51	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE HIGADO	775	1.753	2.528
88.34.52	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE RIÑON	775	1.753	2.528
88.34.53	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE PANCREAS	775	1.753	2.528
88.34.54	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE TORAX/PULMON	775	1.753	2.528
88.34.55	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE UNA VERTEBRA	775	1.753	2.528
88.34.56	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE OTROS ORGANOS O REGIONES	775	1.753	2.528
TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS		H.M	GASTOS	V.M.T.
Los estudios de TC.MS <u>INCLUYEN</u> : Materiales Descartables , Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. <u>EXCLUYEN</u> : H.M. de Anestesia			0	
88.34.90/00	T.C. MULTISLICE DE CEREBRO	313	1.366	1.679
88.34.91/01	T.C. MULTISLICE DE ORBITAS	313	1.366	1.679
88.34.91/02	T.C. MULTISLICE DE HIPOFISIS	313	1.366	1.679
88.34.91/03	T.C. MULTISLICE DE OIDOS	313	1.366	1.679
88.34.91/04	T.C. MULTISLICE DE MACIZO FACIAL	313	1.366	1.679
88.34.91/05	T.C. MULTISLICE DE S.P.N.	313	1.366	1.679
88.34.91/06	T.C. MULTISLICE DE CUELLO	313	1.259	1.572
88.34.91/07	T.C. MULTISLICE DE FARINGE/LARINGE	313	1.366	1.679
88.34.92/00	T.C. MULTISLICE COMPLETA DE ABDOMEN	313	2.023	2.336
88.34.93/00	T.C. MULTISLICE DE TORAX	313	1.366	1.679
88.34.94/00	T.C. MULTISLICE DE PELVIS OSEA	313	1.259	1.572
88.34.94/01	T.C. MULTISLICE DE CADERAS	313	1.259	1.572
88.34.94/02	T.C. MULTISLICE DE RODILLAS	313	1.259	1.572
88.34.94/03	T.C. MULTISLICE DE TOBILLOS	313	1.259	1.572
88.34.94/04	T.C. MULTISLICE DE PIES	313	1.259	1.572
88.34.94/05	T.C. MULTISLICE DE HOMBROS	313	1.259	1.572
88.34.94/06	T.C. MULTISLICE DE CODO	313	1.259	1.572
88.34.94/07	T.C. MULTISLICE DE MUÑECA	313	1.259	1.572
88.34.94/08	T.C. MULTISLICE DE MANO	313	1.259	1.572
88.34.94/09	T.C. MULTISLICE DE COLUMNA CERVICAL	313	1.366	1.679
88.34.94/10	T.C. MULTISLICE DE COLUMNA DORSAL	313	1.366	1.679
88.34.94/11	T.C. MULTISLICE DE COLUMNA LUMBAR	313	1.366	1.679
88.34.95/00	T.C. MULTISLICE DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	313	1.259	1.572




ANEXO 6: Prestaciones excluidas de la cápita

TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS (cont.)		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.34.96/00	ANGIO TAC MULTISLICE CARDIACA CORONARIA	1.226	5.792	7.018
88.34.97/00	ANGIO TAC MULTISLICE DE UNA REGION (TORAX, ABDOMEN Y PELVIS, MIEMBROS ETC.)	529	2.644	3.173
88.34.97/01	ANGIO TAC MULTISLICE SEGUNDA O MAS REGIONES	419	2.150	2.569
88.34.98/00	RECONSTRUCCION 3D-4D incluye TC-MS segunda region y subsiguientes	529	2.644	3.173
88.34.98/01	SCORE DE CALCIO	529	2.981	3.510
PRACTICAS INTERVENCIONISTAS BAJO CONTROL DE		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.34.99/01	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. MS DE ABDOMEN	1.014	2.222	3.236
88.34.99/02	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE HIGADO	1.014	2.222	3.236
88.34.99/03	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE RIÑON	1.014	2.222	3.236
88.34.99/04	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE PANCREAS	1.014	2.222	3.236
88.34.99/05	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE TORAX/PULMON	1.014	2.222	3.236
88.34.99/06	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE UNA VERTEBRA	1.014	2.222	3.236
88.34.99/07	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE OTROS ORGANOS O REGIONES	1.014	2.222	3.236
PET: TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES			0	
medicación anestésica. EXCLUYEN : H.M. de Anestesia		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.34.80/00	PET DE CUERPO ENTERO	574	9.318	9.892
88.34.80/01	PET DE CUERPO ENTERO POR FUSION DE IMÁGENES	567	7.041	7.608

LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA



**NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES: CODIGOS 88 (LIVIANOS)
NO INCORPORADOS A LA CAPITA, CON COBERTURA DEL 100 % PARA EL AFILIADO**

CODIGO	NEUROLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.01.07	POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA CON OXIMETRIA DE PULSO CONTINUA	1.782	2.673	4.455
88.01.08	MODULO DE POLISOMNOGRAFIA MAS TITULACION DE CPAP	2.430	3.645	6.075
CODIGO	OFTALMOLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.02.17	ABERROMETRIA POR OJO	119	178	297
88.02.18	ANALIZADOR DE RESPUESTA OCULAR (ORA) POR OJO	86	130	216
88.02.19	ANGIOFLUORESCENOLOGIA (AFG) POR OJO	178	268	446
88.02.20	BIOMICROSCOPIA ULTRASONICA (UBM) POR OJO	178	268	446
88.02.21	ECOGRAFIA OCULAR POR OJO	140	211	351
88.02.22	INTERFEROMETRIA OPTICA LASER (IOL MASTER) POR OJO	140	211	351
88.02.23	MICROSCOPIA CONFOCAL DE LA CORNEA POR OJO	92	138	230
88.02.24	TOMOGRAMIA CONFOCAL DE PAPILA (HRT) POR OJO	119	178	297
88.02.25	TOMOGRAMIA DE COHERENCIA OPTICA (OCT) POR OJO	140	211	351
88.02.26	TOPOGRAFIA CORNEAL de ELEVACION POR OJO	119	178	297
CODIGO	NEUMONOLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.05.04	DIFUSION DE MONOXIDO DE CARBONO	648	972	1.620
88.05.05	PRUEBA DE TITULACION DE PRESION POSITIVA CONTINUA (CPAP)	1.134	1.701	2.835
88.05.06	RESISTENCIA Y CONDUCTANCIA DE LAS VIAS AEREAS	303	454	757
88.05.07	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA	594	891	1.485
88.05.08	VENTILACION VOLUNTARIA MAXIMA	184	275	459
88.05.09	ESTUDIO SIMPLIFICADO PARA EVALUACION DE APNEAS DE SUEÑO	1.134	1.701	2.835
88.05.10	VIDEOFIBROBRONCSCOPIA	1.296	1.944	3.240
88.05.11	REHABILITACION RESPIRATORIA	1.134	1.701	2.835
88.17.04	PRUEBA DEL EJERCICIO CARDIOPULMONAR CON SONSUMO DE OXIGENO	594	891	1.485
88.17.05	TEST/PRUEBA DE LA MARCHA DE LOS 6 MINUTOS	216	324	540
CODIGO	GASTROENTEROLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.08.20	VIDEOCOLONOSCOPIA (indicada en el marco del Programa de Prevención de Cancer colorectal)	630	970	1.600
88.08.21	MANOMETRIA ESOFAGICA Y ANORECTAL (INCLUYE SONDA)	1.242	1.863	3.105
88.08.22	PH METRIA (INCLUYE SONDA)	1.080	1.620	2.700
88.08.23	PH METRIA PEDIATRICA (INCLUYE SONDA)	1.620	2.430	4.050

[Handwritten signatures and initials]

1
5

ANEXO 6

CODIGO	GASTROENTEROLOGIA (cont.)	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.08.24	TEST DEL AIRE ESPIRADO	378	567	945
88.08.25	BIO FEETBACK RECTOANAL (POR 3 MESES)	1.458	2.187	3.645
88.08.26	IMPEDANCIOMETRIA PEDIATRICA	3.510	5.265	8.775
88.18.14	ECOENDOSCOPIA	567	851	1.418
88.18.15	ECOENDOSCOPIA RADIAL	1.674	2.511	4.185
CODIGO	DERMATOLOGIAA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.13.01	DERMATOSCOPIA	270	405	675
CODIGO	CARDIOLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.17.06	ERGOMETRIA DE 12 DERIVACIONES	270	405	675
88.17.07	REHABILITACION CARDIOVASCULAR (POR 3 MESES)	1.350	2.025	3.375
88.17.08	CARDIOGRAFIA POR IMPEDANCIA	324	486	810
88.17.09	VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO	216	324	540
88.17.10	HOLTER HASTA 12 CANALES	324	486	810
CODIGO	RADIOLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.34.74	VIDEODEGLUCION	540	810	1.350
88.34.75	VIDEO DEFECOGRAFIA	540	810	1.350
CODIGO	GINECOLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.11.03	CRIOCIRUGIA DE CUELLO UTERINO O VULVA	405	609	1.014
88.11.04	HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	336	1.014	1.350
88.11.05	HISTEROSCOPIA TERAPEUTICA	1.458	2.060 (*)	3.518
88.11.06	ESCISION CON ASA DE LEEP	1.458	1.826 (*)	3.284
88.11.07	ESCISION CON CONO DE LEEP	1.620	1.826 (*)	3.446
88.11.08	PROVISIÓN Y COLOCACIÓN DEL DIU (profesionales adheridos al Programa Ser de Salud Sexual y Reproductiva, Resolución 1245/06)			1.620
88.34.04	MAMOGRAFIA POR TOMOSINTESIS	513	769	1.282
88.18.16	COLOCACION DE CLIP PARA NEOADYUVANCIA	729	1.093	1.822
88.18.17	CORE BIOPSIA	810	1.215	2.025
CODIGO	ANATOMIA PATOLOGICA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.15.06	MARCADORES HER-2NEU (C-ERB B2 X FISCH)	1.080	1.620	2.700
88.15.07	MARCADORES HER-2NEU (C-ERB B2 X INMUNOHISTOQUIMICA)	378	567	945
CODIGO	OTORRINOLARINGOLOGIA	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.31.05	VIDEONISTAGMOGRAFIA	324	486	810
88.31.06	VIDEONISTAGMOGRAFIA CON TEST CALORICO	459	688	1.147
CODIGO	OTROS ESTUDIOS	H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.07.01	COLOCACION DE PORT A CATH	972	1.458	2.430

Ficha pediátrica: Cuando el profesional complete la ficha pediátrica se le abonará el equivalente a una consulta básica sin copago. Este pago quedará a cargo del IOMA y se abonará por fuera de la cápita. Sólo se reconocerá una ficha pediátrica por afiliado por mes, no acumulables, en menores de 1 año.

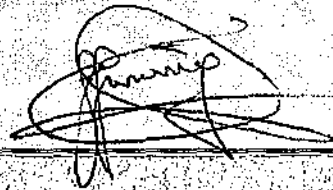

(*) sólo cuando el profesional es propietario de la apartología, acreditado bajo Declaración Jurada

SERGIO D. CASSINOTTI
 Presidente
 IOMA

PADRÓN DE AFILIADOS CENTRO MÉDICO MAR DEL PLATA

PADRÓN DE MÉDICOS

CÁPITA ENERO 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Romero', located inside the rectangular box on the right side.A large, stylized handwritten signature in black ink, located below the rectangular box.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO**PAUTAS TÉCNICAS:****A) PAUTA DE SERVICIOS INCLUIDOS EN LA CÁPITA**

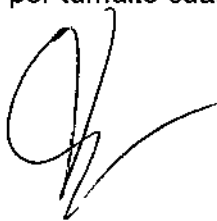

- Consultas en Consultorio Ambulatorio;
- Radiología Ambulatoria;
- Prácticas Médicas Ambulatorias;
- Atención médica en Internación
- Programas de prevención:
 - Programa MAMI
 - Programa 12-20
 - Programa Ser
- Alta complejidad "Liviana Diagnóstica" en ambulatorio.

B) PAUTA DE SERVICIOS FUERA DE LA CÁPITA PERO INCLUIDOS EN EL CONVENIO:

- Alta Complejidad Diagnóstica y terapéutica en Ambulatorio e Internación CODIGOS 88 PESADOS.
- Prácticas especiales nombradas por IOMA.
- Psiquiatría código 33 del nomenclador.
- Toxicomanías.
- Enfermedades Profesionales.
- Enfermedades mentales crónicas del adulto o infantil.
- Enfermedades infecto-contagiosas, que requieren internación en servicios especializados.

C) PAUTA DE SERVICIOS NO INCLUIDOS EN ESTE CONVENIO

- Accidentes de Trabajo.
- Lesiones por tumulto cuando el afiliado participe activamente.



- Procesos de evolución crónica, cualquiera sea su etiología y patogenia, no reversibles no mejorables con tratamiento médico o quirúrgicos, salvo episodios de reagudización y/o complicaciones que aparecieran en el curso de dichos procesos y requieran atención médica.

- Diálisis renal y hemodiálisis.

- Cirugía plástica no reparadora.

- Cosmetología.

- Trasplante de órganos y toda práctica inherente, previa o posterior al trasplante.

- Dieta (19.01.02) no efectuada por profesionales médicos.

- Exámenes de pre-ingreso, de control y egreso.

- Internaciones para el tratamiento del alcoholismo y drogadicción crónica.

- Internaciones para reeducación y rehabilitación.

- Prácticas o internaciones experimentales.

- Consultas en domicilio (códigos 42.02.01 al 42.02.03)

- Gastos en internación

- Enfermedades infectocontagiosas previstas por las leyes y ordenanzas, según detalle:

GRUPO A: Cólera, Fiebre Amarilla, Peste: humana en roedores, Viruela: alastrin, Tifus exantemático transmitido por piojos, Fiebre recurrente transmitida por piojos. SIDA.

GRUPO B: Lepra, Paludismo, Poliomieltis anterior aguda (forma-paralítica), Rabia: humana (personas mordidas por animales sospechosos), Virosis hemorrágicas: del noroeste bonaerense.

GRUPO C: Carbunco humano, Dengue, Difteria, Rabia animal, Tifus endémico murino (transmitido por pulgas), Tracoma.

D) CODIGOS DEL NOMENCLADOR NACIONAL NO INCLUIDOS EN LA CÁPITA

Códigos 07.06.03/04/05 (Alta Complejidad)

Código 11.02.17 Colocación de DIU (se factura como código 88.11.02 provisión y colocación del DIU, por fuera de la cápita)

Códigos de Anestesia (16.01.01/02/03/04/05).

Códigos 19.01.01 y 19.01.02 (Dieta)

Códigos del Capítulo 37 (Síndromes clínicos agudos)

Códigos 34.09.01 y 34.09.12 (se factura por fuera de cápita)

NORMAS DE TRABAJO**1- DE LAS PRESTACIONES:**

1º) La asistencia en consultorio será prestada por los profesionales inscriptos en las especialidades que forman parte de la nómina de este Convenio.

2º) El médico deberá solicitar cada vez que atiende a un paciente la exhibición de la credencial actualizada o constancia de pago de afiliación voluntaria, y el Documento de Identidad.

3º) La consignación del diagnóstico o código nosológico es elemento imprescindible para obtener el cobro de la prestación.

4º) El IOMA podrá verificar los servicios prestados a sus afiliados, debiendo hacerlo por intermedio de personal técnico, médico auditor, cuando se pretenda aclarar situaciones inherentes al ejercicio profesional médico. El IOMA informará a la Entidad Médica para que ésta practique las averiguaciones pertinentes, sobre los médicos que registren un número inusual de visitas o prácticas, o podrá efectuar por si misma esa investigación. El resultado de la misma será comunicado al IOMA, como así también las medidas disciplinarias tomadas.

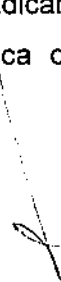
2- DE LA CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO MÉDICO:

1º) Se efectuará de acuerdo a la documentación que forma parte del Anexo 2, según el siguiente detalle:

Consulta: acreditarán una sola visita por elemento.

Las prácticas especializadas e intervenciones quirúrgicas se consignarán en los formularios que específicamente se destinarán a este fin.

Los elementos de certificación deberán cumplimentarse con la consignación de los siguientes datos básicos: identificación del paciente (nombre y apellido); número de afiliación; prestación realizada de acuerdo a la nomenclatura y el número de código correspondiente; diagnóstico, salvo circunstancias de excepción (que a criterio del médico actuante debe mantenerse reservado), en estos casos se colocará en el casillero correspondiente las siglas S/M (secreto médico); día y hora de la atención brindada. Para el caso de las intervenciones quirúrgicas, además de los datos enunciados, se deberá indicar el establecimiento donde se practicó. Cuando para la realización de una práctica o



intervención quirúrgica se haya acordado la presentación de una orden de internación, deberá transcribirse el número que individualiza a dicha orden.

2º) Cada uno de los médicos actuantes en prácticas e intervenciones quirúrgicas deberán confeccionar el formulario correspondiente consignando los datos mencionados y haciendo referencia a la prestación que efectúe.

3º) Toda documentación primaria, que acredita el servicio otorgado, deberá estar firmada por el paciente o quien lo represente, así como por el médico que la realizó, incluyendo un sello aclaratorio de la firma y número de matrícula profesional.

4º) El médico deberá adjuntar historia clínica a la facturación, en todos aquellos casos en que específicamente así se mencione en la práctica que factura de acuerdo con el nomenclador vigente y cuando las presentes normas así lo establezcan.

5º) La presentación de historia clínica en aquellos casos no previstos en el punto anterior no es exigible a los efectos de la facturación y liquidación de los servicios. No obstante la Entidad Médica podrá solicitar historia clínica y elementos de diagnóstico a los fines de la auditoría médica.

3- DE LAS ESPECIALIDADES

1º) Los médicos prestarán su atención profesional de conformidad con la especialidad en que se hallaran inscriptos en la nómina de médicos referida en capítulos anteriores; se discriminarán en cinco grandes grupos de acuerdo a las siguientes características:

Grupo 1: Medicina General

Grupo 2: Medicina General con Orientación

Grupo 3: Médico Autorizado

Grupo 4: Especialista

Grupo 5: Equipos Médicos

2º) El médico no podrá invocar distinciones de especialidad u horarios, para percibir en un caso determinado honorarios privados cuando el beneficiario requiera sus servicios en condiciones reglamentarias. Es decir será optativo para el médico atender o no a enfermos que no pertenezcan a su especialidad, pero en ningún caso podrá cobrar otros aranceles si el afiliado demuestra fehacientemente su condición de tal.

- 3º) Cuando deban realizarse prácticas y servicios en alguna especialidad en la que se carezca de profesionales inscriptos, la Entidad Médica podrá autorizarlas con médicos que estén en condiciones de efectuarlas, aunque pertenezcan a otras especialidades.
- 4º) La Entidad Médica aceptará la facturación conjunta de dos o más médicos reunidos en equipo especializado, previa solicitud por escrito y firmada dando conformidad por todos los médicos que integran el equipo.
- 5º) Los médicos limitarán al mínimo estrictamente necesario la facturación de prácticas especializadas que ellos mismos indiquen (auto-prescripción).
- 6º) Los médicos prestarán su atención profesional de conformidad con la especialidad en que se hallaren inscriptos, sin perjuicio de los cual podrán facturar los honorarios de la primera consulta en otras especialidades.

4- DE LA DOCUMENTACION CLINICA

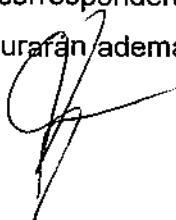
En la historia clínica que debe llevar el médico como respaldo de las prestaciones que brinda, constarán como mínimo los siguientes datos:

- Apellido y nombres completos.
- Número de documento y número de afiliado del paciente.
- Sexo y fecha de nacimiento.
- Motivo de consulta y diagnóstico.
- Estudios solicitados y los informes de sus resultados.
- Medicamentos y tratamientos indicados.
- Efectos adversos de los tratamientos realizados.
- Derivación a otro especialista en el caso de considerarse.

5- DE LA FACTURACIÓN

a) Las facturas presentadas deberán corresponder a servicios efectivamente realizados en forma personal y directa por el facultativo. Ningún Médico podrá incluir servicios en los que hubieran intervenido parcial o totalmente otros profesionales, salvo en los casos que específicamente su retribución sea global y en función de "Equipo Médico" debidamente inscripto.

b) La facturación corresponderá a honorarios médicos de acuerdo a los aranceles convenidos. Se facturarán además los derechos de las prácticas que el profesional realice



en consultorio con material, instrumental o equipos propios de aquellas prestaciones autorizadas por la Entidad Médica.

c) La facturación sólo podrá incluir el trabajo de un mes calendario. En el caso que se deba facturar el trabajo de otro mes podrá presentarlo en la misma factura, detallado, pero deberá asentarlos de forma separada en el libro de facturación debidamente conformado.

d) Todos los profesionales médicos deberán presentar la documentación correspondiente a sus prestaciones, debidamente conformadas, ante la ENTIDAD MEDICA, respetando los requisitos y normas de facturación.

e) La facturación podrá contener prestaciones brindadas dentro de los 60 (sesenta) días anteriores a la fecha de la presentación.

5 A- SISTEMA CAPITADO

La factura a presentar por parte de la Entidad al IOMA se confeccionará de acuerdo a las normas relativas a la emisión de los comprobantes. Se deberá considerar que el IOMA mantiene su condición de sujeto exento frente al Impuesto al Valor Agregado.

a) La factura se confeccionará por triplicado, debiendo estar firmada y sellada en original en sus 3 (tres) ejemplares.

b) La factura que presentará la Entidad intermedia será tipo B o C, según corresponda.

c) Se deberá presentar una factura por cada grupo afiliatorio: afiliados obligatorios, afiliados voluntarios individuales, afiliados voluntarios colectivos y convenios de reciprocidad. El monto resultante surgirá de aplicar el valor determinado para la cápita por la cantidad de afiliados del grupo afiliatorio correspondiente, de acuerdo al padrón que informe la Dirección de Afiliaciones del IOMA referido al mes de prestación.

d) Toda la documentación deberá encontrarse foliada correlativamente por cada institución.

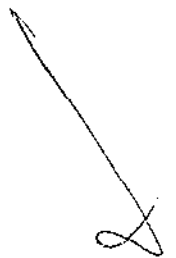
e) El plazo de presentación de la mencionada documentación será dentro de los 10 (diez) primeros días del mes siguiente al de las prestaciones convenidas.

f) Los débitos serán devueltos a la Entidad, quien los remitirá a cada prestador.

CONTENIDO DE LA FACTURA:

- Membrete identificador preimpreso del emisor de acuerdo a las normas vigentes de facturación.

- Domicilio.



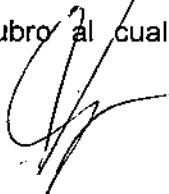
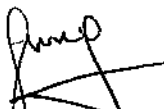
- Número de CUIT.
- Período facturado.
- Identificación del grupo de afiliados.
- Monto total en número y letras.
- Cantidad de folios.

5 B- SISTEMA POR PRESTACIÓN

REQUISITOS PARA LA PRESENTACION DE LA FACTURACION

La factura a presentar por parte de la Entidad a IOMA, se confeccionará de acuerdo a las normas relativas a la emisión de los comprobantes. Se deberá considerar que el Instituto mantiene su condición de sujeto exento frente al Impuesto al Valor Agregado.

- a) La factura se confeccionará por triplicado, debiendo estar firmada y sellada en original en sus 3 (tres) ejemplares.
- b) La factura que presentará la Entidad intermedia será tipo B o C según corresponda.
- c) Se deberá presentar una factura por cada grupo afiliatorio: afiliados obligatorios, afiliados voluntarios individuales, afiliados voluntarios colectivos, convenios de reciprocidad.
- d) Se deberá presentar libro de facturación por duplicado debidamente conformado y coincidente con la documentación presentada en la factura, y un soporte magnético conteniendo la misma información.
- e) Toda la documentación deberá encontrarse foliada correlativamente por cada institución.
- f) La documentación deberá presentarse entre los días veinte (20) y treinta (30) de cada mes. Las presentaciones realizadas con posterioridad computarán para el mes siguiente. La Entidad deberá presentar las facturas dentro de los noventa (90) días de realizada efectivamente la práctica, como plazo máximo, superado dicho plazo no será recibida.
- g) En caso de presentar refacturación, se otorga un plazo de noventa (90) días desde la devolución de la factura a corregir.
- h) Las facturas correspondientes a prestaciones "fuera de cápita" deberán estar acompañadas por documentación respaldatoria de las prestaciones realizadas. Las facturas que no ingresen acompañadas de dicha documentación serán devueltas para subsanar el error.
- i) Cada factura correspondiente a prestaciones "fuera de cápita", deberá contener explícitamente el rubro al cual corresponden, por ej.: anestesia, código 88 pesados,



Programas de Prevención (que podrán ser presentados en la misma factura pero diferenciados por ítem), otros rubros , al igual que el libro de facturación, prácticas de primer nivel varias.

Los débitos serán devueltos a la Entidad, quienes los remitirán a cada prestador.

CONTENIDO DE LA FACTURA:

- Membrete identificatorio preimpreso del emisor de acuerdo a las normas vigentes de facturación.
- Domicilio.
- Número de CUIT.
- Período facturado.
- Identificación del grupo de afiliados.
- Monto total en número y letras.
- Cantidad de folios.

CONTENIDO DEL LIBRO DE FACTURACION

- Deberá presentarse por duplicado con firma y sello del responsable de la entidad. Se deberá presentar un soporte magnético conteniendo la misma información
- Cada libro deberá contener cantidad y código normativo de la práctica, nombre del profesional o centro prestador, valor de la práctica según convenio vigente, monto total por prestador, período de liquidación, fecha de presentación, monto facturado, sello que indique si corresponde a FACTURACION, REFACTURACION O RECLAMO.
- Al final del libro, éste deberá estar sumado correctamente, y dicha suma deberá coincidir con el monto facturado en la factura correspondiente respetando el grupo afiliatorio.

REQUISITOS GENERALES DE LA DOCUMENTACION

- Los profesionales médicos deberán presentar ante el CENTRO la documentación correspondiente a las prestaciones realizadas. Dicha presentación deberá realizarse dentro de los sesenta (60) días de efectuadas las prácticas.

El CENTRO tiene un plazo de noventa (90) días para realizar la presentación de la facturación ante el IOMA, vencido dicho término serán pasibles de débito.

- Toda la documentación deberá ser presentada debidamente ordenada e identificada en cajas de la empresa administradora de archivos no excediendo el peso establecido en cada una.
- Toda la documentación deberá presentarse foliada en el ángulo superior derecho, en caso de errores las enmiendas necesarias deben estar salvadas con firma y sello del prestador. El foliado se realizará en orden cronológico a la realización de la prestación.
- La facturación corresponderá a honorarios y gastos de prácticas ambulatorias de acuerdo a los aranceles convenidos.
- Cada facturación deberá incluir solamente el trabajo de un determinado mes. No podrá facturarse conjuntamente el trabajo de dos o más meses.
- La facturación correspondiente a prestaciones de alta complejidad diagnóstica por imágenes código 88 pesadas deberá realizarse respetando la proforma enviada por la Dirección de Sistemas.

REQUISITOS DOCUMENTALES ESPECIALES

Todas aquellas prestaciones que sean presentadas en la facturación y que no estén convenidas serán rechazadas. Todas las prestaciones que estén en convenio pero que no estén autorizadas por la vía correspondiente serán debitadas en su totalidad.

CÓDIGOS DE AJUSTE

La auditoría actuará conforme alguna de las siguientes alternativas

- A- Documentación observada: se desglosa y devuelve para su refacturación
- B- Documentación rechazada: se ajusta con/sin devolución de acuerdo a situación.
- C- Documentación observada: se desglosa y retiene para su estudio

Los motivos de débitos a aplicar a la facturación serán los siguientes:

Código	Descripción
A01	Comprobantes de otra obra social
A02	Erróneo o sin consignar datos identificatorios del beneficiario
A03	Falta fecha de prescripción o realización
A04	Falta firma y/o sello, y/o matrícula del profesional
A05	Falta conformidad del beneficiario o familiar


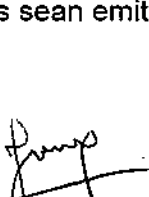


A06	Falta orden de la obra social.
A07	Prestaciones que carecen de autorización de la obra social
A08	Comprobantes de otro mes
C08	Ajuste Coseguro Básico IOMA
A09	Falta orden médica o prescripción del médico tratante
A10	Por más de una consulta y/o visita diaria o más de cuatro en el mes a un mismo beneficiario, debe enviarse Historia Clínica
A11	El beneficiario no pertenece a la obra social
A12	Falta Protocolo operatorio y /o Historia Clínica
A13	AD. Int.enero 2011
A14	Comprobantes que pertenecen a otro profesional
A15	No aclara actuación del profesional facturante
A16	Falta parte del comprobante
A17	Prestación excluida de convenio
A18	Falta fecha y/u hora de atención
A19	Debe aclarar si las prácticas fueron realizadas con aparatología Propia
A20	Falta informe de la práctica
C21	Error de códigos o valor de los mismos
A22	Superposición horaria.
C22	Estimulación buena prestación
A23	No corresponde efectuar consultas conjuntamente con las prácticas de radiología, fisiatría , ecografía etc.
C23	Dev.FF. Pago extra premios.
A24	Prácticas de enfermería no corresponde facturar
C24	Rec.aut.consulta Fol 2
A25	Falta de diagnóstico o motivo de atención
C26	Omitido de facturar
A27	Falta de copias de libro de facturación o resumen
C28	Falta orden correspondiente a gastos
A29	Enmienda no salvada
A30	Orden o bono vencido
A31	Debe facturar con orden en original
A32	Datos faltantes o ilegibles en el comprobante
C33	Liquidado de acuerdo con arancelés vigentes
C34	Error en porcentaje a cargo de la obra social
A35	Debatido por Auditoria Médica de la obra social (ver informe)
A36	Ajustado según detalle (ver planilla adjunta)
A37	No corresponde facturar con talón para el profesional
A38	Los gastos han sido o deben ser canalizados a través de la Inst. Sana.
A39-C39	No corresponde facturar gastos de acuerdo a normas de trabajo o nomenclatura
A40	Se debitan gastos por no estar el profesional autorizado a facturar con aparatología propia.
C41	Prestación ajustada de acuerdo a vía de abordaje
C42	Práctica incluida en consulta
A43	Prestación realizada a un mismo beneficiario en igual día y hora
A44	No corresponde facturar prestaciones que no sean de la especialidad del

	Profesional
C45	Exceso de prácticas que tienen fijado un límite en las normas y/o nomenclador Nacional
A46	Código no contemplado en el nomenclador nacional
C47	De acuerdo a Fecha/horario se ajusta recargo 20%
C48	Control de paciente con diag. previo o internado no corresp: recargo 20%
C49	No corresponde facturar doble recargo 20% (feriado/nocturno)
A50	Falta nro. De Bono Control u orden de internación
C51	Liquidado de acuerdo a la actuación del profesional
C52	Se liquida de acuerdo a las prestaciones mencionadas en la prescripción y/o en historia clínica.
A53	Prestación efectuada con anterioridad a la fecha de prescripción
A54	Se requiere aclaración de la especialidad del profesional
A55	Prestación realizada con posterioridad al alta sanit. o anterior. a la fecha de internación
A56	La obra social no admite credencial en trámite
C57	Código doblemente facturado
A58	Las prácticas de psiquiatría y fisiatría, deben ser firmadas por el benef. día por día
A59	Falta firma y sello, mat. del prof. que ordena la práctica
C60	Falta documentación
A61	Fuera de término
A62	Beneficiario cuyo EPO no corresponde al prestador facturado
A63	Caducidad de las órdenes que superan los 90 días entre emisión y Prestación
A64	Falta sello del establecimiento asistencial
C65	Código comprendido en otro
A66	No utiliza formulario específico
A67	Se refactura
X93	Bonificación Resolución Mesa Ejecutiva.
X94	Deb. Anestesia Liqu. Ant.
X95	Cr. DGI Liq. Ant.
X96	Cr. Jub.Liq. Ant.
X97	Cr.Ing. Brutos. Liq. Ant.
X98	Cr.FF.Liq. Ant.
X99	Ajuste por Tasa de Uso
A13	usado temporariamente para pago de arancel diferenciado por ajuste de p.p.
A54	Deb.AD liquidación anterior. Se debita por única vez el 50% de aranceles diferenc. Del 3.12 abonado por error en el pago del 2.7.2012

DE LA FACTURACIÓN:

1-Los aspectos formales que deban cumplirse al momento de la emisión de los Bonos (número de afiliado, apellido y nombres, EPO, etc.), no darán lugar a débitos cuando los bonos sean emitidos en una boca de expendio de la Entidad médica pagadora.



2- Los débitos realizados a la facturación deben hacerse en planilla de débitos o en su defecto en el mismo libro de facturación, en ambos casos detallando el profesional al que se le efectúa el débito, el motivo del mismo y número de remesa, remito, resumen de liquidación y/o factura a la que pertenecía la facturación original.

3- Las refacturaciones podrán presentarse hasta noventa (90) días corridos, contados a partir de la fecha de la efectiva devolución (sello de recepción de la Entidad Prestadora) de la documentación correspondiente.

4- Las prácticas que requieran autorización previa serán emitidas indistintamente por la EPO o la EPE correspondiente, salvo en aquellos acuerdos de partes entre las Entidades, las que deberán ser comunicadas fehacientemente al IOMA.

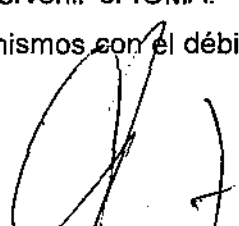
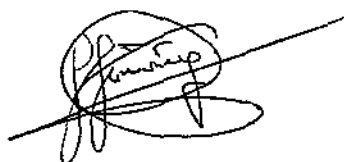
5- Las Entidades Médicas (incluidas en el convenio capitado) abonarán las prestaciones facturadas por el SAMO, de afiliados correspondientes a las mismas. El IOMA informará a cada Entidad los montos, pudiendo la Entidad verificar los mismos de la facturación presentada al IOMA por el SAMO.

6- La facturación se debe realizar con el correspondiente sustento administrativo, auditada por la EPO y luego debitado, de la cápita respectiva.

7- Los afiliados de Capital Federal, que reciban prestaciones en la Pcia. de Buenos Aires se facturarán al IOMA como Clearing.

8- Los afiliados de la Pcia. de Buenos Aires que reciban prestaciones en la Capital Federal, se facturarán a la EPO que corresponda a través del IOMA a valores de Convenio. Dicha facturación será presentada el día veinte (20) posterior al mes de prestación, para ser auditado por la Entidad de Origen. Dentro de los cuarenta (40) días posteriores deberán conciliarse ambas facturaciones y efectuar el pago.

9- El Clearing será operado entre las Entidades firmantes del Convenio. En caso de que surjan diferendos entre las Entidades respecto del Clearing, deberá intervenir el IOMA. El incumplimiento del pago de los clearing, habilita al IOMA a realizar los mismos con el débito correspondiente a la Entidad que no haya cumplido en tiempo y forma.



LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA

INFORMACIÓN EN SOPORTE MAGNÉTICO

Nombre de atributo	Descripción	Tipo	Observaciones
entidad_solicitante	Identificador de la entidad solicitante	Entero	Ej.: 1=FEMEBBA 2=La Plata 3=EL CENTRO...
entidad_autorizante	Identificador de la entidad autorizante	Entero	Idem entidad_solicitante
codigo_autorizacion	Código de autorización/número de bono (unívoco)	String(20)	Identificador unívoco de autorización por entidad
numero_afiliado	Número de afiliado	string(12)	
apellido_y_nombre_afiliado	Apellido y nombre	string(30)	
tipo_documento	Tipo de documento	Entero	1=DNI 2=LC 3=LE 4=Pasaporte ...
numero_documento	Número de documento	Entero	
partido	Partido	Entero	
sexo	Sexo	Entero	1=Masculino

			2=Femenino
fecha_nacimiento	Fecha de nacimiento	Fecha	DDMMAAAA
tipo_matricula_ef	Tipo de matrícula	String(1)	P=Provincial N=Nacional
matricula_efector	Matrícula	string(8)	
fecha_prestacion	Fecha y hora de prestación	Fecha y hora	DDMMAAAAHHMISS
fecha_solicitud_aut	Fecha y hora de solicitud	Fecha y hora	DDMMAAAAHHMISS
tipo_matricula_sol	Tipo de matrícula Solicitante	String(1)	P= Provincial N= Nacional
matricula_solicitante	matricula_solicitante	String(8)	
Especialidad	Especialidad	String(30)	
practica1	Código de práctica	String(6)	
cant1	Cantidad práctica 1	Entero	
porcentaje1	% del valor de práctica 1	Entero	100; 75; 50; 25
montoPca1	Monto práctica de acuerdo a porcentaje 1	Real	
practica2	Código de práctica	String(6)	
cant2	Cantidad práctica 2	Entero	
porcentaje2	% del valor de práctica 2	Entero	100; 75; 50; 25
montoPca2	Monto práctica de acuerdo a porcentaje 2	Real	
practica3	Código de práctica	String(6)	
cant3	Cantidad práctica 3	Entero	
porcentaje3	% del valor de práctica 3	Entero	100; 75; 50; 25
montoPca3	Monto práctica de acuerdo a porcentaje 3	Real	

7




practica4	Código de práctica	String(6)	
cant4	Cantidad práctica 4	Entero	
porcentaje4	% del valor de práctica 4	Entero	100; 75; 50; 25
montoPca4	Monto práctica de acuerdo a porcentaje 4	Real	
practica5	Código de práctica	String(6)	
cant5	Cantidad práctica 5	Entero	
porcentaje5	% del valor de práctica 5	Entero	100; 75; 50; 25
montoPca5	Monto práctica de acuerdo a porcentaje 5	Real	
practica6	Código de práctica	String(6)	
cant6	Cantidad práctica 6	Entero	
porcentaje6	% del valor de práctica 6	Entero	100; 75; 50; 25
montoPca6	Monto práctica de acuerdo a porcentaje 6	Real	
monto_total	Sumatoria de montos	Real	
modalidad	tipo de prestación	String(1)	A= Ambulatorio I=Internación
funcion	Indica que rol tiene en la práctica	Entero	1= Efector ppal 2= Ayudante
plan	Plan (SER/PMI/PSRI/etc.)	Carácter(1)	P=PMI S=SER R=PSRI ...
fuera_capita	Afiliado no empadronado	Lógico	
codigo_diagnostico	Diagnóstico	String(10)	CIE10
es_honorarios	Indica si es honorario o	Lógico	

[Handwritten signature]

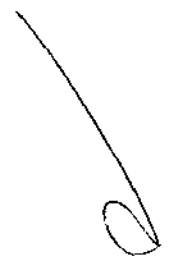
[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

	gastos		
codigo_establecimiento	Código de establecimiento	String(8)	
Emisor	Emisor	Entero	2=Clínica/Hospital 3=Entidad Primaria 0=Prestador Médico
entidad_primaria_emisora	Entidad Primaria Emisora	String(30)	

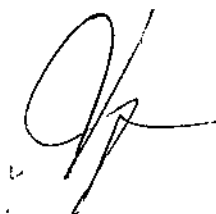



LIC. SERGIO B. CASSINOTTI
 Presidente
 IOMA



PLANILLA DE ADHESIÓN DE PROFESIONALES**Condiciones de adhesión**

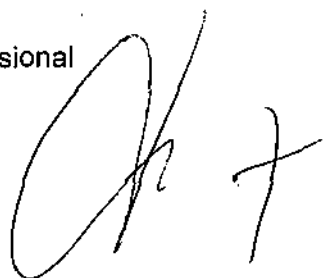

- 1.- Por la presente, adhiere en forma expresa a los términos del convenio vigente y sus modificatorias, suscripto entre la Entidad que lo representa y el IOMA.
- 2.- Asimismo, declara conocer y se obliga a aceptar y dar cumplimiento a:
 - a) Las previsiones contractuales vigentes y sus modificatorias;
 - b) Los programas y/o planes de atención;
 - c) Los protocolos respectivos;
 - d) Las normas de atención y procedimiento;
 - e) Las resoluciones emanadas del Directorio del IOMA y/o las que se dicten por órgano inferior en ejercicio de facultad delegada por el Alto Cuerpo Colegiado del IOMA;
 - f) La Ley del IOMA N° 6.982 (T.O. 1987) y su Decreto Reglamentario N° 7.881/84
 - g) En particular, además de las restantes obligaciones que derivan del convenio entre IOMA y la Entidad que lo representa, se declara tener conocimiento tanto de la prohibición de cobrar al afiliado cualquier arancel por fuera de los fijados por el convenio vigente, como del deber de exhibir en el consultorio las categorías y los valores que deberán abonar los afiliados en concepto de pago.
- 3.- Las normas legales, reglamentarias y/o contractuales que pudieren dictarse en el futuro, se considerarán oponibles al profesional luego de su publicación oficial y/o de su notificación fehaciente a la Entidad Intermedia que lo nuclea; asumiendo ésta última en forma exclusiva la carga de llevar a conocimiento del profesional la comunicación respectiva.
- 4.- Las modificaciones que pudieren sufrir en el futuro los instrumentos destacados en los apartados a) al e) del punto 2, serán oponibles al profesional, con el alcance establecido en el punto 3.



IMPORTANTE

La presente adhesión constituye una manifestación de voluntad del profesional suscriptor que integra las restantes cláusulas del convenio vigente entre el IOMA y la Entidad que lo nuclea, razón por la cual, la inobservancia parcial o total a las condiciones de adhesión expresadas en los puntos 1 a 4 del presente, configura causal de incumplimiento contractual que habilita al IOMA a rescindir parcialmente el vínculo respecto al profesional.

Firma y Sello del Profesional



LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA



DATOS PROFESIONALES

Apellido y Nombre:

Tipo y Nro. Documento: _____ C.U.I.T.: _____

Matricula Provincial: _____ Entidad Médica: _____

Domicilio Constituido: Calle _____ Número: _____

Torre: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Localidad: _____ Código Postal: _____

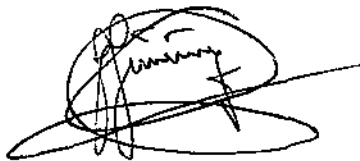
Correo Electrónico _____ Teléfono _____

Especialidad: _____ Expedido por _____

Categoría Profesional _____

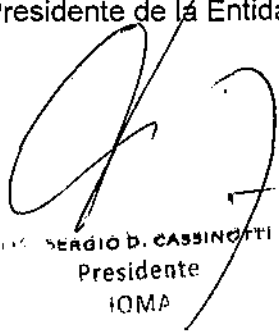
Firma y Sello

Profesional



Firma y Sello

Presidente de la Entidad


D. SERGIO B. CASSINOTTI
Presidente
IOMA

CONVENIO MULTILATERAL DE CLEARING**REGLAMENTO Y NORMAS DE PROCEDIMIENTO**

Las Entidades Médicas que mantienen convenio con el IOMA deberán respetar el presente reglamento y las normas de procedimientos establecidas para el Clearing de las atenciones brindadas a afiliados empadronados en jurisdicciones distintas a la de la Entidad Prestadora.

Se establece como metodología para la implementación del Clearing:

Se conforma la comisión mixta para la evaluación de los clearing con 3 (tres) representantes del IOMA, y 1 (uno) de cada entidad del primer nivel de atención médica que mantienen convenio con el IOMA.

Tendrá como función:

- Reunirse una vez por mes para establecer los movimientos de clearing de cada Entidad y que éstos sean registrados en un libro específico para tal fin.
- Verificar las auditorías realizadas por cada Entidad de las prestaciones brindadas a afiliados fuera de su jurisdicción.
- Comprobar el cumplimiento de los pagos de clearing de una Entidad a otra, completando el registro de los mismos.
- Establecer los montos que el IOMA deberá pagar en forma automática por el incumplimiento de los plazos de pago que haya incurrido una Entidad en perjuicio de otra, a la vez de aplicar los débitos correspondientes a la Entidad que no ejecutó los pagos en fecha y en forma.

El incumplimiento por parte de una Entidad del pago de los correspondientes clearing, habilitará al IOMA a debitarle las sumas que reclamen otras Entidades a su favor, relacionando los datos con los registros llevados en el IOMA, donde se detallan los montos de los clearing de cada una de las Entidades.

Las Entidades deberán respetar las normas y procedimientos que a continuación son detallados.



NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL CLEARING

a- Se entiende por "prestaciones clearing" a aquellas que se brindan a afiliados empadronados en jurisdicciones distintas a la de la Entidad Prestadora, en el ámbito geográfico de esta última. Es decir que si un afiliado es derivado para su atención fuera del ámbito geográfico del convenio y recibe una prestación que le brinda un profesional perteneciente a otra Entidad Médica en el ámbito de su Entidad Médica, el profesional actuante facturará la prestación brindada a la entidad de origen del afiliado, a través de la entidad médica a la que pertenece.

Se establece que la facturación debe efectuarse en el lugar donde se realiza la prestación, siempre y cuando el profesional tenga adhesión voluntaria por dicha entidad, quedando exceptuados los profesionales inscriptos en la especialidad Anatomía Patológica.

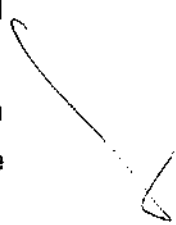
b- Todas las facturaciones de prestaciones "Clearing" del Convenio IOMA se realizarán en forma institucional, comprometiéndose las partes a respetar las pautas convenidas.

c- Las Prestaciones que las entidades podrán facturar son exclusivamente aquellas incluidas en el convenio capitado con el IOMA, siempre que las mismas se hallen incluidas con similar modalidad tanto en el convenio de la entidad prestadora como de la entidad a la que pertenece el beneficiario, las excepciones se analizarán en forma conjunta.

d- La Entidad médica que emita el bono de atención deberá percibir el correspondiente coseguro cuando así corresponda, facturando por lo tanto las prestaciones al titular de la cápita a los valores básicos del Convenio pertinente, deducido el coseguro cuando el bono haya sido emitido por la Entidad Primaria Facturadora, en aquellos casos que el bono haya sido emitido por una entidad distinta a la facturadora, se facturará el coseguro a la Entidad Emisora con copia del bono correspondiente.

Las prestaciones de profesionales autorizados a facturar Arancel Diferenciado y que se encuentran avaladas por los respectivos bonos, serán facturadas a los valores que establece el Convenio pertinente, para las respectivas categorías cuando el bono haya sido emitido por la Entidad pagadora, y a valores básicos del mismo convenio, deducido el coseguro, cuando la emisión corresponda a la Entidad facturadora.

Este punto deberá ser reevaluado dentro de los cambios previstos por el IOMA con respecto a la eliminación de la venta anticipada de bonos de consulta de las bocas de expendio.



e- La presentación de facturación de las prestaciones deberá realizarse a mes vencido el día 20 de cada mes o el día inmediato posterior hábil si fuera feriado, debiendo formalizarse el pago dentro de los cuarenta (40) días corridos contados a partir de esta fecha. Cuando por alguna razón el IOMA no hubiera abonado las cápitas correspondientes al mes de prestación facturado, el plazo de pago se extenderá hasta cinco (5) días hábiles después de abonadas la totalidad de las cápitas en cuestión.

f- Además de los libros de facturación que se presentan para su pago, y la documentación respaldatoria que corresponda, la información debe registrarse en un soporte magnético, conteniendo la información convenida de común acuerdo y con el aval del Instituto, a la vez de enviarle la correspondiente copia al IOMA. En el supuesto caso de débito se adjuntará la documentación respaldatoria en el mismo orden en que fue remitida.

Los datos requeridos así como el formato deberían fijarse de común acuerdo previamente a la firma del acta.

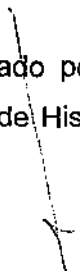
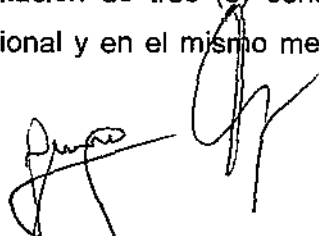
g- Todas las entidades médicas deberán contar con el padrón único de prestadores médicos inscriptos que han adherido a los convenios vigentes, para la atención de los beneficiarios del IOMA, en soporte magnético compatible con los sistemas instalados en cada una de las Entidades. En ese sentido, se establece que tanto para la autorización de prestaciones como al efecto del pago del Arancel Diferenciado, se tendrá en cuenta el padrón de la Entidad donde el profesional deberá facturar sus prestaciones.

Se establece que toda vez que se informe al IOMA las altas, bajas o modificaciones, se deberá remitir copia a las Instituciones.


Los datos requeridos así como el formato deberían fijarse de común acuerdo previamente a la firma del acta.

h- Los motivos de débitos a aplicar a la facturación serán los siguientes:

1. Falta de diagnóstico en el bono respectivo. El diagnóstico, sólo en el caso de prácticas, podrá suplirse acompañando adjunto la orden de prescripción del médico que solicita la misma indicando diagnóstico presuntivo.
2. Falta de firma de conformidad del afiliado en los bonos y/u órdenes.
3. Falta de firma y/o sello del profesional que factura.
4. Falta de la fecha y/u hora de la prestación.
5. Presentación de tres (3) consultas o más, realizadas a un mismo afiliado por el mismo profesional y en el mismo mes aniversario, que no acompañe resumen de Historia



Clínica y/o ficha clínica, donde se detalle fechas de consultas realizadas. Se exceptuarán las consultas obstétricas a partir de la 36° semana de gestación indicando la semana correspondiente.

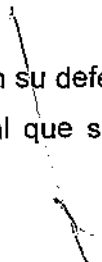
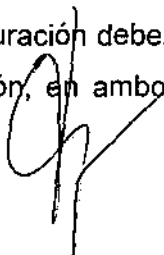
6. Superposición horaria de las prestaciones.
 7. El lapso entre una consulta y la siguiente no podrá ser inferior a veinte (20) minutos.
 8. Facturación de prestaciones a afiliados que no correspondan a la E.P.O. de la Institución que debe pagar el servicio al momento de la prestación.
 9. Enmiendas en los bonos que no hubieren sido salvados por el médico interviniente.
 10. Falta de identificación del afiliado en cuanto a su apellido, nombre y/o número de beneficiario.
 11. Falta de orden de prescripción médica con el correspondiente diagnóstico en prácticas ambulatorias.
 12. Falta de documentación avalatoria.
 13. Falta sello del establecimiento en prestaciones brindadas a pacientes internados y planillas consultas de guardia.
 14. Falta informe (excepto EEG-PAP-COLPO-RX COMUNES- ECG-ERGOMETRIA-TESTIFICACION TOTAL)
 15. Los códigos de alta complejidad liviana, deberán ser autorizados por la Entidad Primaria de Origen (EPO).
 16. Dos prestaciones iguales a un mismo paciente en un mismo día. En caso de resultar necesario se deberá justificar con informe médico.
 17. Es causa de débito la facturación que supere los 90 (noventa) días corridos del momento de realizada la autorización ambulatoria o en internación
 18. En el caso de pacientes psiquiátricos, cuando superen las 2 (dos) consultas al mismo beneficiario en el mismo mes.
 19. Bono vencido y/o prescripción vencida en ambulatorio (válido 30 días).
 20. Falta de impresión plantar del recién nacido en el protocolo del Neonatólogo.
 21. Falta de protocolo quirúrgico (ambulatorias y/o internación). Los mismos deberán estar completos (Fecha, hora, datos del afiliado, sello y firma del cirujano y sello de la Clínica o Sanatorio)
- 

22. Se facturará y se liquidará la consulta del día del alta médica, siempre que esté justificado por escrito la evaluación diaria de ese mismo día, previa a la indicación de alta. Es motivo de débito si sólo figura como evaluación la palabra "alta" o "alta médica".
23. Gastos: se debitarán por falta del talón correspondiente.
24. Las prácticas ambulatorias deberán ser facturadas en la categoría correspondiente al profesional. Se exceptúa Radiología, Ecografías y Hemoterapia, que deberán facturarse siempre en categoría A.
25. Los honorarios de Cirujano y Ayudante realizados en internación deberán ser facturados siempre en la categoría correspondiente a dicho profesional, exceptuando las cirugías de alta complejidad.
26. Las prácticas médicas realizadas en internación se facturarán en categoría "A", con excepción de las cirugías mencionadas en el punto anterior.
27. Diferencia de valor.
28. Diferencia de porcentaje.
29. Facturado cirujano corresponde ayudante (se adjunta copia de documentación avalatoria).
30. Facturado ayudante corresponde a cirujano (Devolución de documentación original para su posterior refacturación).
31. Falta de autorización Web.
32. Gastos: no corresponde facturar en internación.
33. Facturación correspondiente a otro profesional.
34. Facturar las internaciones con Historia Clínica.
35. Retenido por Auditoría Médica.
36. Autorización fuera de término en internación, la emisión del bono no debe superar los 30 días de la fecha de alta.

i- No se podrán argumentar otros motivos de ajustes que los enunciados precedentemente, salvo expreso acuerdo de partes.

Los aspectos formales que deban cumplirse al momento de la emisión de los Bonos (n° de afiliado, apellido y nombres, EPO, etc.), no darán lugar a débitos cuando los bonos sean emitidos en una boca de expendio de la Entidad médica pagadora.

Los débitos realizados a la facturación deben hacerse en planilla de débitos o en su defecto en el mismo libro de facturación, en ambos casos detallando el profesional al que se le



efectúa el débito, el motivo del mismo y número de remesa, remito, resumen de liquidación y/o factura a la que pertenecía la facturación original.

Las refacturaciones podrán presentarse hasta noventa (90) días corridos, contados a partir de la fecha de la efectiva devolución (sello de recepción de la Entidad Prestadora) de la documentación correspondiente.

j- Las prácticas que requieran autorización previa serán emitidas indistintamente por la EPO o la EPE correspondiente, salvo en aquellos acuerdos de partes entre las Entidades, las que deberán ser comunicadas fehacientemente al IOMA.

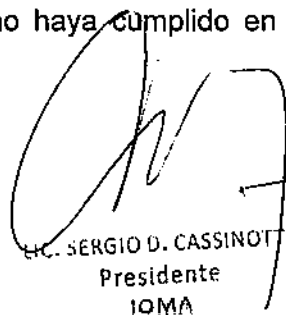
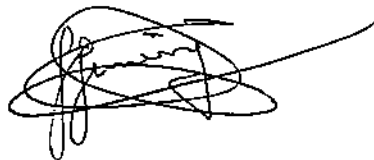
k- Las Entidades Médicas (incluidas en el convenio capitado) abonarán las prestaciones facturadas por el SAMO, de afiliados correspondientes a las mismas. El IOMA informará a cada Entidad los montos, pudiendo la Entidad verificar los mismos de la facturación presentada al IOMA por el SAMO.

l- La facturación se debe realizar con el correspondiente sustento administrativo, auditada por la EPO y luego debitado, de la cápita respectiva.

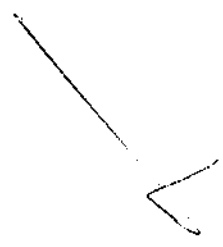
m- Los afiliados de Capital Federal, que reciban prestaciones en la Pcia. de Buenos Aires se facturarán a IOMA como Clearing.

n- Los Afiliados de la Pcia. de Buenos Aires que reciban prestaciones en Capital Federal, se facturarán a la EPO que corresponda a través de IOMA a valores de Convenio. Dicha facturación será presentada el día veinte (20) posterior al del mes de prestación, para ser auditado por la Entidad de Origen, dentro de los cuarenta (40) días posteriores deberán conciliarse ambas facturaciones y efectuar el pago.

o- El Clearing será operado entre las Entidades firmantes del Convenio. En caso de que surjan diferendos entre las Entidades respecto del Clearing, deberá intervenir el IOMA; como también el incumplimiento del pago de los clearing, habilita al IOMA a realizar los mismos con el débito correspondiente a la Entidad que no haya cumplido en tiempo y forma.




H.C. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA



PADRÓN DE PRESTADORES MÉDICOS

Conforme lo establecido en la cláusula primera, se adjunta en formato digital el padrón de prestadores médicos anterior al reempadronamiento,


LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA

COMISIÓN MIXTA

La Comisión Mixta constituida en la cláusula novena tendrá por objeto:

1) Evaluar en forma concurrente la dinámica de los acuerdos, compromisos, derechos y obligaciones emanados del convenio de prestaciones médicas suscripto entre el IOMA y EL CENTRO.

2) Proponer a las autoridades de aplicación según el caso, las modificaciones y/o actualizaciones, como cualquier otra medida que considere adecuada para la mejora de la prestación de servicios a los beneficiarios del Instituto, con particular atención a lo referido a la accesibilidad y calidad en la atención de la salud. En particular podrá proponer la modificación de los porcentajes previstos en la cláusula décimo cuarta respecto de las categorías profesionales siempre que existan razones fundadas y debidamente acreditadas.

3) Evaluar las propuestas de inclusión y exclusión de prácticas y procedimientos médicos y/o quirúrgicos y elevar con opinión fundada de carácter no vinculante, al nivel de autoridad que corresponda según el orden funcional del IOMA, para su consideración y eventual resolución.

4) Evaluar las modificaciones en más o en menos que correspondieran a las distintas modalidades de vinculación económica entre el IOMA y EL CENTRO, y elevar con opinión fundada de carácter no vinculante, al nivel de autoridad que corresponda según el orden funcional del IOMA, para su consideración y eventual resolución.

5) Establecer estándares de calidad en gestión de servicios de salud para considerar su próxima inclusión en los convenios de prestaciones de salud.

Funcionamiento



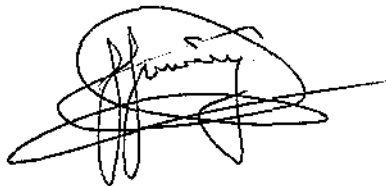

1) La Comisión Mixta se reunirá a solicitud de cualquiera de las partes en cualquier momento, con notificación fehaciente a sus miembros con no menos de 48 hs de anticipación.

En casos de excepción, y a solicitud del Presidente del IOMA, podrá convocarse con carácter de urgencia sin la anticipación antedicha aunque garantizando el debido aviso a sus integrantes.

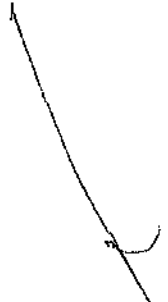
2) En cualquier caso, sesionará con los miembros presentes a la hora prevista en el momento de la convocatoria.

3) Todo lo tratado en el seno de la Comisión Mixta, sus recomendaciones, proyectos de resolución, etc. tendrán un carácter estrictamente enunciativo, a considerar por la autoridad pertinente.

4) Por cada sesión se labrará un acta que será rubricada por un representante de cada parte, archivada en libro de rigor y cuya copia deberá ser remitida a las autoridades de ambas instituciones.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'S' and 'D' followed by a vertical line and a small flourish.

LIC. SERGIO D. CASSINOTTI
Presidente
IOMA

A handwritten signature in black ink, consisting of a single, long, slightly curved vertical stroke.