



## GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

2019 - Año del centenario del nacimiento de Eva María Duarte de Perón

### Resolución

**Número:**

**Referencia:** EX-2018-23326511-GDEBA-DGIIOMA Sanatorio Güemes de CABA

---

**VISTO** el expediente EX-2018-23326511- -GDEBA-DGIIOMA, referido a la propuesta de incremento de los valores de las prestaciones de II Nivel brindadas por el Sanatorio Güemes de la CABA, la Ley N° 6982 (T.O. 1987), la RESOL-1047-GDEBA-IOMA y la Resolución N° 3696/17, y

### CONSIDERANDO:

Que por las presentes actuaciones la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médica de Establecimientos Asistenciales gestiona la propuesta de incremento de valores, en forma lineal y retroactiva de las prestaciones brindadas por el Sanatorio Güemes de CABA, en el orden del 8%, a partir del mes de Septiembre de 2018, manteniendo plena conformidad con el convenio marco y ratificando la vigencia de continuidad del mismo;

Que a tales fines, la Dirección referida adjunta en el orden 4 el Anexo correspondiente a la tabla de valores con el incremento propuesto (IF-2018-24007335-GDEBA-DAYFMEAIOMA) y en el orden 5 la tabla de valores actualmente vigente, aprobada por RESOL-2018-1047-GDEBA-IOMA (orden 6);

Que en el orden 9, la Dirección General de Prestaciones toma el debido conocimiento y cumple en aclarar que el porcentaje sugerido a otorgar a partir del 1° de septiembre de 2018 sería el restante para completar el 15% en virtud del incremento del 7% otorgado para el mes de mayo de 2018, aprobado por RESOL-2018-1047-GDEBA-IOMA;

Que la precitada Dirección remite las actuaciones a la Dirección General de Administración, a los efectos de proceder a realizar la imputación correspondiente, considerando que el consumo promedio mensual para dicho prestador es de pesos trece millones quinientos mil novecientos diecinueve con sesenta y tres centavos (\$13.500.919,63);

Que en el orden 11 obra el cálculo del gasto que insumirá el aumento propuesto, y se solicita se efectúe la imputación preventiva del mismo por la suma de pesos cuatro millones trescientos

veinte mil doscientos noventa y cuatro con veintiocho centavos (\$ 4.320.294,28);

Que la Dirección de Relaciones Jurídicas interviene en el orden 19, y solicita que se remitan los presentes a los Organismos de Asesoramiento y Control Provinciales a los fines de asumir la intervención de su competencia.;

Que en el orden 24 interviene la Asesoría General de Gobierno informando que no tiene -desde el punto de vista de su competencia- observaciones que formular, por lo que puede el Directorio, de estimarlo oportuno y conveniente, aprobar el incremento en trámite;

Que en el orden 34, en informe conjunto, la Dirección de Compras y Contrataciones Públicas y la Dirección General de Contrataciones, ambas de la Contaduría General de la Provincia, se sugiere se adune el convenio suscripto con la nombrada, como así también se agreguen valores de referencia comparables con los valores en cuestión y/o documentación que avale la determinación del porcentaje de incremento solicitado, ello a los fines de evaluar la razonabilidad del mismo;

Que en respuesta a ello, la Dirección General de Administración informa en el orden 37 que se “ha contemplado diferentes variables que han impactado en los costos prestacionales, para poder determinar el porcentaje de aumento con sus prestadores”, a saber: paritaria del Sindicato de Trabajadores de la Sanidad la cual pactó un incremento anual del 45%; el aumento acumulado anual del 40.8% que las empresas de medicina prepaga han aplicado en las cuotas de sus afiliados, entendiendo que el mismo responde a un aumento en los costos de las prestaciones; suba del dólar; depreciación del peso frente al dólar;

Que en nueva intervención la Dirección de Compras y Contrataciones Públicas y la Dirección General de Contrataciones de la Contaduría General de la Provincia informa que “se ha procedido a corroborar el incremento propuesto considerando los valores vigentes a Septiembre 2017 a los cuales se les adicionó el porcentaje de marras, arribando a los valores allí señalados” y que “en otro orden, se ha consultado la Página Web [www.indec.gob.ar](http://www.indec.gob.ar), IPC, Nivel Salud, observando que el incremento propuesto se encuentra dentro de las variaciones del sector”. Por lo expuesto precedentemente, manifiesta que no encuentra observaciones que formular en materia de su competencia;

Que la Contaduría General de la Provincia en el orden 46 informa que puede continuarse con el trámite propiciado en autos;

Que en el orden 53 interviene la Fiscalía de Estado, informando que no tiene, desde el punto de vista de la materia de su competencia, observaciones que formular al incremento propiciado;

Que la Dirección de Relaciones Jurídicas en su intervención en el orden 65, no tiene observaciones desde el punto de vista de su competencia;

Que obra imputación presupuestaria correspondiente al año en curso (orden 70);

Que el Departamento Coordinación del Directorio deja constancia que el Directorio en su reunión de fecha 21 de febrero de 2019, en las actuaciones referidas al incremento de valores de las prestaciones brindadas por el Sanatorio Güemes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según consta en Acta N° 06, **RESOLVIÓ** por mayoría: aprobar un incremento de valores de las prestaciones brindadas por el Sanatorio Güemes de CABA, en el porcentaje restante para arribar al 15%, en forma lineal y retroactiva, sobre los valores aprobados por RESOL-1047-GDEBA-IOMA, a partir del 1° de Septiembre de 2018, de conformidad con el IF-2018-24007335-GDEBA-DAYFMEAIOMA que como Anexo Único formará parte del acto administrativo a dictarse;

Que el Directorio resolvió la presente medida en uso de las facultades conferidas en la Ley N° 6982 (T.O. 1987);

Que el presente acto administrativo se suscribe conforme a lo establecido en la Resolución del Directorio N° 3696/17.

Por ello,

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

**ARTICULO 1º.** Aprobar un incremento de valores de las prestaciones brindadas por el Sanatorio Güemes de CABA, en el porcentaje restante para arribar al 15%, en forma lineal y retroactiva, sobre los valores aprobados por RESOL-1047-GDEBA-IOMA, a partir del 1º de Septiembre de 2018, de conformidad con el IF-2018-24007335-GDEBA-DAYFMEAIOMA que como Anexo único forma parte de la presente Resolución.

**ARTICULO 2º.** El gasto demandado será atendido con la siguiente imputación presupuestaria: Ju 12, Ja 0, Ent 200, Pr 1, Sp 1, Py 0, Ac 1, Ob 0, In, 3 Ppr 4, Ppa 8, Spa 0, Fuente de Financiamiento 12, Presupuesto General Ejercicio 2019 Ley N° 15.078.

**ARTICULO 3º.** Registrar. Notificar al Sanatorio Güemes de la CABA. Comunicar a la Asesoría General de Gobierno, a la Contaduría General de la Provincia, a la Dirección General de Prestaciones y a la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico de Establecimientos Asistenciales. Notificar a la Fiscalía de Estado. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

# CONVENIO IOMA - Sanatorio Güemes

## LISTADO VALORIZADO DEL II NIVEL

### *MODULOS CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS*

#### *NEONATOLOGIA*

#### *ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS Y DRENAJES GUIADOS*

## ADADO DE MODULOS CLÍNICOS Y ADICIONALES CON RESTRICCIONES Y CONDICIONES PARA SU ADJUDICACIÓN

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
<b>MODULOS ESPECIALES</b>						
Dia Clínico Habitación Compartida	<p>Para otorgar en los cuadros que <b>excedan el marco del módulo</b> con autorización del MEDICO AUDITOR EN TERRENO (MAT)</p> <p><b>INCLUSIONES:</b> Gastos y Derechos de Pensión en Habitación compartida. Interconsultas Exámenes complementarios de baja y media complejidad.</p> <p>Traqueotomía. Canalización venosa. Colocación de Swan Ganz. Oximetría. Oxicapnometría. Hemoterapia: Transfusión de sangre entera. Monitoreo Intraoperatorio. Punciones simples. Kinesioterapia. Nebulizaciones. Control de Tensión arterial Media (Invasiva o no). Holter 24 hs. Electrocardiograma. Radiología con y sin contraste, nomenciada. TAC. Ecocardiograma modo M. Ecocardiograma Bidimensional. Bomba de Infusión Continua. Intervenciones quirúrgicas Menores en UTI. Colocación de Marcapasos Transitorios. Anatomía Patológica Nomenciada.</p> <p>Ecografías Nomenciada</p> <p>Medicamentos: Están incluidos todos los medicamentos excepto los que expresamente se excluyen según normativa vigente.</p> <p><b>MATERIAL DESCARTABLE:</b> Están incluidos todos los materiales descartables excepto los que expresamente se excluyen en los diferentes módulos.</p> <p>Laboratorio: Están incluidos todos los Códigos del Nomenclador y Aranceles de Análisis Clínicos entre los códigos 000 y 999</p> <p><b>EXCLUSIONES:</b> Eco doppler. Hemodiálisis. Prótesis, Ortesis, Implantes de colocación permanente. Drogas y materiales radioactivos. Prácticas y/o Procedimientos de Hemodinamia. Asistencia Respiratoria Mecánica. Radioterapia. TAC/Ecografía intervencionista. Electrofisiología. Radioinmunoensayo. Quemaduras de Alta Complejidad. Resonancia Magnética. Medicina Nuclear. Honorarios Anestesiista. Anatomía Patológica No Nomenciada-Marcadores tumorales e inmunológicos. Reopro. Técnicas Láser y/o radiofrecuencia. Técnicas Laparoscópicas. Transfusión de Hemoderivados (según normativas vigentes). Rotablator. Salud Mental. Aféresis. Mallas. VAC.</p>		Por día	<b>\$ 6.944,46</b>	<b>\$ 7.430,58</b>	<b>\$ 7.986,13</b>
Dia UTI con soporte de Funciones Vitales	<p>Para pacientes de cualquier edad que se encuentra en estado crítico con fallas multiorgánicas o multisistémicas con posibilidad de recuperación total o parcial, que necesitan para su supervivencia de servicios integrales de atención médica y de enfermería en forma permanente y constante. Además de equipos e instrumental que aseguren el adecuado control del tratamiento del paciente.</p> <p><b>OTORGABLE A PACIENTES QUE ESTÉN EN ARM INVASIVA COMO UNICO CRITERIO O EN SU DEFECTO QUE CUMPLAN CON 4 (CUATRO) DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS:</b> 1- Drogas vasopresoras 2- Reintervenciones quirúrgicas (Criterio válido por 4 días a partir de la fecha de la cirugía) 3- Hemodiálisis en agudo 4- Alimentación parenteral 5- Alimentación enteral 6- ATB incluidos en módulos pero de alto valor y a dosis plenas 7- Necesidad de reiterados estudios de alta complejidad 8- Monitoreo hemodinámico 9- Punción percutánea diagnóstica/terapéutica guiadas por ECO/TAC 10- ARM no invasiva o CPAP.</p>		Por día	<b>\$ 18.740,33</b>	<b>\$ 20.052,16</b>	<b>\$ 21.551,38</b>
Dia cama UTI/UCO	<p>Para pacientes con criterios de Internación en Unidad Coronaria o Cuidados Intensivos, que con inestabilidad hemodinámica, que requieran, para su <b>tratamiento de drogas vasopresoras COMO UNICO CRITERIO.</b> O EN SU DEFECTO QUE CUMPLAN CON 2 (DOS) O MAS DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS: 1- Reintervenciones quirúrgicas (Criterio válido por 4 días) 2- Hemodiálisis en agudo 3- Alimentación parenteral 4- Alimentación enteral 5- ATB incluidos en módulos pero de alto valor y a dosis plenas 6- Necesidad de reiterados estudios de alta complejidad 7- Monitoreo hemodinámico 8- Punción percutánea diagnóstica/terapéutica guiadas por ECO/TAC 9 - ARM no invasiva o CPAP</p>		Por día	<b>\$ 16.111,16</b>	<b>\$ 17.238,94</b>	<b>\$ 18.527,83</b>
ESPRO	ESPERA DE PROTESIS	<p>Para la cobertura de la espera de prótesis solicitada de acuerdo a normativas, desde la recepción por parte del IOMA de la autorización del material con toda la documentación respaldatoria y hasta el día de su autorización (NO se debe otorgar si la demora es provocada por responsabilidad del prestador)</p>	Por día	<b>\$ 3.655,93</b>	<b>\$ 3.911,84</b>	<b>\$ 4.204,32</b>

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
<b>CARDIO VASCULAR (CV)</b>						
CV1	UNIDAD DE DOLOR TORACICO	Para la evaluación inicial del dolor precordial de probable origen isquémico. Si se diagnostican IAM o angina de pecho inestable y el paciente continúa internado en el mismo prestador debe anularse este módulo y otorgarse el correspondiente; si el paciente es dado de alta en las primeras 24hs. o derivado continúa su vigencia.	1	\$ 6.536,02	\$ 6.993,54	\$ 7.516,42
CV2	IAM	Para los pacientes internados en UC con demostración de IAM por dos de los siguientes: clínica, ECG y enzimas. Deben realizarse estudios pre-alta para estratificación de riesgo, los cuales deben constar en la H.C.	5	\$ 51.005,71	\$ 54.576,11	\$ 58.656,56
CV3	IAM COMPLICADO	Sólo con verificación del MAT, en los casos de: a)Fallo del ventrículo izquierdo que requiera monitoreo hemodinámico y apoyo inotrópico.b)Taquicardia ventricular sostenida y recurrente que impida el alta de la unidad coronaria.c)Bloqueo aurículo ventricular completo con colocación de marcapaso transitorio.d)Complicaciones médicas (neumonía, EPOC reagudizado, insuficiencia renal aguda, tromboembolismo, etc.).	8	\$ 94.787,78	\$ 101.422,92	\$ 109.005,95
CV4	INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA	Para ser otorgado en los casos de fallo ventricular que, por su severidad (clase funcional III-IV), y/o por el estado clínico, y/o por la patología asociada, deban ser internados. E.A.P.	3	\$ 13.734,76	\$ 14.696,20	\$ 15.794,98
CV4A	INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA	A partir del 5° día. Sólo con verificación del MAT Para ser otorgado a pacientes que continúen internados con signos de I.C.	3	\$ 9.086,14	\$ 9.722,17	\$ 10.449,06
CV5	INSUFICIENCIA CARDIACA GRAVE EN UTI	Para los casos de fallo agudo y grave del VI con las consiguientes insuficiencia respiratoria y/o fallo anterógrado, en tratamiento ev. con inotrópicos o vasodilatadores (monitoreo hemodinámico) Sólo con verificación del MAT	5	\$ 47.289,03	\$ 50.599,26	\$ 54.382,38
CV6	ANGINA DE PECHO	Para los cuadros de angina de pecho actual que no llegan a cumplir las normas del módulo de angina inestable pero que, por su severidad, la localización ECG de las alteraciones, la presencia de patologías acompañantes graves o el mal estado clínico, requieren internación para su tratamiento.	2	\$ 13.658,37	\$ 14.614,46	\$ 15.707,13
CV7	ANGINA INESTABLE CON CAPACIDAD F III-IV O DOLOR DE REPOSO	Sólo con verificación del diagnóstico por MAT. Para otorgar a los pacientes internados en UC, con angina de pecho III-IV o dolor en reposo, que requieran terapéutica intensiva y/o estudios angiográficos o isotópicos de urgencia ( <b>no incluidos en este modulo</b> ) con el fin de determinar la necesidad de revascularización.	5	\$ 31.384,81	\$ 33.581,75	\$ 36.092,54
CV8	ARRITMIA CARDÍACA AGUDA	Para otorgar a los pacientes con arritmia supraventricular aguda que, por su alta respuesta ventricular, requieran internación y monitoreo.	1	\$ 13.734,76	\$ 14.696,20	\$ 15.794,98
CV9	ARRITMIA CARDIACA GRAVE	Pacientes con arritmias ventriculares o supraventriculares refractarias que requieren cardioversión eléctrica o que presentan inestabilidad hemodinámica y/o eléctrica a pesar del tratamiento adecuado.	4	\$ 25.554,24	\$ 27.343,04	\$ 29.387,38
CV10	EMERGENCIA HIPERTENSIVA	Sólo con verificación de la patología por MAT. Para HA cursando con encefalopatía hipertensiva, exceso de catecolaminas o disección aórtica ya que el resto de las situaciones se contemplan en los módulos respectivos (insuficiencia cardíaca aguda, angina de pecho inestable, IAM, ACV, cirugía coronaria, toxemia).	4	\$ 21.483,40	\$ 22.987,23	\$ 24.705,91
CV11	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)	Para la trombosis venosa profunda aguda demostrada objetivamente (doppler, pletismografía, venografía, etc.) que, por su riesgo de TEP, requiera internación para el tratamiento (usualmente anticoagulación).	3	\$ 13.715,32	\$ 14.675,39	\$ 15.772,62
CV11A	ADICIONAL TVP	Sólo con autorización del MAT, luego del 5° día, y ante TVP ileofemoral demostrada.		\$ 10.720,86	\$ 11.471,33	\$ 12.328,99
CV12	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)	Sólo con verificación de la patología por MAT con elementos objetivos (centellograma o angiografía, TAC helicoidal o de alta resolución) y tratamiento compatible con TEP (anticoagulación, trombolisis o interrupción de la cava).	6	\$ 41.205,68	\$ 44.090,07	\$ 47.386,53
CV12A	ADICIONAL TEP	Sólo con autorización del MAT, luego del 8° día, y ante a)embolismo recurrente a pesar de una adecuada anticoagulación b)ventilación asistida c)shock persistente		\$ 15.543,10	\$ 16.631,12	\$ 17.874,57
CV13	ANGOR INESTABLE ASOCIADO A ANGIOPLASTIA	Paciente con angor inestable asociado a angioplastia. Sólo con verificación de la patología por MAT con elementos objetivos.	2	\$ 17.544,50	\$ 18.772,61	\$ 20.176,17
CV14	BLOQUEO AV DE ALTO GRADO.	Bloqueo AV con apoyo cronotrópico o marcapasos transitorio hasta la colocación de marcapasos definitivo.	2	\$ 11.741,70	\$ 12.563,62	\$ 13.502,96

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
<b>NEUROLOGÍA (SN)</b>						
SN1	A.I.T.	Debe adjudicarse a los pacientes con TAC que presentaron, al ingreso, signos de foco que desaparecieron o en los que persiste un mínimo grado de paresia. Quienes tuvieron signos de foco hace más de 24 hs. y se recuperaron no están comprendidos en este módulo. Se requiere eco doppler de vasos de cuello y ecocardiograma.	2	\$ 14.323,65	\$ 15.326,31	\$ 16.472,20
SN2	ATENCIÓN INICIAL ACVA	Para ser otorgado al establecimiento que recibe al paciente con ACV agudo y lo deriva a un Centro de mayor complejidad.	1	\$ 7.059,74	\$ 7.553,93	\$ 8.118,70
SN3	ACVA 1	Para ser otorgado a los pacientes con ACV agudo, vigiles y con déficit estable. Confirmación por TC o RMN	4	\$ 24.182,02	\$ 25.874,76	\$ 27.809,32
SN3A	ADICIONAL ACVA 1	A partir del 5° día, para los pacientes que prolonguen su internación por causas directamente relacionados a co - morbilidades como: diabetes, infección urinaria, IRC, arteriopatía periférica, EPOC severo, cardiopatía isquémica. Con verificación del MAT		\$ 13.125,04	\$ 14.043,79	\$ 15.093,79
SN4	ACVA 2	Para los pacientes en UTI, en coma por ACV agudo instalado, con TAC de la internación compatible y sin las características de adjudicación del módulo ACV1.	7	\$ 54.857,11	\$ 58.697,10	\$ 63.085,67
SN4A	ADICIONAL ACVA 2	Sólo con autorización del MAT, luego del 8° día, en los casos de coma prolongado que requiera ARM o apoyo hemodinámico a raíz de complicaciones (sepsis, T.E.P., isquemia miocárdica, etc.)	Por día	\$ 5.736,13	\$ 6.137,66	\$ 6.596,55
SN4B	ADICIONAL ACVA 2	Sólo con autorización del MAT, luego del 8° día, en los casos de deterioro de conciencia persistente que requiera manejo activo de la vía aérea y/o alimentación enteral artificial por trastornos deglutorios y/o tratamiento activo de infecciones intercurrentes	Por día	\$ 4.566,68	\$ 4.886,35	\$ 5.251,68
SN5	Adicional por Trombolisis en ACV	(Para instituciones sin UAC) Pacientes Internados en UTI que cumplan con los criterios y donde se realizó Trombolisis dentro de las tres horas de evolución. Para su facturación deberá acreditarse estudios complementarios y protocolo del procedimiento		\$ 4.555,57	\$ 4.874,46	\$ 5.238,90
SN6	ESTADO DE MAL EPILÉPTICO	Sólo con verificación de la patología por MAT. Para ser otorgado a los pacientes con crisis convulsivas iterativas que posean tal severidad y/o frecuencia que requieran internación en UTI para tratamiento anticonvulsivante endovenoso o ARM.	3	\$ 18.290,33	\$ 19.570,65	\$ 21.033,88
SN7	TCE MODERADO	Para los pacientes que ingresan para observación por lo menos 48 hs. con Glasgow entre 9 y 13, con TAC	2	\$ 7.569,47	\$ 8.099,33	\$ 8.704,89
SN8	TCE GRAVE	Sólo con autorización del MAT, para los pacientes que luego de la reanimación inicial respiratoria y hemodinámica se encuentren con Glasgow ≤ 8. Glasgow 9-13 y TAC con desplazamiento de línea media, colapso de cisternas o contusiones del polo temporal. Descenso de Glasgow a 8 en la evolución posterior. Requiere monitoreo de PIC para su adjudicación. Este paciente pasará a FM cuando no requiera tto. activo del edema cerebral, con verificación del MAT.	Por día	\$ 13.069,48	\$ 13.984,35	\$ 15.029,91
SN8A	Adicional Sensor de PIC	Para la colocación de sonda de medición de PIC y monitoreo en unidad cerrada.		\$ 31.422,31	\$ 33.621,88	\$ 36.135,66
SN10	ACV con Atención en UAC	ACV CON CRITERIO DE FIBRINOLISIS ENDOVENOSA: Para los ACV Isquémico con menos de tres horas de evolución, que cumpla los criterios y se les realice fibrinólisis intravenosa. INCLUSIONES: Gastos y derechos de internación en UTI. Honorarios médicos del procedimiento TAC de Cerebro con y sin contraste, al ingreso y de confirmación evolutiva. RMN, de ser necesario. Doppler Carotídeo y Transcraneado. Ecocardiograma transtorácico y/o transesofágico. ECG. Laboratorio Radiología Kinesioterapia (como mínimo 40 minutos por paciente tres veces por día). Medicación y material descartable Traslados del paciente en el caso de requerir estudios o procedimientos de alta complejidad referidos a la patología Heparina Sódica Activador Tisular del Plasminógeno	4	\$ 58.808,51	\$ 62.925,10	\$ 67.629,78

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
SN11	ACV con Atención en UAC	ACV CON CRITERIO DE FIBRINOLISIS INTRAARTERIAL: Para los ACV Isquémico con menos de tres horas de evolución, que cumpla los criterios y se les realice fibrinólisis intraarterial. INCLUSIONES Gastos y derechos de internación en UTI Honorarios médicos del procedimiento TAC de Cerebro con y sin contraste, al ingreso y de confirmación evolutiva. RMN, de ser necesario. Doppler Carotideo y Transcraneado. Ecocardiograma transtoracico y/o transesofagico. ECG. Laboratorio Radiología Kinesioterapia (como mínimo 40 minutos por paciente tres veces por día). Medicación y material descartable Traslados del paciente en el caso de requerir estudios o procedimientos de alta complejidad referidos a la patología Heparina Sódica Activador Tisular del Plasminógeno	7	\$ 111.226,72	\$ 119.012,59	\$ 127.910,72
SN12	PRORROGA DE INTERNACION POST FIBRINOLISIS ENDOVENOSA O INTRARTERIAL	Cumplidos los días de consumo mínimo con confirmación de MAT INCLUSIONES: Gastos y derechos de internación en UTI.TAC de Cerebro con y sin contraste de confirmación evolutiva. RMN.Doppler Carotideo y Transcraneado.Ecocardiograma transtoracico y/o transesofagico.ECG. Laboratorio Radiología Kinesioterapia (como mínimo 40 minutos por paciente tres veces por día). Medicación y material descartable Traslados del paciente en el caso de requerir estudios o procedimientos de alta complejidad referidos a la patología	Por día	\$ 4.537,51	\$ 4.855,14	\$ 5.218,14
<b>SISTEMA RESPIRATORIO (SR)</b>						
SR1	NEUMONÍA	Para otorgar a los pacientes con fiebre, infiltrado pulmonar y criterios de internación (compromiso bilateral, derrame pleural, EPOC, diabetes, insuficiencias cardíaca y renal, desnutrición, inmunocomprometidos, ancianos). Deben haberse realizado investigaciones bacteriológicas (esputo y/o hemocultivos y/o líquido pleural) y un esquema de tratamiento empírico reconocido o dirigido por los hallazgos bacteriológicos. Excluye explícitamente a la bronquitis aguda y a las neumonías extrahospitalarias por gérmenes habituales en huéspedes jóvenes inmunocompetentes tratables por vía oral.	4	\$ 23.483,40	\$ 25.127,24	\$ 27.005,91
SR1A	ADICIONAL NEUMONÍA	Sólo con autorización del MAT, a partir del del 5to día, en los casos de bilateralidad, condiciones médicas asociadas, derrame pleural que requiera drenaje con tubo, pO2 persistentemente baja (< 60 mm Hg en pacientes sin hipoxemia crónica) u otros signos de insuficiencia respiratoria que obliguen a su permanencia en la UTI, siempre que el tratamiento ATB se ajuste a uno de los esquemas empíricos aceptados o esté dirigido por los hallazgos bacteriológicos.	3	\$ 10.719,48	\$ 11.469,84	\$ 12.327,40
SR2	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE	Sólo con verificación de la patología por MAT. Para ser otorgado exclusivamente en aquellos casos en los que la gravedad del fallo respiratorio hace necesario ARM y/o la estadía prolongada en la UTI.	6	\$ 43.987,63	\$ 47.066,76	\$ 50.585,77
SR2A	ADICIONAL INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	Sólo con autorización del MAT, luego del 6º día, en los casos de: a)ventilación mecánica prolongada b)complicaciones médicas c)falla multiorgánica asociada		\$ 20.725,06	\$ 22.175,82	\$ 23.833,82
SR3	ASMA MODERADO	Para ser asignado en aquellos casos en los que, por no mejorar los indicadores clínicos y/o espirométricos, a pesar de acreditar un tratamiento correcto en la sala de guardia, existen alteraciones de tal magnitud que justifican la internación para la continuidad del tratamiento y la observación. Excluye explícitamente a los pacientes que mejoraron luego de las nebulizaciones en la sala de guardia.	2	\$ 11.888,92	\$ 12.721,15	\$ 13.672,26
SR4	ASMA GRAVE. EPOC REAGUDIZADO	Para las descompensaciones agudas severas de estas patologías de suficiente magnitud como para requerir el ingreso a la UTI, o que no hallan respondido a un correcto tratamiento efectuado en la sala de guardia o en el piso de internación. Deben contar con evaluación espirométrica o de flujos pico, de gases en sangre, y de las principales causas de descompensación.	4	\$ 22.397,29	\$ 23.965,10	\$ 25.756,88



NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
<b>GASTROENTEROLOGÍA (GE)</b>						
GE1	PATOLOGÍA INFLAMATORIA AGUDA - ABDOMINO-PELVIANA	Sólo con autorización del MAT para los casos de patologías inflamatorias agudas abdomino-pelvianas resueltas con tratamiento médico (incluye colecistitis, diverticulitis, EPI, etc.). Que requieran estudio y tto. ATB E.V. Si la patología es solucionada quirúrgicamente debe anularse este modulo y otorgarse el modulo quirurgico que corresponda. Deben excluirse los cólicos hepáticos y renal que corresponden a urgencias de internación breve y las situaciones de dolor abdominal crónico que requieren estudios complementarios ambulatorios.	3	\$ 15.237,54	\$ 16.304,17	\$ 17.523,18
GE2	SUBOCCLUSION INTESTINAL	Sólo con autorización del MAT para cuadros que, por su repercusión y persistencia, de más de 48 hs.deban ser internados para estudios (Rx, ECO o TAC, medio interno) y tratamiento endovenoso.	3	\$ 7.618,08	\$ 8.151,34	\$ 8.760,79
GE3	HEMORRAGIA DIGESTIVA SIN DESCOMPENSACIÓN HEMODINÁMICA	Para ser otorgado en los casos en los que la severidad de la anemia, y/o el mal estado clínico, y/o las patologías acompañantes graves justifiquen la internación. Excluye a los enfermos que sólo serán sometidos a estudio endoscópico. Si el paciente ya cuenta con diagnóstico endoscópico y sólo será transfundido corresponde el módulo de transfusión por anemia grave.	3	\$ 10.813,92	\$ 11.570,90	\$ 12.436,01
GE4	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA CON DESCOMPENSACIÓN HEMODINÁMICA	Sólo con verificación de la patología por MAT y para otorgar a los pacientes con signos de sangrado activo profuso y datos de inestabilidad hemodinámica que requieren internación en UTI para ser compensados.	4	\$ 29.861,20	\$ 31.951,48	\$ 34.340,38
GE5	HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA CON DESCOMPENSACIÓN HEMODINÁMICA	Sólo con verificación de la patología por MAT y para otorgar cuando, a los signos de sangrado activo profuso, se asocian datos de inestabilidad hemodinámica que requieren el ingreso a UTI para ser compensados.	4	\$ 25.647,30	\$ 27.442,61	\$ 29.494,39
GE6	PANCREATITIS AGUDA EDEMATOSA	Definida por los hallazgos clínicos, del laboratorio y la TAC	4	\$ 21.744,51	\$ 23.266,62	\$ 25.006,18
GE7	PANCREATITIS AGUDA NECRÓTICO-HEMORRÁGICA	Sólo con verificación del diagnóstico por M.AT. Debe otorgarse para los casos de pancreatitis necrohemorrágica atendidos en la UTI y objetivados por TAC.	7	\$ 50.439,04	\$ 53.969,77	\$ 58.004,89
GE7A	ADICIONAL PANCREATITIS AGUDA NECRÓTICO-HEMORRÁGICA	Sólo con verificación del MAT, luego del 8º día, en los casos de mala evolución, abscesos o colecciones objetivados por TAC que requieran drenaje percutáneo o nutrición parenteral completa más allá del 10º día. Los procedimientos de drenaje percutáneo están excluidos del módulo y deben ser considerados adicionales.		\$ 31.538,98	\$ 33.746,71	\$ 36.269,83
GE8	HEPATOPATÍA CRÓNICA DESCOMPENSADA	Para otorgar a los pacientes con encefalopatía hepática aguda (cambios objetivables de las funciones intelectuales en los últimos 15 días), sin coma, y que requieran internación para medidas terapéuticas que no puedan realizarse en forma ambulatoria o con SAE refractario al tratamiento. Todos los pacientes deberán contar con medidas objetivas de la función hepática y evaluación hidroelectrolítica.	3	\$ 13.000,04	\$ 13.910,04	\$ 14.950,04
GE9	COMA HEPÁTICO	Sólo con verificación de la patología por MAT. Para asignar a los pacientes internados en la UTI en coma por insuficiencia hepática. Todos los pacientes deberán contar con medidas objetivas de la función hepática.	5	\$ 39.364,00	\$ 42.119,49	\$ 45.268,61
GE9A	ADICIONAL COMA HEPÁTICO	Sólo con autorización del MAT, luego del 5º día, en los casos de encefalopatía grados III-IV a pesar de adecuado tratamiento, hemorragia digestiva, trastornos hidroelectrolíticos graves (hiponatremia, síndrome hepatorenal) o complicaciones médicas.		\$ 24.237,57	\$ 25.934,20	\$ 27.873,21
GE10	SINDROME ASCÍTICO EDEMATOSO	Para aquellos pacientes que ingresan para punción abdominal y evacuación de ascitis refractaria al tratamiento y/o por metástasis peritoneal.	2	\$ 5.487,52	\$ 5.871,64	\$ 6.310,64
<b>NEFROUROLOGÍA (NU)</b>						
NU1	IRA	Para los pacientes cuyo principal diagnóstico sea IRA y que no requieran hemodiálisis. Los enfermos deberán contar con pruebas de la función renal, ecografía e ionogramas en sangre y orina.	3	\$ 17.612,55	\$ 18.845,43	\$ 20.254,43
NU2	IRA CON HEMODIÁLISIS	Para los pacientes con IRA que requieren diálisis por sobrecarga de volumen, alteraciones electrolíticas, síntomas urémicos, etc. La hemodiálisis se encuentra incluida en el módulo hasta cinco sesiones. Si se realizan más sesiones debe considerarse la internación como fuera de módulo desde su inicio. Los enfermos deberán contar con pruebas de la función renal, ecografía e ionogramas en sangre y orina. Incluye catéter doble lumen y su colocación.	5	\$ 34.286,21	\$ 36.686,25	\$ 39.429,14
NU3	PIELONEFRITIS AGUDA SEVERA COMPLICADA	Embarazo o paciente de más de 70 años c/ diabetes, y/o obstrucción severa de la vía urinaria, y/o litiasis renal, y/o compromiso del estado general demostrado c/ laboratorio (medio interno, gases en sangre, índices de función renal y/o bacteriemia) y que requieran tratamiento ATB endovenoso.	3	\$ 16.456,99	\$ 17.608,98	\$ 18.925,54

NOMBRE	CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
--------	-------------	-------------------------------------	----------------------	----------------	----------------------

DIABETES MELLITUS (DM)						
DM1	ESTADO HIPEROSMOLAR	Para los cuadros osmolaes agudos que ponen en riesgo la vida y que necesitan para su adecuado tratamiento internación, hidratación parenteral, insulino terapia. Requiere estudio del estado hidroelectrolítico, función renal y monitoreo estricto de la glucemia.	4	\$ 22.044,51	\$ 23.587,63	\$ 25.351,19
DM2	CETOACIDOSIS DIABETICA	Para los pacientes en cetoacidosis diabética que requieran, por la gravedad del cuadro, internación en la UTI. Los pacientes deberán estar en tratamiento con insulina y contar con evaluación del estado ácido base, monitoreo de la glucemia y estudios destinados a descartar los principales factores desencadenantes.	5	\$ 34.747,32	\$ 37.179,64	\$ 39.959,42
DM3	PIE DIABÉTICO DE TRATAMIENTO CLÍNICO	Para los que presentan grado III o más, que requieran medicación E.V. Las cirugías menores (drenajes, toilette, biopsia ósea, etc.), están incluidas en éste módulo. Deberán contar con cultivos, monitoreo de la glucemia y adecuado tratamiento antibiótico.	4	\$ 20.620,89	\$ 22.064,36	\$ 23.714,03
DM4	DESCOMPENSACION DIABETICA	Para aquellos pacientes que requieran internación por descompensación metabólica, no requieren UTI o para evaluación diabetológica, o ajuste en la utilización de insulina..	3	\$ 12.851,43	\$ 13.751,03	\$ 14.779,14

ONCOLOGÍA (ON)						
Debera adjuntarse Hoja de Conformidad del Afiliado por Dia						
ON1	MODULO ONCOLÓGICO PARA PACIENTES CON INTERNACION	Para tratamientos de Quimioterapia de 1 dia de Internacion. Incluye derechos y gastos del uso de la Bomba de Infusión Continua	1	\$ 2.286,12	\$ 2.446,15	\$ 2.629,04
ON2	MODULO ONCOLÓGICO PARA PACIENTES CON INTERNACION	Para tratamientos de Quimioterapia de 2 dias de Internacion. Incluye derechos y gastos del uso de la Bomba de Infusión Continua	2	\$ 4.616,68	\$ 4.939,85	\$ 5.309,18
ON3	MODULO ONCOLÓGICO PARA PACIENTES CON INTERNACION	Para tratamientos de Quimioterapia de 3 dias de Internacion. Incluye derechos y gastos del uso de la Bomba de Infusión Continua	3	\$ 6.854,19	\$ 7.333,98	\$ 7.882,31
ON4	MODULO ONCOLÓGICO PARA PACIENTES CON INTERNACION	Para tratamientos de Quimioterapia de 4 o 5 dias de Internacion. Si se prolongara la Internacion se anexara ON1 por dia extra a partir del 6° dia. Incluye derechos y gastos del uso de la Bomba de Infusión Continua	4 o 5	\$ 10.055,59	\$ 10.759,48	\$ 11.563,92
ON6	TRANSFUSIÓN POR ANEMIA GRAVE	Para pacientes que se internan con Anemia grave que requieren transfusión de hemocomponentes. Se reconocen por separado las Unidades de Hemocomponentes. Para su facturación <b>se deben seguir los requisitos existentes para la facturación de AUH y adjuntar datos de laboratorio que evidencien la patología.</b>		\$ 2.286,12	\$ 2.446,15	\$ 2.629,04
ON7	MODULO BREVE PARA INSTILACION DE DROGAS	Quimioterapia Breve (menos de 3 hs.). Tratamiento coadyuvantes (Pamidronatos). Service de cateter. Quimioterapia endocavitaria. Terapias endovenosas breves programadas. No podrá adicionarse al ON 5		\$ 1.680,56	\$ 1.798,20	\$ 1.932,64

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN OBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
<b>URGENCIAS DE INTERNACIÓN TRANSITORIA (UT)</b>						
(Abarca a las patologías de baja y mediana complejidad habitualmente resueltas dentro de las 24 hs. de internación en piso)						
UT1	RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA	Para estudios diagnósticos que requieran anestesia general en menores de 12 años, o que presenten complicaciones que justifiquen períodos de recuperación de más de 6 hs. (arritmias, depresión del sensorio).	1	\$ 2.788,90	\$ 2.984,12	\$ 3.207,23
UT2	CRISIS HIPERTENSIVA	Para HTA muy severa que ingresa para control y tratamiento y que se resuelve en 24 hs.	1	\$ 2.788,90	\$ 2.984,12	\$ 3.207,23
UT3	CRISIS ASMÁTICA	Para cuadros resueltos en 24 hs. con tratamiento convencional	1	\$ 2.788,90	\$ 2.984,12	\$ 3.207,23
UT4	OBSERVACIÓN CLÍNICA	Para pacientes que ingresan al piso con patologías agudas sin diagnóstico definido y que, luego de observación y estudio, egresan sin que se halla realizado terapéutica efectiva de una afección conocida.	1	\$ 2.788,90	\$ 2.984,12	\$ 3.207,23
UT5	RETENCIÓN AGUDA DE ORINA		1	\$ 2.788,90	\$ 2.984,12	\$ 3.207,23
UT6	PERDIDA DE CONOCIMIENTO NO TRAUMÁTICA	Paciente con pérdida de conocimiento no traumática, sin foco con menos de 6hs. de evolución y que no puede ser definido dentro de otras patologías. Si se fija un cuadro específico debe otorgarse el módulo correspondiente.	1	\$ 2.788,90	\$ 2.984,12	\$ 3.207,23
UT7	REACCIONES ADVERSAS AGUDAS A MEDICAMENTOS	Para asignar a pacientes con anafilaxia, edema angioneurótico, laringo o broncoespasmo, alteraciones metabólicas (hiper-hipokalemia, acidosis, hipercalemia, etc.), hipotensión, etc., provocadas por el uso de medicamentos y que requieran internación para observación y tratamiento parenteral.	1	\$ 2.788,90	\$ 2.984,12	\$ 3.207,23
UT8	MODULO DE ATENCIÓN EN GUARDIA	Para aquellos cuadros que no cumplan con los criterios de internación pero que requieran de una observación de más de dos horas, estudios de laboratorio, ECG, nebulizaciones y/o diagnóstico por imágenes. Incluye radiología simple, laboratorio mínimo básico, derechos sanitarios, medicación del botiquín de urgencias (antihipertensivos, analgésicos, antiespasmódicos, antialérgicos, soluciones parenterales, etc.), material descartable.	0	\$ 2.788,90	\$ 2.984,12	\$ 3.207,23
UT9	MODULO DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios de baja complejidad que requieran anestesia general realizados en ámbito sanatorial (broncoscopías, endoscopías digestivas, punción biopsia de órganos sólidos, tratamiento de dolor por punción espinal, histeroscopia diagnóstica) Practicas odontologicas que requieran Anestesia General		\$ 2.788,90	\$ 2.984,12	\$ 3.207,23
<b>URGENCIAS DE INTERNACIÓN BREVE (UB)</b>						
UB1	SÍNDROME MENÍNGEO	Para realizar PL, estudio del líquido y observación, debe adjuntarse protocolo del estudio del LCR	2	\$ 5.779,18	\$ 6.183,73	\$ 6.646,06
UB2	CÓLICO BILIAR	Para los casos de suficiente intensidad que requieran internación para tratamiento parenteral	2	\$ 5.076,40	\$ 5.431,75	\$ 5.837,86
UB3	CÓLICO RENAL	Para los casos de suficiente intensidad que requieran internación para tratamiento parenteral. Debe ser estudiado por lo menos con Rx simple de arbol urinario.	2	\$ 4.112,51	\$ 4.400,39	\$ 4.729,39
UB4	SOSPECHA DE SEPSIS	Para los casos definidos dentro de las 48 hs. con dos o más de los siguientes: fiebre >38°C, FR >20/min, leucocitos >12.000 o <4.000/cm3, FC >90/min o pCO2 <32 mmHg. Si se confirma sepsis o se halla el foco, debe cambiarse al módulo correspondiente	2	\$ 5.784,74	\$ 6.189,67	\$ 6.652,45
UB5	LUMBALGIA INVALIDANTE	Para los enfermos con severa lumbalgia aguda, que impida deambular y requiera medicación parenteral. Los pacientes con lumbalgia crónica sin las características clínicas mencionadas, o aquellos que ingresan sólo para estudio, están excluidos de este módulo.	2	\$ 5.784,74	\$ 6.189,67	\$ 6.652,45
UB6	TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE	Para los pacientes que ingresan para observación de al menos 48 hs. por presentar TCE con Glasgow > 13.	2	\$ 5.784,74	\$ 6.189,67	\$ 6.652,45
UB7	SÍNDROME CONVULSIVO	Para otorgar a los pacientes con episodio convulsivo actual, no iterativo, para su atención en piso. Quienes presentaron un síndrome convulsivo hace más de 24 hs. no están comprendidos en este módulo.	2	\$ 5.784,74	\$ 6.189,67	\$ 6.652,45
UB8	HIPERGLUCEMIA	Para pacientes con glucemias >250 mg/dL y que requieren internación para monitoreo de la glucemia y tratamiento intensificado con insulina	2	\$ 4.566,68	\$ 4.886,35	\$ 5.251,68
UB9	HIPOGLUCEMIA	Para crisis hipoglucémica aguda con deterioro del sensorio y que requiere solución dextrosada parenteral	2	\$ 4.566,68	\$ 4.886,35	\$ 5.251,68
UB10	DESHIDRATACIÓN	Para los casos en los que exista deshidratación con imposibilidad de rehidratación oral, o que haya provocado deterioros del sensorio, de la función renal o repercusión hemodinámica.	2	\$ 7.618,08	\$ 8.151,34	\$ 8.760,79
<b>EMERGENCIAS EN UTI ADULTOS (EA)</b>						
EA1	PATOLOGÍA CRÍTICA DE EVOLUCIÓN RÁPIDA 1	Destinado a aquellos pacientes que ingresan a la UTI por diversas patologías agudas graves y que fallecen o son derivados a centros de mayor complejidad dentro de las primeras 48 hs.	1	\$ 9.545,86	\$ 10.214,07	\$ 10.977,74
EA2	PATOLOGÍA CRÍTICA DE EVOLUCIÓN RÁPIDA 2	Destinado a aquellos pacientes que ingresan a la UTI por diversas patologías agudas graves y que fallecen o son derivados a centros de mayor complejidad dentro de las primeras 72 hs.	2	\$ 13.509,76	\$ 14.455,45	\$ 15.536,23
EA3	POLITRAUMATISMOS	Para pacientes politraumatizados con compromiso grave de, por lo menos, una gran cavidad más fractura de, por lo menos, un hueso largo. Pago por día de internación autorizado.	Por día	\$ 13.069,48	\$ 13.984,35	\$ 15.029,91

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
<b>INFECTOLOGÍA (IN)</b>						
IN2	MENINGITIS BACTERIANA	Para pacientes con diagnóstico confirmado por punción lumbar, con cultivos de LCR, y bajo tratamiento parenteral con un esquema antibiótico reconocido o guiado por los hallazgos bacteriológicos. Los pacientes con deterioro de la conciencia deberán estar en UTI.	6	\$ 40.370,95	\$ 43.196,92	\$ 46.426,60
IN2A	ADICIONAL MENINGITIS BACTERIANA	Para pacientes en UTI, luego del 7mo. día con cultivos de LCR, y bajo tratamiento parenteral con un esquema antibiótico reconocido o guiado por los hallazgos bacteriológicos y que presenten complicaciones no atribuibles a inadecuado tratamiento. Deben contar con TAC.		\$ 11.179,20	\$ 11.961,74	\$ 12.856,08
IN3	ENCEFALITIS AGUDA	Para pacientes con cuadro clínico y RMN compatibles. Con tto. EV específico. Debe enviarse muestra de PCR a laboratorio de referencia.	4	\$ 21.483,40	\$ 22.987,23	\$ 24.705,91
IN3A	ENCEFALITIS AGUDA ADICIONAL	A partir del 5º día, con autorización del MAT.		\$ 16.244,49	\$ 17.381,61	\$ 18.681,17
IN4	ENDOCARDITIS BACTERIANA (EB)	Para pacientes con diagnóstico confirmado con hemocultivo y ecocardiograma y bajo tratamiento parenteral con un esquema antibiótico reconocido o guiado por los hallazgos bacteriológicos. De tratarse de endocarditis sobre válvulas protésicas, de aparición temprana, este hecho debe constar en la denuncia. Tanto éstas como las insuficiencias valvulares agudas severas deberán tener una referencia a Establecimientos que cuenten con servicios autorizados para cirugía cardiovascular central	4	\$ 29.861,20	\$ 31.951,48	\$ 34.340,38
IN4A	ADICIONAL POR DÍA DE ENDOCARDITIS BACTERIANA	Para ser otorgado a partir del 5º día de internación	Por día	\$ 3.856,96	\$ 4.126,94	\$ 4.435,50
IN5	ERISPELA-CELULITIS	Para pacientes con manifestaciones cutáneas y síntomas generales (fiebre>38°C, compromiso sistémico) o de ubicación facial, o en huéspedes especiales (diabetes, sd. postflebitico, etc.) que requieren internación para tratamiento parenteral. Excluye explícitamente las lesiones cutáneas pasibles de tratamiento por vía oral.	3	\$ 17.612,55	\$ 18.845,43	\$ 20.254,43
IN5A	ERISPELA-CELULITIS DE LA CARA	Sólo para los casos de Erisipela de la cara y/o Celulitis Necrotizante grave. A partir del 4º día.	3	\$ 8.431,97	\$ 9.022,21	\$ 9.696,76
IN6	SEPSIS SEVERA CONFIRMADA	Sólo con verificación del MAT. Para las infecciones agudas y severas con compromiso sistémico que requieran internación en la UTI debido a los fallos hemodinámico con volemia normalizada, renal, hepático, o respiratorio, o que presenten complicaciones hematológicas (CID, trombocitopenia, etc.). Deben haberse realizado investigaciones bacteriológicas (esputo, hemocultivos, urocultivo, y cultivo de todo foco potencial), estudios de las funciones de órganos blanco, y un esquema de tratamiento empírico reconocido o dirigido por los hallazgos bacteriológicos.	5	\$ 38.557,06	\$ 41.256,05	\$ 44.340,62
IN6A	ADICIONAL SEPSIS	Sólo con autorización del MAT, para pacientes que continúan en UTI luego del 6º día, en casos de fallo multiorgánico o asistencia respiratoria mecánica. Deben haberse realizado investigaciones bacteriológicas (esputo, hemocultivos, urocultivo, y cultivo de todo foco potencial), estudios de las funciones de órganos blanco, y un esquema de tratamiento empírico reconocido o dirigido por los hallazgos bacteriológicos.		\$ 30.227,87	\$ 32.343,82	\$ 34.762,05
IN7	NEUTROPÉNICO FEBRIL	Reconocimiento por día autorizado para pacientes con neutropenia crítica de descenso brusco y fiebre (>38°C). Se asigna por día mientras reuna los dos criterios.	Por día	\$ 6.706,96	\$ 7.176,45	\$ 7.713,01
IN8	OSTEOMIELITIS-ARTRITIS SÉPTICA	Para casos confirmados bacteriológicamente, en tratamiento endovenoso.	4	\$ 21.483,40	\$ 22.987,23	\$ 24.705,91
IN8A	ADICIONAL OSTEOMIELITIS-ARTRITIS SÉPTICA	para las prorrogas a partir del 7ª día, valorización por día	Por día	\$ 3.705,57	\$ 3.964,96	\$ 4.261,40
IN9A	ADICIONAL AISLAMIENTO INFECTOLOGICO	Para pacientes internados en habitación individual, en piso, con criterio de aislamiento por germen multiresistentes certificados o sospecha bajo relevamiento infectológico hasta que se descarte o aislamiento por transmisión de germen por vía aérea (tuberculosis y virus de la gripe A) El MAT debe verificar la restricción de ingreso, y la utilización de medios necesarios para aislamiento de contacto (guantes, barbijos, camisolines)	Por día	\$ 1.323,62	\$ 1.416,27	\$ 1.522,16
<b>GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (GO)</b>						
GO1	AMENAZA DE ABORTO	Certificado dentro de las 24 hs. con ECO y laboratorio	Por día	\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
GO2	COMPLICACIONES DEL 3ER. TRIMESTRE DEL EMBARAZO	Amenaza de parto prematuro, hasta las 36 semanas de gestación cumplidas.	Por día	\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
GO3	COMPLICACIONES DEL 2DO. TRIMESTRE DEL EMBARAZO	Para pacientes con complicaciones médicas que requieren internación. Ej: gestosis hipertensiva, infección urinaria, ictericia del embarazo, hemorragia genital, amenaza de parto.	Por día	\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
<b>SOSTÉN SINTOMÁTICO (SS)</b>						
SS1	SOSTÉN SINTOMÁTICO MENOR DE 10 DÍAS	Para pacientes con enfermedades crónicas sin tratamiento específico, que por diversos motivos no puedan ser asistidos en su domicilio, y que reciban tratamiento sintomático por menos de 10 días.	6	\$ 35.223,71	\$ 37.689,37	\$ 40.507,27
SS2	SOSTÉN SINTOMÁTICO MAYOR DE 10 DÍAS	Para pacientes con enfermedades crónicas sin tratamiento específico, que por diversos motivos no puedan ser asistidos en su domicilio, y que reciban tratamiento sintomático	13	\$ 43.051,52	\$ 46.065,12	\$ 49.509,24
SS3	SOSTEN SINTOMATICO MAYOR A 20 DIAS	Para aquellos pacientes que por su edad avanzada se compliquen durante su estadía con patologías propias de una internación prolongada (ej. Escaras, alimentación enteral).	23	\$ 64.421,02	\$ 68.930,49	\$ 74.084,18
<b>TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA TIROIDES (TI)</b>						
TI1	TRATAMIENTO DEL CANCER DE TIROIDES CON YODO RADIOACTIVO	Paciente en aislamiento por ingesta de Yodo 131 en dosis mayores de 100 mCu	1	\$ 8.930,58	\$ 9.555,72	\$ 10.270,17
TI2	CRISIS TIROTOXICA GRAVE	Paciente que requiere internación en Unidad Terapia Intensiva para control hemodinámico	3	\$ 22.901,46	\$ 24.504,56	\$ 26.336,67
<b>CLÍNICA PEDIÁTRICA (CP)</b>						
Los módulos clínicos pediátricos representa el conjunto de situaciones clínicas más frecuentes en pediatría. Cada módulo tiene un mínimo y un máximo de duración que marcan los límites de estadía del paciente. Si la internación debiera prolongarse por alguna causa justificada podrá tramitarse el adicional correspondiente de acuerdo a la normativa vigente. Se reconocen los medicamentos excluidos según normas vigentes.						
CP1	BRONCOPATIA OBSTRUCTIVA NEUMOPATÍA CANALICULAR	Para pacientes que requieren fluidoterapia, oxigenoterapia o que no respondieron al tratamiento ambulatorio	4	\$ 28.855,64	\$ 30.875,54	\$ 33.183,99
CP1A	ADICIONAL CP1	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (4-7)		\$ 7.569,47	\$ 8.099,33	\$ 8.704,89
CP2	CELULITIS BACTERIANA	Para pacientes con celulitis periorbitaria, o de otro lugar con repercusión general e imposibilidad de tratamiento en medio familiar. Deben haberse realizado cultivos y requiere antibioticoterapia endovenosa.	4	\$ 25.293,13	\$ 27.063,65	\$ 29.087,10
CP2A	ADICIONAL CP2	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (4-7)		\$ 6.295,85	\$ 6.736,56	\$ 7.240,23
CP3	COLAGENOPATIA CON COMPROMISO MULTIORGÁNICO	Para pacientes con síndrome febril prolongado, con manifestaciones del tejido mesenquimático en más de un órgano, en período de estudio, con laboratorio acorde.	4	\$ 32.255,65	\$ 34.513,55	\$ 37.094,00
CP3A	ADICIONAL CP 3	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (4-8), con laboratorio acorde.		\$ 8.122,25	\$ 8.690,80	\$ 9.340,58
CP4	COMA	Para pacientes con síndrome agudo de deterioro de la conciencia, sin causa, en estudio (Glasgow en niños £ 12 y Raimondi en lactantes £ 9). Con TAC.	4	\$ 44.573,74	\$ 47.693,90	\$ 51.259,80
CP4A	ADICIONAL CP 4	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (4-8) *		\$ 13.069,48	\$ 13.984,35	\$ 15.029,91
CP5	CRISIS DE CIANOSIS-APNEA	Para crisis de cianosis central o SMSI (ALTE) en paciente que ingresa para diagnóstico y orientación terapéutica, (4/7) *. Con polisomnografía.	4	\$ 25.293,13	\$ 27.063,65	\$ 29.087,10
CP5A	ADICIONAL CP 5	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (4-7)		\$ 6.294,46	\$ 6.735,08	\$ 7.238,63
CP6	INTOXICACIÓN CON COMPROMISO SISTÉMICO	Para los pacientes con cuadros tóxicos con repercusión sistémica y que requieren tratamientos específicos tales como atropinización, diálisis peritoneal, ARM, etc. (4-7) *	4	\$ 25.293,13	\$ 27.063,65	\$ 29.087,10
CP6A	ADICIONAL CP 6	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (4-7)		\$ 6.294,46	\$ 6.735,08	\$ 7.238,63
CP7	GASTROENTERITIS INFECCIOSA GRAVE	Para cuadro gastroenteral con repercusión infecciosa sistémica (fiebre, enterorragia, empastamiento abdominal, etc.). Deben realizarse coprocultivos.	4	\$ 25.293,13	\$ 27.063,65	\$ 29.087,10
CP7A	ADICIONAL CP 7	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (4-7)		\$ 6.294,46	\$ 6.735,08	\$ 7.238,63

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
CP8	GASTROENTEROPATÍA FUNCIONAL	Para síndrome de disfunción enteral no infecciosa, con repercusión en el estado general, en período de estudio (Ej.: enfermedad celíaca, etc.). Con estudios funcionales/biopsia.	4	\$ 25.293,13	\$ 27.063,65	\$ 29.087,10
CP8A	ADICIONAL CP 8	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (4-7)		\$ 6.294,46	\$ 6.735,08	\$ 7.238,63
CP9	INFECCIÓN SEVERA DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES	Para infecciones graves de las VAS con requerimientos de fluidoterapia, antibióticos endovenosos o eventual intubación. Deben realizarse hemocultivos.	4	\$ 25.293,13	\$ 27.063,65	\$ 29.087,10
CP9A	ADICIONAL CP 9	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (4-7) *		\$ 6.294,46	\$ 6.735,08	\$ 7.238,63
CP10	INFECCIÓN URINARIA CON REPERCUSIÓN GENERAL	Para infección urinaria alta con síndrome febril más dolor abdominal más repercusión general. Requiere tratamiento endovenoso, uro y hemocultivos.	3	\$ 22.651,46	\$ 24.237,06	\$ 26.049,17
CP10A	ADICIONAL CP 10 A	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (3-7)		\$ 6.294,46	\$ 6.735,08	\$ 7.238,63
CP11	INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA	Paciente con crisis de cianosis central que requiere oxigenoterapia más alcalinizante más medicación o con signos claros de fallo de bomba.	5	\$ 33.579,27	\$ 35.929,81	\$ 38.616,16
CP11A	ADICIONAL CP 11 A	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (5-8)		\$ 8.376,41	\$ 8.962,76	\$ 9.632,88
CP12	INSUF. RENAL AGUDA	Para las insuficiencias renales agudas que requieran diálisis peritoneal. (7/12) *	7	\$ 47.237,64	\$ 50.544,27	\$ 54.323,28
CP12A	ADICIONAL CP 12ª	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (7/12)		\$ 11.733,37	\$ 12.554,70	\$ 13.493,37
CP13	MENINGITIS BACTERIANA	Requiere cultivo de LCR y terapéutica endovenosa	7	\$ 49.575,15	\$ 53.045,41	\$ 57.011,42
CP13A	ADICIONAL CP 13ª	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (7/14)		\$ 11.379,20	\$ 12.175,74	\$ 13.086,08
CP14	NEUMONÍA MULTIFOCAL Y/O COMPLICADA	Para infecciones multifocales del parénquima pulmonar con grave compromiso funcional que requiere hidratación parenteral, oxigenoterapia, o neumonía unifocal que evolucione a supuración pleuropulmonar o complicación bullosa. Requiere hemocultivo. (7/14) *	7	\$ 49.575,15	\$ 53.045,41	\$ 57.011,42
CP14A	ADICIONAL CP 14ª	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (7/14)		\$ 11.379,20	\$ 12.175,74	\$ 13.086,08
CP15	NEUMONÍA UNIFOCALE CONDENSANTE	Para neumonía infecciosa segmentaria o lobar que no responde a tratamiento por vía oral y requiere medicación ev. Requiere cultivos.	4	\$ 25.293,13	\$ 27.063,65	\$ 29.087,10
CP15A	ADICIONAL CP 15ª	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (4/7)		\$ 6.294,46	\$ 6.735,08	\$ 7.238,63
CP16	OSTEOARTRITIS SÉPTICA. OSTEOMIELITIS.	Cuadro bacteriano articular con punción diagnóstica que revela exudado, cultivo, y que requiere tratamiento ev. de, por lo menos, dos semanas de duración.	7	\$ 41.094,57	\$ 43.971,19	\$ 47.258,75
CP16A	ADICIONAL CP16	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original. Requiere ATB EV para su renovación.	Por día	\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
CP17	POLITRAUMATISMO SIN COMPROMISO MULTIORGÁNICO	Para politraumatismo que requiere control evolutivo y que no es pasible de ningún módulo quirúrgico	3	\$ 23.261,18	\$ 24.889,46	\$ 26.750,36
CP17A	ADICIONAL CP 17	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (3-5)		\$ 5.076,40	\$ 5.431,75	\$ 5.837,86
CP18	POLITRAUMATISMO CON COMPROMISO MULTIORGÁNICO	Politraumatismo con repercusión multiorgánica que requiere asistencia en unidad de cuidados especiales o terapia intensiva (5/10) *	5	\$ 45.872,36	\$ 49.083,42	\$ 52.753,21
CP18A	ADICIONAL CP 18 a	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (5/10) *		\$ 11.179,20	\$ 11.961,74	\$ 12.856,08
CP19	SEPSIS DEMOSTRADA	Paciente con cuadro infeccioso sistémico que presenta hemocultivo y/o otras bacteriologías positivas o francos indicadores de compromiso multiorgánico, (7/14) *	7	\$ 55.926,55	\$ 59.841,41	\$ 64.315,54

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
CP19A	ADICIONAL CP 19	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (7/14)		\$ 14.019,49	\$ 15.000,85	\$ 16.122,41
CP20	SÍNDROME CONVULSIVO EN ESTUDIO	Paciente con síndrome convulsivo agudo, no febril típico, de etiología desconocida, en período diagnóstico y que cuenta con EEG y TAC	3	\$ 22.651,46	\$ 24.237,06	\$ 26.049,17
CP20A	ADICIONAL CP 20	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (3/6)		\$ 6.294,46	\$ 6.735,08	\$ 7.238,63
CP21	SÍNDROME EDEMATOSO EN ESTUDIO	Paciente con edema generalizado (nefrótico, cirrótico, etc.) o con insuficiencia renal sin requerimiento dialítico	4	\$ 30.936,20	\$ 33.101,74	\$ 35.576,63
CP21A	ADICIONAL CP 21	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (4/7)		\$ 7.773,63	\$ 8.317,79	\$ 8.939,68
CP22	SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO EN EL 1ER. TRIM.	Menor de 3 meses que ingresa para pancultivos y/o tratamiento antibiótico parenteral empírico.	3	\$ 19.557,00	\$ 20.925,99	\$ 22.490,55
CP22A	ADICIONAL CP 22	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (3/6)		\$ 6.294,46	\$ 6.735,08	\$ 7.238,63
CP23	SÍNDROME HEMATOLÓGICO EN ESTUDIO	Síndrome agudo relacionado con alguna discrasia sanguínea en estudio	3	\$ 25.293,13	\$ 27.063,65	\$ 29.087,10
CP23A	ADICIONAL CP 23	Sólo con autorización del MAT en los casos en los que la internación debiera prolongarse por encima de los límites establecidos en las condiciones del módulo original (3/6)		\$ 6.294,46	\$ 6.735,08	\$ 7.238,63
	* preferentemente con UTI pediátrica					

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
<b>NEONATOLOGIA</b>						
	DEFINICIÓN DE NIVELES DE COMPLEJIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA	Se basa en el reconocimiento, por parte de la Auditoría en Terreno, de un ítem asistencial de fácil caracterización.				
		"GRAVE": paciente en ARM.				
		"MODERADO": paciente que recibe Nutrición Parenteral o Fluidoterapia endovenosa en un volumen significativo y/o tratamiento endovenoso imprescindible.				
		"BAJA COMPLEJIDAD": paciente sin vía endovenosa (ej.: luminoterapia, prematuro en crecimiento, etc.)				
		GRAVE	Por día	\$ 12.913,93	\$ 13.817,90	\$ 14.851,02
		MODERADO	Por día	\$ 9.415,31	\$ 10.074,38	\$ 10.827,60
		BAJA COMPLEJIDAD	Por día	\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
NEOLA	ADICIONAL FOTOCOAGULACIÓN O ABLACION BILATERAL DE RETINA EN RETINOPATIA DEL PREMATURO CON LASER DIODO			\$ 21.982,01	\$ 23.520,75	\$ 25.279,31
En caso de practicarse una Neurocirugía o una Cirugía Cardiovascular se facturará el módulo de Alta Complejidad correspondiente y los días del mismo. Una vez agotado dicho módulo podrá retomarse la facturación de neonatología. En el caso de cirugía de otras malformaciones congénitas se adicionará el valor de 3( tres) días de módulo "GRAVE" según categoría y por única vez.						
<b>EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (EP). Solo categorías II, III y IV.</b>						
Incluyen los módulos otorgables para cubrir el ingreso y las primeras 24/48 hs de internación.						
EP1	CRISIS BRONCOOBSTRUCTIVA	Paciente con dificultad ventilatoria obstructiva que no mejora con medicación habitual.		\$ 7.618,08	\$ 8.151,34	\$ 8.760,79
EP1A	ADICIONAL DE CRISIS BRONCO OBSTRUCTIVA			\$ 4.561,12	\$ 4.880,40	\$ 5.245,29
EP2	INTOXICACIÓN SIN REPERCUSIÓN GENERAL	Paciente con efecto tóxico de sustancia medicamentosa o no, que requiere procedimientos de eliminación y bloqueo		\$ 6.351,41	\$ 6.796,01	\$ 7.304,12
EP3	DESHIDRATACIÓN POR PÉRDIDAS GASTROENTERALES	Paciente con proceso de vómitos y diarrea, que no responde a plan de rehidratación oral ambulatorio.		\$ 7.923,63	\$ 8.478,29	\$ 9.112,18
EP3A	ADICIONAL DESHIDRATACION			\$ 4.561,12	\$ 4.880,40	\$ 5.245,29
EP4	DOLOR ABDOMINAL EN ESTUDIO	Paciente con cuadro de dolor abdominal de etiología indefinida que ingresa para definir perfil clínico o quirúrgico.		\$ 7.108,35	\$ 7.605,94	\$ 8.174,61
EP5	SÍNDROME APNEICO	Paciente con cuadro caracterizado por pausa respiratoria que ingresa para confirmación de las mismas y eventual detección de la/s causa/s		\$ 7.108,35	\$ 7.605,94	\$ 8.174,61
EP6	SÍNDROME CONVULSIVO	Paciente con ataque convulsivo que requiere medicación específica		\$ 6.351,41	\$ 6.796,01	\$ 7.304,12
EP6A	ADICIONAL SÍNDROME CONVULSIVO			\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
EP7	SÍNDROME MENÍNGEO	Paciente con cuadro clínico compatible con proceso meningítico que ingresa para procedimiento diagnóstico (PL)		\$ 6.351,41	\$ 6.796,01	\$ 7.304,12
EP8	SÍNDROME PURPÚRICO AGUDO	Paciente con manifestaciones purpúricas que ingresa para procedimiento diagnóstico		\$ 7.108,35	\$ 7.605,94	\$ 8.174,61
EP9	TRAUMATISMO DE CRÁNEO SIN DETERIORO DE LA CONCIENCIA	Paciente con traumatismo craneoencefálico con Glasgow normal que ingresa para control radiológico y evolutivo.		\$ 7.108,35	\$ 7.605,94	\$ 8.174,61
EP10	OBSERVACION CLINICA			\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48



NOMBRE	CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
--------	-------------	--	-------------------------	-------------------	-------------------------

LISTADO DE MÓDULOS QUIRÚRGICOS Y ADICIONALES CON RESTRICCIONES Y CONDICIONES PARA SU ADJUDICACIÓN					
---	--	--	--	--	--

OFTALMOLOGIA (OF)						
<b>Cirugía del globo ocular y músculos</b>						
OF1	Enucleación Evisceración globo ocular		1	\$ 10.161,14	\$ 10.872,42	\$ 11.685,31
OF2	Vitrectomía Simple		1	\$ 14.175,04	\$ 15.167,29	\$ 16.301,30
OF2A	ADICIONAL DE VITRECTOMÍA	Se suma este módulo al anterior por el uso de métodos de taponaje interno. Ej: Gas- Aceite de silicon, etc.Endofotocoagulacion y Extraccion de membrana. (Incluye punta de vitrectomo descartable)		\$ 8.697,25	\$ 9.306,06	\$ 10.001,84
OF3	Cirugía del estrabismo con o sin sutura. Ajustable		1	\$ 8.234,75	\$ 8.811,18	\$ 9.469,96
OF17	Excenteración y extracción de tumores por Vía anterior		1	\$ 5.536,13	\$ 5.923,66	\$ 6.366,55
OF18	Extracción de cuerpo extraño endoocular	Por Autorización MAT con diagnóstico por Imágenes	1	\$ 4.566,68	\$ 4.886,35	\$ 5.251,68
OF19	Traumatismo del piso de la órbita		1	\$ 4.922,24	\$ 5.266,79	\$ 5.660,57
<b>Cirugía de los párpados</b>						
OF4	Reconstrucción total del párpado		1	\$ 8.234,75	\$ 8.811,18	\$ 9.469,96
OF5	Blefaroplastia		1	\$ 4.922,24	\$ 5.266,79	\$ 5.660,57
OF7	Blefarochalasis		1	\$ 4.922,24	\$ 5.266,79	\$ 5.660,57
<b>Cirugía de la conjuntiva</b>						
OF8	Conjuntivoplastía		1	\$ 6.562,52	\$ 7.021,90	\$ 7.546,90
OF8A	Conjuntivoplastía Compleja con Injerto de Membrana Amniótica/Limbo Autologo		1	\$ 7.563,91	\$ 8.093,38	\$ 8.698,50
<b>Cirugía de la córnea</b>						
OF10	Sutura de córnea			\$ 6.562,52	\$ 7.021,90	\$ 7.546,90
OF9	Tratamiento de queratocono		1	\$ 6.466,69	\$ 6.919,35	\$ 7.436,69
OF9A	Adicional uso de Anillo en Queratocono	Incluye dos segmentos de anillo	1	\$ 6.944,46	\$ 7.430,58	\$ 7.986,13
OF9B	Adicional Crosslinking en Queratocono	Incluye Riboflavina	1	\$ 1.890,28	\$ 2.022,60	\$ 2.173,83
<b>Cirugía de la retina</b>						
OF11	Trat. Quirúrgico del glaucoma	Con o sin Valvula	1	\$ 9.241,69	\$ 9.888,61	\$ 10.627,95
OF11A	Adicional por Insumo	Valvula Especifica (Ahmed/Ex press, etc.)	1	\$ 15.277,82	\$ 16.347,27	\$ 17.569,50
OF12	Iridectomía. Evacuación Hipema	Comprende eventual extracción tumoral.	1	\$ 8.234,75	\$ 8.811,18	\$ 9.469,96
OF13	Desprendimiento de retina		1	\$ 11.379,20	\$ 12.175,74	\$ 13.086,08
OF13A	ADICIONAL para uso de esponjas y/o bandas de silicon			\$ 2.100,01	\$ 2.247,01	\$ 2.415,01

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
<b>Cirugía del cristalino</b>						
OF14	Catarata con L.I.O. . Explante de L.I.O.		1	\$ 6.623,63	\$ 7.087,28	\$ 7.617,18
OF14A	ADICIONAL POR LIO RIGIDA Y SUSTANCIA VISCOELASTICA			\$ 4.054,18	\$ 4.337,97	\$ 4.662,31
<b>Cirugía de vías lagrimales</b>						
OF15	Cirugía de vías lagrimales		1	\$ 6.516,69	\$ 6.972,85	\$ 7.494,19
OF15A	ADICIONAL POR TUBO DE JHONES Y/O SONDA/Varilla de Veirs			\$ 1.250,00	\$ 1.337,50	\$ 1.437,50
OF15B	Tapones de Silicona para Via Lagrimal	Incluye Punctum Plug, Minimonoka y similares		\$ 2.777,79	\$ 2.972,23	\$ 3.194,45
OF16	Facoemulsificación c/implante de lente intraocular		1	\$ 8.837,53	\$ 9.456,15	\$ 10.163,15
OF16A	ADICIONAL POR LIO PLEGABLE Y SUSTANCIA VISCOELASTICA			\$ 7.002,80	\$ 7.492,99	\$ 8.053,22
OF20A	ADICIONAL POR LASER EN OFTALMOLOGÍA	Incluye uso de Laser de Femtosegundo		\$ 1.372,23	\$ 1.468,28	\$ 1.578,06
OF21	CIRUGIA REFRACTIVA POR EXCIMER LASER	INDICACIONES GENERALES		\$ 9.454,19	\$ 10.115,99	\$ 3.194,45
		✓ Miopía: de 6 a 16 dioptrías				
		✓ Astigmatismo miópico: de 3 a 6 dioptrías				
		RESTRICCIÓN EDAD				
		✓ Mayores de 21 años y hasta los 60 años con su ametropía establecida por un período no menor de un año				
		CONTRAINDICACIONES				
		✓ Glaucoma, queratocono, queratitis, ojo seco y patología crónica general				
		INCLUSIONES				
		✓ Honorarios médicos del equipo actuante, derechos y gastos quirúrgicos, monitoreo, medicamentos, material descartable y controles médicos oftalmológicos hasta los 90 (noventa) días de realizada la cirugía.				
✓ Procedimiento por ojo POR ÚNICA VEZ. NO se reconocen retoques.						
PRESTADORES: Acreditados de acuerdo a Resoluciones IOMA vigentes.						
OF22	CIRUGÍA DE COLOCACION DE LENTE INTRAOCULAR	MODULO QUIRURGICO PARA CIRUGIA DE ALTA MIOPIA CON COLOCACION DE LENTE INTRAOCULAR FAQUICO EN CAMARA POSTERIOR (*) Edad entre 21 y 50 años Miopias elevadas a partir de - 8 dioptrías Miopias con paquimetrías bajas que no permitan la cirugía excimer laser (a partir de la - 6 dioptrías) Miopias (a partir de - 6 dioptrías) asociadas a Astigmatismo mayor o igual a 2 dioptrías. Astigmatismo hasta - 6 dioptrías Queratocono (*) INCLUYE Honorarios médicos del equipo actuante, derechos y gastos quirúrgicos y de anestesia, monitoreo, medicamentos, material descartable, pensión y controles médicos oftalmológicos hasta los 90 (noventa) días de realizada la cirugía  (* con detalle en indicaciones y contraindicaciones especiales. (* Contraindicaciones: anomalías del Iris, opacidad de medios (corneales, cataratas), glaucoma, uveitis, embarazo y lactancia, retinopatía DBT (* En Queratocono con buena agudeza visual con corrección aérea (20/50 o mejor) y cuando el error esférico sea mayor que el cilíndrico (Ej. Esf - 9 cel - 2 a 180°)		\$ 11.345,87	\$ 12.140,08	\$ 13.047,75

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
OF22A	ADICIONALLENTE INTRAOCULAR FAQUICA DE CAMARA POSTERIOR	Adicional por la Lente intraocular faquica de Camara Posterior (ICL) esférica O tórica, incluye sustancia viscoelastica		\$ 29.166,75	\$ 31.208,43	\$ 33.541,77

OTORRINO LARINGOLOGIA (OT)						
<b>Cirugía del oído externo, medio e interno</b>						
OT1	Miringoplastia – Timpanoplastia – Estapedectomía Mastoidectomía		1	\$ 8.222,25	\$ 8.797,80	\$ 9.455,58
<b>Cirugía de la nariz</b>						
OT2	Septumplastia Turbinectomía	Reconstrucción o resección parcial o total del tabique nasal y/o cornetes.	1	\$ 6.516,69	\$ 6.972,85	\$ 7.494,19
<b>Cirugía de los senos paranasales</b>						
OT3	Sinusotomía combinada bilateral		1	\$ 6.516,69	\$ 6.972,85	\$ 7.494,19
OT4	Antrotomía maxilar radical uni o bilateral		1	\$ 9.241,69	\$ 9.888,61	\$ 10.627,95
OT4A	Cirugías Videoesoscópicas de la Nariz y de los senos paranasales. Adicional derecho de aparatología.			\$ 2.529,17	\$ 2.706,22	\$ 2.908,55
<b>Cirugía de laringe</b>						
OT5	Laringuectomía total		6	\$ 40.968,18	\$ 43.835,95	\$ 47.113,40
OT6	Laringuectomía parcial		6	\$ 34.559,82	\$ 36.979,01	\$ 39.743,80
OT6A	Adicional laringuectomía parcial o total	Por M.A.T. luego del 7º día		\$ 16.541,72	\$ 17.699,64	\$ 19.022,97
OT7	Microcirugía de laringe		1	\$ 6.516,69	\$ 6.972,85	\$ 7.494,19
<b>Cirugía de dientes, encías</b>						
OT8	Operación comando de piso de boca, encía, faringe, trigono		6	\$ 54.276,55	\$ 58.075,91	\$ 62.418,03
OT8A	Adicional Op. Comando piso de boca	Por M.A.T. luego del 7º día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
<b>Cirugía de las glándulas salivales</b>						
OT9	Parotidectomía total o parcial		3	\$ 19.855,61	\$ 21.245,51	\$ 22.833,96
OT10	Submaxilectomía		2	\$ 10.161,14	\$ 10.872,42	\$ 11.685,31
<b>Cirugía de la boca</b>						
OT11	Escisión amplia de mucosa yugal + reconstrucción		1	\$ 10.161,14	\$ 10.872,42	\$ 11.685,31
<b>Cirugía de labios y paladar</b>						
OT12	Queiloplastia		1	\$ 10.613,92	\$ 11.356,89	\$ 12.206,01
OT13	Queiloplastia + palatoplastia		1	\$ 14.019,49	\$ 15.000,85	\$ 16.122,41

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
OT14	Resección amplia de labio con reconstrucción por colgajo		1	\$ 10.161,14	\$ 10.872,42	\$ 11.685,31
<b>Cirugía de la lengua</b>						
OT15	Operación comando de lengua		6	\$ 43.243,18	\$ 46.270,21	\$ 49.729,66
OT15A	Adicional comando de lengua	Por M.A.T. luego del 7º día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
OT16	Glosectomía		2	\$ 21.709,79	\$ 23.229,47	\$ 24.966,25
OT17	Glosectomía subtotal		2	\$ 16.615,33	\$ 17.778,40	\$ 19.107,63
<b>Cirugía de amígdalas adenoideas y faringe</b>						
OT18	Amigdalectomía-Adenoidectomía	incluye eventual colocación de diabólos	1	\$ 6.516,69	\$ 6.972,85	\$ 7.494,19
OT19	Resección Quiste Branquial		1	\$ 8.993,08	\$ 9.622,60	\$ 10.342,04
OT20	Miringotomía	Colocación de diabólos uni o bilateral bajo anestesia gral.	1	\$ 6.868,08	\$ 7.348,84	\$ 7.898,29
OT21	Microcirugía de la fosa Pterigomaxilar		2	\$ 17.279,22	\$ 18.488,76	\$ 19.871,10
OT22A	Laser en ORL. Adicional de aparatología	En estapedectomía , Microcirugía Laringea y/o Traqueoplastia		\$ 2.529,17	\$ 2.706,22	\$ 2.908,55

## ENDOCRINOLOGÍA (EN)

Cirugía de las glándulas tiroideas y paratiroides						
EN1	Tiroidectomía total + Vac. Cervical	con verificación del M.A.T.	4	\$ 39.951,51	\$ 42.748,11	\$ 45.944,23
EN2	Tiroidectomía total	con verificación del M.A.T.	3	\$ 36.476,50	\$ 39.029,85	\$ 41.947,97
EN2A	Adicional tiroidectomía	por M.A.T. luego del 5º día		\$ 15.391,71	\$ 16.469,13	\$ 17.700,47
EN3	Tiroidectomía subtotal o lobectomía		3	\$ 21.852,84	\$ 23.382,54	\$ 25.130,77
EN4	Paratiroidectomía		3	\$ 21.852,84	\$ 23.382,54	\$ 25.130,77
EN4A	Adicional de Paratiroidectomía	Se otorgará exclusivamente para las resecciones de las cuatro glándulas paratiroides en pacientes portadores de IRC. Verificado por MAT		\$ 7.570,86	\$ 8.100,82	\$ 8.706,48
EN5	Resección de quiste tirogloso		1	\$ 8.140,30	\$ 8.710,12	\$ 9.361,35
<b>Cirugía en las glándulas suprarrenales</b>						
EN6	Adrenalectomía bilateral		5	\$ 41.029,29	\$ 43.901,34	\$ 47.183,68
EN7	Adrenalectomía unilateral		5	\$ 37.462,61	\$ 40.084,99	\$ 43.082,00

## SISTEMA RESPIRATORIO (SR)

Cirugía de la pleura						
SR1	Pleurectomía		7	\$ 38.762,61	\$ 41.476,00	\$ 44.577,01
SR2	Drenaje de pleura por toracotomía mínima	Para todo tipo de drenajes de tórax, incluye biopsia de pleura sin video.	4	\$ 25.519,52	\$ 27.305,89	\$ 29.347,45
<b>Cirugía de pulmón y pleura</b>						
SR3	Toracotomía exploradora		4	\$ 38.355,67	\$ 41.040,57	\$ 44.109,02
SR6	Videotoroscopia diagnóstica	Biopsias: pleural – Pulmonar y Mediastinal. Instilación de sust. Químicas.	2	\$ 16.184,77	\$ 17.317,70	\$ 18.612,49
SR7	Videotoroscopia terapéutica	Decorticación – Bullectomía – Nodulesctomía – Resección de tumores mediastinales.	4	\$ 31.404,26	\$ 33.602,56	\$ 36.114,90
SR6A	Adicional derecho de Videotoroscopia			\$ 4.241,68	\$ 4.538,60	\$ 4.877,93

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
SR4	Neumonectomía – lobectomía, segmentectomía	Verificación de MAT	5	\$ 50.658,48	\$ 54.204,58	\$ 58.257,25
SR4A	Adicional neumonectomía lobectomía, segmentectomía	luego del 5º día		\$ 23.094,51	\$ 24.711,13	\$ 26.558,69
SR4B	Resecciones pulmonares atípicas, nodulectomía	Verificación de MAT	3	\$ 33.776,49	\$ 36.140,84	\$ 38.842,96
<b>Cirugía del mediastino</b>						
SR5	Resecciones tumorales mediastinales		4	\$ 36.148,72	\$ 38.679,13	\$ 41.571,03
SR5A	Adicional de tumores Mediastinales	Por MAT luego del 6º día		\$ 17.968,11	\$ 19.225,88	\$ 20.663,32
<b>Cirugía de la Traquea y de los Bronquios</b>						
SR8	Resecciones Endobronquiales y Endotraqueales		1	\$ 5.884,74	\$ 6.296,67	\$ 6.767,45

<b>MAMAS (MA)</b>						
<b>Cirugía de la mama</b>						
MA1	Mastectomía radical o subradical		3	\$ 29.095,92	\$ 31.132,63	\$ 33.460,31
MA2	Mastectomía simple o subcutánea		2	\$ 14.258,38	\$ 15.256,46	\$ 16.397,13
MA3	Cuadrantectomía o resección local de lesión		1	\$ 8.309,75	\$ 8.891,43	\$ 9.556,21
MA4	Mastoplastia	Reconstructiva no Estética. Secundaria a un Ca. de mama uni o bilateral con o sin mamoplastia.	2	\$ 11.495,87	\$ 12.300,58	\$ 13.220,25

<b>VENAS (CV)</b>						
<b>Cirugía de las venas</b>						
CV1	Safenectomía uni o bilateral		1	\$ 12.406,98	\$ 13.275,47	\$ 14.268,03

<b>CIRUGIA VASCULAR</b>						
<b>Cirugía Vasculuar</b>						
AV1	Fistula arteriovenosa simple	Incluye 1 día cama	1	\$ 7.862,52	\$ 8.412,90	\$ 9.041,90
AV2	Fistula arteriovenosa con prótesis	Incluye 1 día cama	1	\$ 9.077,80	\$ 9.713,25	\$ 10.439,48
AV3	Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de las fistulas arteriovenosas	Comprende: Embolectomía .Aneurismas o Seudo Aneurismas (incluye plastia), Fístulas protésicas infectadas (incluye extracción más plastia), Estenosis .	2	\$ 11.741,70	\$ 12.563,62	\$ 13.502,96
AV4	Colocación de catéter COOK o semi implantable	Se facturará cuando el paciente se interne <b>sólo</b> para esta práctica	1	\$ 4.977,79	\$ 5.326,24	\$ 5.724,46
AV5	Colocación de catéter implantable	Se facturará cuando el paciente se interne <b>sólo</b> para esta práctica	1	\$ 4.977,79	\$ 5.326,24	\$ 5.724,46
AV6	Embolectomia de arterias perifericas Tromboendarterectomia Anastomosis Arteriales Arteriorrafias 07-06-01/02	Regiran las mismas inclusiones y exclusiones segun se detalla en Cirugia Cardiovascular Central	1	\$ 5.029,18	\$ 5.381,22	\$ 5.783,56

NOMBRE	CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
--------	-------------	--	-------------------------	-------------------	-------------------------

GASTROINTESTINAL (GA)						
<b>Cirugía del esófago</b>						
GE1	Cirugía del esófago	excepto GE 2	4	\$ 35.711,22	\$ 38.211,00	\$ 41.067,90
GE2	Esofagectomía (con o sin reconstrucción)		7	\$ 55.401,55	\$ 59.279,66	\$ 63.711,78
GE2A	Adicional esofagectomía	M.A.T. luego del 8º día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
GE3	Hernioplastia hiatal-Reflujo Gastro Esofágico Grave		4	\$ 37.462,61	\$ 40.084,99	\$ 43.082,00
GE4	Hernioplastia unilateral	incluye umbilical, epigástrica y crural	1	\$ 17.072,27	\$ 18.267,33	\$ 19.633,11
GE5	Hernioplastia bilateral		1	\$ 18.227,83	\$ 19.503,78	\$ 20.962,01
GE6	Eventración-hernia recidivada		3	\$ 32.519,54	\$ 34.795,91	\$ 37.397,47
GE7	Cirugía de la obstrucción intestinal		4	\$ 49.447,37	\$ 52.908,68	\$ 56.864,47
GE7A	Adicional obstrucción intestinal	M.A.T. Luego 5º día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
GE8	Resección de tumor retroperitoneal		4	\$ 49.447,37	\$ 52.908,68	\$ 56.864,47
GE9	Drenaje de absceso subfrénico o intraperitoneal		6	\$ 34.290,38	\$ 36.690,71	\$ 39.433,94
<b>Cirugía del estómago</b>						
GE10	Gastrectomía subtotal o vagotomía + piloroplastia o gastrorrafia	Incluye extracción de cuerpo extraño o de tumores benignos o gastrectomías parciales	7	\$ 57.429,34	\$ 61.449,39	\$ 66.043,74
GE11	Gastrectomía total		7	\$ 65.575,19	\$ 70.165,46	\$ 75.411,47
GE11A	Adicional cirugía gástrica	M.A.T. luego del 8º día. Para los códigos GE 10 y GE 11.		\$ 20.082,00	\$ 21.487,74	\$ 23.094,30
<b>Cirugía del intestino</b>						
GE12	Enterectomía		6	\$ 47.255,69	\$ 50.563,59	\$ 54.344,05
GE13	Enterostomía – enterotomía-enteroenteroanastomosis		5	\$ 49.845,98	\$ 53.335,20	\$ 57.322,88
<b>Cirugía del Colon y Recto</b>						
GE14	Colectomía total		5	\$ 62.586,30	\$ 66.967,34	\$ 71.974,24
GE15	Hemicolectomía	Incluye operación de Dixon o Hartman.	5	\$ 59.808,51	\$ 63.995,11	\$ 68.779,79
GE16	Procto – colectomía total		6	\$ 61.458,51	\$ 65.760,61	\$ 70.677,29
GE17	Procto sigmoidectomía		6	\$ 53.269,60	\$ 56.998,47	\$ 61.260,04
GE17A	Adicional cirugía de colon resectiva	Puede adicionarse a los módulos comprendidos entre el GE 14 y el GE 17. M.A.T. luego del 7º día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
GE18	Colostomía o cierre de		4	\$ 37.218,17	\$ 39.823,44	\$ 42.800,89
GE19	Apendicectomía		3	\$ 20.052,84	\$ 21.456,54	\$ 23.060,76
GE19A	Adicional apendicectomía	luego del 4º día		\$ 14.341,71	\$ 15.345,63	\$ 16.492,97
GE20	Prolapso rectal por vía abdominal		3	\$ 25.583,41	\$ 27.374,25	\$ 29.420,92
<b>Cirugía del Ano</b>						

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
GE21	Hemorroides – Fístula – Fisura – Absceso – Prolapso		1	\$ 9.869,47	\$ 10.560,34	\$ 11.349,89
<b>Cirugía del hígado y vías</b>						
GE22	Lobectomía hepática	Verificada por M.A.T.	5	\$ 51.655,71	\$ 55.271,61	\$ 59.404,06
GE22B	Resección hepática Atípica, Metastaectomía o quistectomía	Verificada por M.A.T.	4	\$ 36.836,22	\$ 39.414,75	\$ 42.361,65
GE22C	Lobectomía hepática ampliada a otros segmentos con anastomosis bilio-digestiva	Verificada por M.A.T.	7	\$ 80.479,40	\$ 86.112,96	\$ 92.551,31
GE22A	Adicional lobectomía	M.A.T. luego del 7º día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
GE23	Colecistectomía # Programada o de urgencia	En establecimiento cat. II en la urgencia.	3	\$ 26.670,91	\$ 28.537,88	\$ 30.671,55
GE23A	Adicional colecistectomía de urgencia	Con cualquier técnica convencional o laparoscópica, con Ecografía abdominal, y la presentación de Anatomía patológica.		\$ 4.515,29	\$ 4.831,36	\$ 5.192,58
GE25	Colecistectomía laparoscópica		1	\$ 17.869,50	\$ 19.120,36	\$ 20.549,92
GE25A	Adicional derecho aparatoología			\$ 3.998,62	\$ 4.278,53	\$ 4.598,42
GE26	Cirugía de la vía biliar principal	Para la extracción quirúrgica de calculos de la vía biliar . Para anastomosis coledoco duodenales	5	\$ 54.276,55	\$ 58.075,91	\$ 62.418,03
GE26A	Adicional cirugía de la vía biliar	Por M.A.T. luego del 7º día		\$ 6.923,63	\$ 7.408,29	\$ 7.962,18
<b>Cirugía del Páncreas</b>						
GE27	Cirugía del Páncreas	incluye Cisto gastro anastomosis o cisto yeyuno anastomosis	3	\$ 65.575,19	\$ 70.165,46	\$ 75.411,47
GE28	Duodeno pancreatectomía	Verificado por M.A.T.	7	\$ 72.221,05	\$ 77.276,52	\$ 83.054,20
GE28A	Adicional duodeno pancreatectomía	Por M.A.T. luego 7º día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
<b>Cirugía del bazo</b>						
GE29	Esplenectomía	En establecimientos categoría I sólo por traumatismo	4	\$ 43.864,02	\$ 46.934,50	\$ 50.443,62
GE29A	Adicional esplenectomía	Por M.A.T. luego del 5º día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
<b>Módulos especiales gastroenterológicos</b>						
GE30	Gastrotomía endoscópica con video			\$ 5.956,96	\$ 6.373,95	\$ 6.850,51
GE31	Extracción cálculos coledocianos por video			\$ 5.956,96	\$ 6.373,95	\$ 6.850,51
GE32	Colocación prótesis biliar o pancreática	Excluye Prótesis		\$ 5.956,96	\$ 6.373,95	\$ 6.850,51
GE33	Recambio de prótesis biliar	Excluye Prótesis		\$ 5.956,96	\$ 6.373,95	\$ 6.850,51
GE34	Resolución endoscópica de várices esofágicas (ligadura o esclerosis)			\$ 5.354,18	\$ 5.728,98	\$ 6.157,31
GE35	Colocación de prótesis esofágica con video	Excluye Prótesis		\$ 5.956,96	\$ 6.373,95	\$ 6.850,51
GE36	Extracción cuerpo extraño alto-bajo con video			\$ 5.354,18	\$ 5.728,98	\$ 6.157,31

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN OBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
GE37	Polipectomía endoscópica alta-baja con video O MUCOSECTOMIA			\$ 5.354,18	\$ 5.728,98	\$ 6.157,31
GE38	Laparoscopias diagnósticas	Procedimientos quirúrgicos diagnósticos, biopsia y/o drenajes de hígado, ganglio, epiplón, peritoneo, etc. No puede ser sumado a ningún módulo quirúrgico.	1	\$ 7.034,74	\$ 7.527,17	\$ 8.089,95
GE38A	Adicional por aparatología			\$ 4.515,29	\$ 4.831,36	\$ 5.192,58
GE39	Laparotomía exploradora	Casos en que luego de una cirugía no fue posible realizar maniobras y ésta se limitó a la toma de biopsia o muestra de algún tipo. Con autorización del M.A.T. No puede ser sumado a ningún módulo quirúrgico.	3	\$ 27.691,75	\$ 29.630,17	\$ 31.845,51
GE40	Estenosis pilórica	Tratamiento quirúrgico en pediatría	3	\$ 12.540,31	\$ 13.418,14	\$ 14.421,36
GE41	Hernioplastia diafragmática (excluye Hiatus)		4	\$ 23.770,90	\$ 25.434,87	\$ 27.336,54
GE41A	Hernioplastia diafragmática (complicación)	A partir del 5º día para Hernioplastia complicada. Autorizada por MAT.		\$ 14.268,10	\$ 15.266,86	\$ 16.408,31
<b>Laparoscopias terapéuticas</b>		Para cirugías nombradas que se realicen por vía laparoscópica. Corresponde las unidades del módulo que resuelve la patología, más el adicional por				
GE42A	Adicional por aparatología	Autorización de la indicación sujeta a Auditoría Médica		\$ 3.808,34	\$ 4.074,93	\$ 4.379,60
<b>Derivaciones</b>						
GE43	Derivacion Bilio Digestiva	Incluye coledocoduodenoanastomosis y hepatoyeyunoanastomosis	6	\$ 54.276,55	\$ 58.075,91	\$ 62.418,03
GE44	Gastro yeyuno anastomosis		5	\$ 46.522,36	\$ 49.778,92	\$ 53.500,71
GE45	Reconstrucción de Hartman		5	\$ 51.405,71	\$ 55.004,11	\$ 59.116,56
GE50	Cirugia Bariátrica por Vía Laparoscópica	<b>Incluye:</b> Internación de hasta 3 días (1 en UTI y 2 en Piso) Derechos y gastos quirúrgicos. Derecho instrumental Quirúrgicos. Medicamentos y Materiales Descartables. Monitoreo Intraoperatorio. Analisis clinico segun requerimiento. Imagenes segun requerimiento. Anatomía Patológica Nomenclada. Trocares. Pinzas y aspiracion especial. Uso de Laparoscopio. Tijera Harmonic laparoscopica. Suturas Mecanicas (las necesarias). Trocares Opticos descartables (hasta 7). Punta de bisturi armonico (uno) Honorarios del equipo quirúrgico. Consulta de seguimiento postquirurgico durante el primer mes(control cirugía, nutrición, clínica medica y salud mental) <b>Excluye:</b> Honorarios de Anestesiología, que serán facturados según A.A.A. Anatomía Patológica no Nomenclada, marcadores tumorales e inmunológicos. Reintervenciones. Transfusión de Hemoderivados (GR, Plasma, Plaquetas, GB). Plaquetoferesis-Plasmaferesis-Transfusiones de Glóbulos Blancos.	3	\$ 114.995,74	\$ 123.045,44	\$ 132.245,10
<b>GANGLIOS LINFÁTICOS (LI)</b>						
LI1	Linfadenectomía (cervical-inguinal)	No corresponde si se realiza con anestesia local. Verificado por MAT. Comprende derivaciones linfovenosas	3	\$ 24.519,52	\$ 26.235,88	\$ 28.197,44
LI2	Linfadenectomía Axilar	No corresponde si se realiza con anestesia local. Verificado por MAT	2	\$ 13.547,26	\$ 14.495,57	\$ 15.579,35
LI3	Extracción de ganglio bajo anestesia local		1	\$ 7.975,02	\$ 8.533,28	\$ 9.171,28

**RIÑÓN Y URETER (NU)**

NU1	Nefro – ureterectomía + cistectomía parcial		6	\$ 45.243,19	\$ 48.410,21	\$ 52.029,67
NU2	Nefrectomía total		6	\$ 49.845,98	\$ 53.335,20	\$ 57.322,88
NU3	Nefrectomía parcial		6	\$ 45.243,19	\$ 48.410,21	\$ 52.029,67
NU1A	Adicional anteriores	MAT luego del 7º día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
NU4	Cirugía del uréter – Pielotomía		5	\$ 41.205,68	\$ 44.090,07	\$ 47.386,53



NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
NU5	Nefrostomía – Nefrotomía – Lumbotomía		3	\$ 23.773,68	\$ 25.437,84	\$ 27.339,73
NU6	Tratamiento de la estenosis ureteropielica		5	\$ 41.205,68	\$ 44.090,07	\$ 47.386,53
NU7	Derivaciones ureterales ext. o int.		5	\$ 45.243,19	\$ 48.410,21	\$ 52.029,67
NU8	Ureteroplastía		2	\$ 34.559,82	\$ 36.979,01	\$ 39.743,80
<b>Cirugía de la vejiga</b>						
NU9	Cistectomía total con derivación		6	\$ 46.565,41	\$ 49.824,99	\$ 53.550,23
NU9A	Adicional Cistectomía total con derivación	Por Mat. luego del 6° día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
NU10	Cistectomía parcial – Cistoplastía		5	\$ 39.902,90	\$ 42.696,10	\$ 45.888,33
NU10A	Adicional Cistectomía parcial	Mat luego del 7° día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
NU11	Tratamiento de fístula vesical a piel o asa intestinal		5	\$ 35.486,22	\$ 37.970,25	\$ 40.809,15
NU11A	Adicional fistula vesical	Por MAT luego del 7° día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
NU12	Cistostomía		2	\$ 18.495,89	\$ 19.790,60	\$ 21.270,27
NU13	Resección endoscópica de cuello o tumor de vejiga o litotricia vesical endoscópica	Deberá adjuntar anatomía patológica de la pieza completa. Incluye Ansa de Resección	3	\$ 27.591,75	\$ 29.523,17	\$ 31.730,51
NU13A	Adicional derecho de aparatología			\$ 3.373,62	\$ 3.609,77	\$ 3.879,66
<b>Cirugía de la uretra</b>						
NU14	Uretroplastía externa o interna		1	\$ 41.870,96	\$ 44.801,92	\$ 48.151,60
NU15	Uretrotomía – Meatoplastía		1	\$ 30.129,26	\$ 32.238,30	\$ 34.648,64
<b>Cirugía de la próstata</b>						
NU16	Prostatectomía radical		7	\$ 39.364,00	\$ 42.119,49	\$ 45.268,61
NU16A	Adicional de Prostatectomía radical	Autorizado por MAT, a partir del 8 día		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
NU17	Adenomectomía prostática		4	\$ 36.482,05	\$ 39.035,80	\$ 41.954,36
NU18	R.T.U. de próstata	Para resecciones transuretrales. Incluye Ansa de Resección	3	\$ 24.125,07	\$ 25.813,83	\$ 27.743,83
NU18A	Adicional derecho de aparatología			\$ 3.373,62	\$ 3.609,77	\$ 3.879,66
NU19	Punción biopsia de próstata		1	\$ 6.868,08	\$ 7.348,84	\$ 7.898,29
NU20	Videorresección de próstata y vejiga	Incluye Ansa de resección	2	\$ 21.286,17	\$ 22.776,21	\$ 24.479,10
NU20A	Adicional derechos de aparatología			\$ 3.808,34	\$ 4.074,93	\$ 4.379,60
<b>Cirugía del testículo, cordón y escroto</b>						
NU21	Orquidectomía uni o bilateral		2	\$ 11.102,81	\$ 11.880,01	\$ 12.768,23
NU22	Orquidopexia uni o bilateral		2	\$ 11.102,81	\$ 11.880,01	\$ 12.768,23

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
NU23	Hidrocele – Varicocele – Escrotoplastia- Anastomosis conducto deferente.		2	\$ 11.102,81	\$ 11.880,01	\$ 12.768,23
NU24	Torsión de testículo – absceso de testículo		2	\$ 10.161,14	\$ 10.872,42	\$ 11.685,31
NU36	Vasectomía	De acuerdo a normas legales vigentes	1	\$ 4.613,90	\$ 4.936,88	\$ 5.305,99
<b>Cirugía del pene</b>						
NU25	Amputación de pene + vaciamiento		6	\$ 25.108,41	\$ 26.866,00	\$ 28.874,67
NU25A	Adicional Amputación de pene + vac.	Por MAT luego 7º día		\$ 14.019,49	\$ 15.000,85	\$ 16.122,41
NU26	Amputación de pene		2	\$ 14.019,49	\$ 15.000,85	\$ 16.122,41
NU27	Operación plástica de pene. Colocación de Prótesis peneana.		1	\$ 8.837,53	\$ 9.456,15	\$ 10.163,15
NU28	Fimosis		1	\$ 6.868,08	\$ 7.348,84	\$ 7.898,29
<b>Módulos especiales</b>						
NU29	Ureterorrenoscopia diagnóstica			\$ 6.600,02	\$ 7.062,02	\$ 7.590,02
NU30	Ureterorrenoscopia terapéutica			\$ 11.290,31	\$ 12.080,63	\$ 12.983,86
NU31	Nefrostomía percutánea			\$ 6.600,02	\$ 7.062,02	\$ 7.590,02
NU32	Cambio de nefrostomía			\$ 6.600,02	\$ 7.062,02	\$ 7.590,02
NU33	Litotricia vesical percutánea			\$ 6.600,02	\$ 7.062,02	\$ 7.590,02
NU34	Nefrolitotomía percutánea			\$ 11.290,31	\$ 12.080,63	\$ 12.983,86
NU35	Colocación terapéutica cateter ureteral			\$ 6.600,02	\$ 7.062,02	\$ 7.590,02
NU36	MODULO DE REASIGNACION DE GENERO	Incluye: Internación en Habitación compartida hasta 5 días (1 en UTI). Honorarios Profesionales e Instrumentadora. Derechos Quirúrgicos y Gastos de Quirófano. Material descartable y medicamentos. Anatomía Patológica Nomenclada. Evaluación Integral Psicofísico quirúrgica. Excluye:Honorarios Anestesiología. Transfusión de Hemoderivados (GR, Plasma, Plaquetas, GB) Aféresis. Anatomía Patológica No Nomenclada Marcadores tumorales e Inmunológicos. Materiales Protésicos y/o Implantables		\$ 321.599,56	\$ 344.111,53	\$ 369.839,49

<b>GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (GO)</b>						
<b>Cirugía del ovario y trompas</b>						
GO1	Cirugía del ovario		2	\$ 14.300,04	\$ 15.301,05	\$ 16.445,05
GO2	Embarazo ectópico		2	\$ 15.698,66	\$ 16.797,56	\$ 18.053,46
GO3	Cirugía laparoscópica de ovario, trompa o miomectomía.		1	\$ 15.643,10	\$ 16.738,12	\$ 17.989,57
GO3A	Adicional derecho de aparatología			\$ 1.984,73	\$ 2.123,66	\$ 2.282,44
GO22	Ligadura de Trompas	De acuerdo a normas legales vigentes	1	\$ 11.875,03	\$ 12.706,29	\$ 13.656,29
<b>Cirugía del útero</b>						
GO4	Histerectomía radical		5	\$ 31.944,54	\$ 34.180,66	\$ 36.736,22
GO4A	Adicional histerectomía radical	Por MAT luego del 5º día		\$ 15.854,21	\$ 16.964,01	\$ 18.232,35
GO5	Histerectomía		4	\$ 24.383,41	\$ 26.090,24	\$ 28.040,92
GO5A	Adicional Histerectomía	Por MAT luego del 5º día		\$ 15.854,21	\$ 16.964,01	\$ 18.232,35
GO6	Histerectomía laparoscópica		2	\$ 16.704,22	\$ 17.873,51	\$ 19.209,85

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
GO6A	Adicional derecho aparatología			\$ 3.373,62	\$ 3.609,77	\$ 3.879,66
GO7	Miomectomía abdominal o Histerocele.		2	\$ 14.734,77	\$ 15.766,20	\$ 16.944,98
GO8	Miomectomía vaginal		1	\$ 9.150,03	\$ 9.790,53	\$ 10.522,53
GO9	Legrado uterino		1	\$ 6.600,02	\$ 7.062,02	\$ 7.590,02
GO10	Amputación de cuello o conización		1	\$ 9.150,03	\$ 9.790,53	\$ 10.522,53
GO11	Cerclaje de cuello		1	\$ 9.150,03	\$ 9.790,53	\$ 10.522,53
GO12	Histeroscopia terapéutica		1	\$ 5.026,40	\$ 5.378,25	\$ 5.780,36
GO12A	Adicional derechos de aparatología			\$ 3.373,62	\$ 3.609,77	\$ 3.879,66
GO13	Conización cervical con asa diatérmica	Se refiere a procedimientos de conización con Asa Diatérmica o LEEP	1	\$ 6.868,08	\$ 7.348,84	\$ 7.898,29
GO13A	Adicional derecho de aparatología			\$ 3.373,62	\$ 3.609,77	\$ 3.879,66
<b>Operación en vagina, vulva y periné</b>						
GO14	Colporrafia anterior y/o posterior		2	\$ 17.255,61	\$ 18.463,50	\$ 19.843,95
GO15	Vulvectomía radical + vaciamiento		5	\$ 29.308,42	\$ 31.360,01	\$ 33.704,68
GO16	Vulvectomía		2	\$ 13.170,87	\$ 14.092,83	\$ 15.146,50
GO17	Cirugía ginecológica menor		1	\$ 6.516,69	\$ 6.972,85	\$ 7.494,19
GO21	Exeresis de lesión de cuello. Técnica LEEP	Se refiere a resecciones de lesiones de cuello uterino con Asa Diatérmica o LEEP se excluye a la conización		\$ 10.673,64	\$ 11.420,80	\$ 12.274,69
GO23	Colocación de Sling Vaginal		1	\$ 15.316,71	\$ 16.388,88	\$ 17.614,22
<b>Operación obstétrica</b>						
GO18	Parto y Atención del Recién Nacido		2	\$ 16.837,55	\$ 18.016,18	\$ 19.363,18
GO19	Cesárea y Atención del Recién Nacido		3	\$ 16.837,55	\$ 18.016,18	\$ 19.363,18
GO20	Embarazo de alto riesgo	Comprende: hipertensión arterial, preexistente ó inducida por embarazo, con niveles diastólicos mayores a 100 mmHg y falta de respuesta a medicación ambulatoria habitual. -Crisis Eclámpsica.- Diabetes pre gestacional o gestacional descompensada. -hemorragia placentaria del tercer trimestre con riesgo de hipoxia severa del producto. -Embarazo múltiple complicado. -Infecciones víricas bacterianas o parasitarias. Considerando que el embarazo de alto riesgo dará origen a un producto también de alto riesgo, deberá jerarquizarse que la unidad obstétrica receptora cuente con rápido acceso a una Unidad Neonatal categoría B ó C no incluye el gasto de las primeras horas de vida.	4	\$ 23.483,40	\$ 25.127,24	\$ 27.005,91
GO18A	ADICIONAL NACIMIENTO MULTIPLE	Para otorgar en los partos o cesáreas con más de un neonato, se aplica un adicional por cada neonato		\$ 1.058,34	\$ 1.132,42	\$ 1.217,09
<b>TRAUMATOLOGIA (TR)</b>						
<b>Fracturas desplazadas sin Tratamiento Quirúrgico</b>						
TR1	Columna cervical, dorsal o lumbar		4	\$ 30.866,76	\$ 33.027,43	\$ 35.496,77
TR2	Húmero, esternón, escápula, cúbito y radio		1	\$ 7.733,36	\$ 8.274,69	\$ 8.893,36
TR3	Pelvis, fémur		2	\$ 15.466,71	\$ 16.549,38	\$ 17.786,72
TR4	Tibia, peroné, supracondilea de Húmero, maxilar.		2	\$ 21.483,40	\$ 22.987,23	\$ 24.705,91

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
TR5	Carpó, tarso, metacarpo, metatarso, huesos propios de la nariz		1	\$ 7.733,36	\$ 8.274,69	\$ 8.893,36
<b>Tratamiento quirúrgico de las fracturas</b>						
TR6	Fracturas de Columna cervical, dorsal o lumbar		4	\$ 39.877,90	\$ 42.669,35	\$ 45.859,58
TR7	Pelvis, sacro y fémur		2	\$ 20.598,67	\$ 22.040,58	\$ 23.688,47
TR8	Húmero, tibia más peroné, cúbito más radio		2	\$ 15.461,16	\$ 16.543,44	\$ 17.780,33
TR9	Tibia, cúbito, radio, carpo, rótula, tarso, clavícula, escápula, huesos propios, maxilar sup. e inferior.		1	\$ 9.150,03	\$ 9.790,53	\$ 10.522,53
TR10	Esternón, costillas		1	\$ 9.150,03	\$ 9.790,53	\$ 10.522,53
TR11	Metacarpo, metatarso, falange		1	\$ 9.150,03	\$ 9.790,53	\$ 10.522,53
<b>Resecciones parciales de huesos / Osteoplastias / Pseudoartrosis</b>						
TR12	Exploración, drenaje, legrado, secuestrectomía,		1	\$ 9.150,03	\$ 9.790,53	\$ 10.522,53
TR13	Extracción de osteosíntesis	Para su facturación deberá adjuntar el Material Extraído debidamente lavado y envuelto en doble pouch.	1	\$ 9.150,03	\$ 9.790,53	\$ 10.522,53
TR14	Extracción de tutores externos	Para su facturación deberá adjuntar el Material Extraído debidamente lavado y envuelto en doble pouch	1	\$ 9.150,03	\$ 9.790,53	\$ 10.522,53
TR14A	Extracción de Prótesis y Colocación de Espaciador	Estudios Complementarios que avalen el Diagnóstico motivo de la Extracción. Rx pre y post quirúrgica. Para su facturación deberá adjuntar el Material Extraído debidamente lavado y envuelto en doble pouch.	1	\$ 9.454,19	\$ 10.115,99	\$ 10.872,32
TR17	Húmero		3	\$ 15.972,27	\$ 17.090,33	\$ 18.368,11
TR18	Clavícula, cúbito, radio, carpo y tarso		2	\$ 12.644,48	\$ 13.529,60	\$ 14.541,15
TR19	Metacarpiano-metatarso-falanges		2	\$ 10.329,20	\$ 11.052,24	\$ 11.878,58
TR20	Fémur – tibia – peroné		4	\$ 20.598,67	\$ 22.040,58	\$ 23.688,47
<b>Osteotomías correctivas</b>						
TR15	Húmero, Fémur, Tibia y Peroné		3	\$ 15.972,27	\$ 17.090,33	\$ 18.368,11
TR16	Resto de los huesos		2	\$ 12.644,48	\$ 13.529,60	\$ 14.541,15
<b>Artrotomía</b>						
TR21	Sacroiliaco, hombro y cadera		2	\$ 15.972,27	\$ 17.090,33	\$ 18.368,11
TR22	Codo, muñeca, rodilla, tobillo		2	\$ 12.726,43	\$ 13.617,28	\$ 14.635,39
TR23	Metacarpo, metatarso, falanges, esternoclavicular, condrocostal, etc.		1	\$ 5.584,74	\$ 5.975,67	\$ 6.422,45
<b>Artroplastias</b>						
TR24	Cadera por fractura		5	\$ 43.289,02	\$ 46.319,25	\$ 49.782,37
TR25	Cadera por artrosis		5	\$ 37.040,39	\$ 39.633,21	\$ 42.596,44
TR26	Artroplastia de rodilla		3	\$ 43.287,63	\$ 46.317,76	\$ 49.780,77
TR24A	Adicional de artroplastia de cadera/rodilla	Por MAT luego del 5º día. Para ser utilizado en cualquier tipo de Artroplastia y en Revisiones con complicaciones justificadas		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
TR27	Otras Artroplastias		2	\$ 19.716,72	\$ 21.096,90	\$ 22.674,23
<b>Artrodesis</b>						

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN OBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
TR28	Artrodesis de Columna cervical, dorsal, lumbar		4	\$ 60.922,40	\$ 65.186,97	\$ 70.060,76
TR29	Hombro. Cadera. Rodilla		1	\$ 18.830,61	\$ 20.148,75	\$ 21.655,20
TR30	Muñeca, codo, tarso, carpo, metatarso, metacarpo, tobillo etc.		1	\$ 14.400,04	\$ 15.408,05	\$ 16.560,05
<b>Sutura de articulaciones – Escisión de bolsas serosas</b>						
TR31	Sutura de articulaciones		1	\$ 6.868,08	\$ 7.348,84	\$ 7.898,29
TR32	Operaciones en bolsas serosas		1	\$ 6.868,08	\$ 7.348,84	\$ 7.898,29
<b>Luxaciones</b>						
<b>Tratamiento incruento</b>						
TR33	Columna cervical – dorsal o lumbar-cadera		2	\$ 16.615,33	\$ 17.778,40	\$ 19.107,63
TR34	Clavicula - codo - hombro – tobillo – rodilla		1	\$ 11.519,48	\$ 12.325,84	\$ 13.247,40
<b>Tratamiento quirúrgico</b>						
TR35	Tratamiento quirúrgico de Columna cervical - dorsal o lumbar		4	\$ 29.297,31	\$ 31.348,12	\$ 33.691,90
TR36	Cadera – Rodilla		3	\$ 28.241,75	\$ 30.218,67	\$ 32.478,01
TR37	Clavicula, codo, hombro, tobillo, temporomandibular.		2	\$ 14.097,26	\$ 15.084,07	\$ 16.211,85
TR38	Metacarpo – metatarso, etc.		1	\$ 6.868,08	\$ 7.348,84	\$ 7.898,29
<b>Operaciones en los músculos</b>						
TR39	Miomectomías y Resecciones Tumorales		2	\$ 11.452,81	\$ 12.254,51	\$ 13.170,73
TR40	Escisión de lesión local de músculo. Reseccion Parcial		1	\$ 6.868,08	\$ 7.348,84	\$ 7.898,29
<b>Operaciones en tendones, vainas tendinosas, fascias y ligamentos</b>						
TR41	Exploración drenaje		1	\$ 6.868,08	\$ 7.348,84	\$ 7.898,29
TR42	Tenoplastia simple, complejas		1	\$ 6.868,08	\$ 7.348,84	\$ 7.898,29
TR43	Tenorrafias/Enfermedad de Dupuytren/Tunel Carpiano		1	\$ 9.241,69	\$ 9.888,61	\$ 10.627,95
<b>Amputaciones y desarticulaciones</b>						
TR44	Interescapulotorácica		3	\$ 11.519,48	\$ 12.325,84	\$ 13.247,40
TR45	Hombro		4	\$ 20.598,67	\$ 22.040,58	\$ 23.688,47
TR46	Brazo, codo, antebrazo		3	\$ 16.758,38	\$ 17.931,47	\$ 19.272,14
TR47	Cadera		5	\$ 35.955,66	\$ 38.472,56	\$ 41.349,01
TR48	Muslo y Pierna		4	\$ 28.898,70	\$ 30.921,60	\$ 33.233,50
TR49	Pie		2	\$ 15.461,16	\$ 16.543,44	\$ 17.780,33
TR50	Mano		2	\$ 12.250,04	\$ 13.107,54	\$ 14.087,54
TR51	Dedos		1	\$ 6.868,08	\$ 7.348,84	\$ 7.898,29
<b>Otros procedimientos</b>						

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
TR52	Discectomía cervical, dorsal, lumbar		3	\$ 25.697,30	\$ 27.496,11	\$ 29.551,89
TR52A	Adicional Discectomía	A partir del quinto día, por complicaciones debidamente fundadas		\$ 5.870,85	\$ 6.281,81	\$ 6.751,48
TR55	Hallux Valgus uni o bilateral o dedos en garra		1	\$ 9.758,36	\$ 10.441,45	\$ 11.222,12
TRS57	Artroscopia Simple	Patología Meniscal, ratas intraarticulares. Osteocondritis sin injerto. Incluye retrobisturí, Puntas de Shaver, Puntas de Radiofrecuencia, sistemas de termoablación, Hemosuctor, Hilos, tubuladura para Bomba de Infusión, Campos Adhesivos e instrumental específico de uso habitual. Para su solicitud deberá adjuntar informe de RMN que acredite la Patología	1	\$ 12.370,87	\$ 13.236,83	\$ 14.226,50
TRS57A	Adicional por Derecho de Aparatología	Adicional por derecho de uso de aparatología		\$ 3.579,18	\$ 3.829,72	\$ 4.116,05
TRS57B	Adicional por HHMM	No incluye anestesia		\$ 5.306,96	\$ 5.678,45	\$ 6.103,00
TRC57	Artroscopia Compleja	Cualquier intervención sobre Hombro o reconstrucción ligamentaria de rodilla. Incluye retrobisturí, Puntas de Shaver, Puntas de Radiofrecuencia, sistemas de termoablación, Hemosuctor, Hilos, tubuladura para Bomba de Infusión, Campos Adhesivos e instrumental específico de uso habitual. Para su solicitud deberá adjuntar informe de RMN que acredite la Patología	1	\$ 15.316,71	\$ 16.388,88	\$ 17.614,22
TRC57A	Adicional por Derecho de Aparatología	Adicional por derecho de uso de aparatología		\$ 3.579,18	\$ 3.829,72	\$ 4.116,05
TR66	Artroscopia de Cadera	Incluye instrumental específico y descartables.	1	\$ 15.316,71	\$ 16.388,88	\$ 17.614,22
TR66A	Adicional por Derecho de Aparatología	Adicional por derecho de uso de aparatología para Artroscopia de Cadera		\$ 3.579,18	\$ 3.829,72	\$ 4.116,05
TR58A	Adicional por Microcirugía en Prácticas nombradas en traumatología	Para casos debidamente Justificados. Autorización por MAT		\$ 3.020,84	\$ 3.232,30	\$ 3.473,97
TR59	Cirugía de la columna videoasistida	Laminectomías – Discectomías – Fijaciones	2	\$ 17.279,22	\$ 18.488,76	\$ 19.871,10
TR59A	Adicional por derecho de aparatología			\$ 3.579,18	\$ 3.829,72	\$ 4.116,05
TR60	Cifoplastias - Vertebroplastias	Para su solicitud deberá adjuntar informe de RMN y/o TAC que acredite la Patología	3	\$ 15.580,60	\$ 16.671,24	\$ 17.917,69
TR61	Colocación de Dispositivos Intersomáticos	Para su solicitud deberá adjuntar informe de RMN y/o TAC que acredite la Patología	3	\$ 16.829,22	\$ 18.007,26	\$ 19.353,60
TR62	Colocación de Dispositivos Intersomáticos	Para su solicitud deberá adjuntar informe de RMN y/o TAC que acredite la Patología	2	\$ 16.829,22	\$ 18.007,26	\$ 19.353,60
TR63A	MODULO ESPECIAL DE CADERA	INCLUYE: Internación de hasta 4 días (1 en UTI y 3 en Piso). Derechos y gastos de quirúrgicos. Honorarios profesionales de cirujanos especialistas, ayudantes e instrumentadoras. Anatomía patológica nombrada. Medicamentos y Material descartable. Laboratorio nombrado. Radiología/TAC nombrada. <b>Incluye en el Modulo A: Clavo placa, DHS o similar</b> Excluye: UCER (unidad de cuidados especiales respiratorios) Ortesis y férulas Tutores externos Vías laparoscópicas Honorarios medico anestesiólogo que se facturaran por A.A.A. Transfusión de hemoderivados (GR, Plasma, Plaquetas, GB) Procedimientos de aféresis Anatomía patológica no nombrada, marcadores tumorales, etc.	4	\$ 122.917,03	\$ 131.521,22	\$ 141.354,58
TR63B	MODULO ESPECIAL DE CADERA	INCLUYE: Internación de hasta 4 días (1 en UTI y 3 en Piso) Derechos y gastos de quirúrgicos. Honorarios profesionales de cirujanos especialistas, ayudantes e instrumentadoras. Anatomía patológica nombrada. Medicamentos y Material descartable. Laboratorio nombrado. Radiología/TAC nombrada. <b>Incluye en el Modulo B: PTC</b> Excluye: UCER (unidad de cuidados especiales respiratorios) Ortesis y férulas Tutores externos Vías laparoscópicas Honorarios medico anestesiólogo que se facturaran por A.A.A. Transfusión de hemoderivados (GR, Plasma, Plaquetas, GB) Procedimientos de aféresis Anatomía patológica no nombrada, marcadores tumorales, etc.	4	\$ 163.194,93	\$ 174.618,57	\$ 187.674,16
TR64	RECONSTRUCCION BIOLÓGICA EN HUESOS LARGOS	INCLUYE: Internación de hasta 4 días (1 en UTI y 3 en Piso). Derechos y gastos quirúrgicos. Honorarios Cirujano, Ayudantes y Monitoristas. Medicamentos y materiales descartables. Yesos-Vendajes. Arco en "C". Anatomía Patológica Nombrada. EXCLUYE: Sustancias Radiactivas. Material Protésico y Osteosíntesis. Ortesis. Estudios y prácticas No Nombradas. Transfusión de Hemoderivados (GR, Plasma; Plaquetas; GB). Plasmaféresis, Aféresis Etc. Honorarios de Anestesiología. Anatomía Patológica No Nombrada Tutores externos no convencionales.	4	\$ 181.944,98	\$ 194.681,13	\$ 209.236,73

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)																								
<b>CIRUGÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO</b>																														
PI1	Resección de quiste dermoideo-sacro-coxígeo	Autorizado por MAT y prot. Anat. patológica	2	\$ 11.243,09	\$ 12.030,10	\$ 12.929,55																								
PI2	Resección de angioma cavernoso	autorizado por M.A.T y prot.anat.patológica	1	\$ 8.234,75	\$ 8.811,18	\$ 9.469,96																								
PI3	Escisión amplia de piel	Para resecciones completas de lesiones de piel (excluye parciales o biopsias) o lesiones que comprenden estructuras vecinas.13.01.02, acompañad	1	\$ 4.163,90	\$ 4.455,37	\$ 4.788,49																								
<b>MISCELÁNEAS</b>																														
MI1	Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad (menos de un día de internación)	Comprende los siguientes códigos del NN: 01.04.02 - 02.02.03 - 03.04.07 - 03.05.05 - 03.06.07 - 03.08.08 - 03.10.04 - 03.13.02 - 05.04.10 - 07.01.11(terapéutico)- 07.06.08 // 08.07.15 -08.06.16 - 10.01.15 - 10.03.05 - 10.03.06 - 13.02.04. Tratamiento endoscópico de la incontinencia urinaria.	1	\$ 7.087,52	\$ 7.583,65	\$ 8.150,65																								
MI2	Módulo breve de cirugía grave	Sólo con autorización del MAT. Para cirugías de más de 365 UI con fallecimiento en las primeras 48 hs. del postoperatorio.	1	\$ 13.461,15	\$ 14.403,43	\$ 15.480,32																								
ACOM	ADICIONAL POR ACOMPAÑANTE	Adicional a los módulos quirúrgicos en menores de hasta 14 años inclusive (excluye terapia pediátrica y neonatal) NO se otorga a las internaciones con alta en el día.	1	\$ 887,50	\$ 949,63	\$ 1.020,63																								
<b>MODULO ATENCION PACIENTE QUEMADO</b>																														
<p>MÓDULO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE QUEMADO</p> <p>SISTEMA ARANCELARIO MODULADO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Grupo de gravedad según porcentaje de superficie corporal lesionada y profundidad de la lesión</th> <th colspan="4">TIPO</th> </tr> <tr> <th>I Leve</th> <th>II Moderado</th> <th>III Grave</th> <th>IV Crítico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A (Superficial)</td> <td>Hasta 15%</td> <td>16 al 30%</td> <td>31 al 60%</td> <td>Más del 60%</td> </tr> <tr> <td>AB (Intermedia)</td> <td>Hasta 5%</td> <td>6 al 15%</td> <td>16 al 45%</td> <td>Más del 45%</td> </tr> <tr> <td>B (Profunda)</td> <td>Hasta 1%</td> <td>2 al 5%</td> <td>6 al 30%</td> <td>Más del 30%</td> </tr> </tbody> </table>		Grupo de gravedad según porcentaje de superficie corporal lesionada y profundidad de la lesión	TIPO				I Leve	II Moderado	III Grave	IV Crítico	A (Superficial)	Hasta 15%	16 al 30%	31 al 60%	Más del 60%	AB (Intermedia)	Hasta 5%	6 al 15%	16 al 45%	Más del 45%	B (Profunda)	Hasta 1%	2 al 5%	6 al 30%	Más del 30%	<p><b>Incluye:</b></p> <p>Pensión en habitación compartida de cuidados especiales o cuidados intensivos.  Honorarios de Profesionales Intervinientes.  Gastos y derechos sanatoriales, quirúrgicos y de instrumentación.  Prácticas clínicas, quirúrgicas y de diagnóstico nomencladas.  Asistencia Psicoterapéutica del paciente y grupo familiar.  Todas las prácticas en internación que resulten necesarias y convenientes para la asistencia respiratoria (excepto ARM).</p> <p><b>Medicación incluida:</b></p> <p>ATB, soluciones tópicas y apósitos medicamentosos.  Anatomía Patológica Nomenclada.  Materiales Descartables.  Hemoterapia según nomenclador vigente.  Estudios por imágenes nomenclados (excepto RMN).  Nutrición enteral y parenteral.  Elementos necesarios para prevención de complicaciones (colchones, dispositivos antiescaras, férulas estáticas y dinámicas).</p> <p><b>Modulo completo de Rehabilitación.</b></p> <p><b>Excluye:</b></p> <p>Toda intervención quirúrgica fuera de la patología específica, Bio-cirugía, colocación de dermis acelular, Honorarios de anestesiología, Hemodiálisis y accesos vasculares, resonancia nuclear magnética, cámara gamma, hemoderivados (GR, plasma, plaquetas, GB) aféresis, hemofiltración, laboratorios y prácticas no nomencladas, Procedimientos videodendoscópicos, Asistencia respiratoria mecánica, Colgains e injertos por microcirugía, Tratamientos inmunológicos, Prótesis y ortesis, suturas especiales.</p>				
Grupo de gravedad según porcentaje de superficie corporal lesionada y profundidad de la lesión	TIPO																													
	I Leve	II Moderado	III Grave	IV Crítico																										
A (Superficial)	Hasta 15%	16 al 30%	31 al 60%	Más del 60%																										
AB (Intermedia)	Hasta 5%	6 al 15%	16 al 45%	Más del 45%																										
B (Profunda)	Hasta 1%	2 al 5%	6 al 30%	Más del 30%																										
<b>LEVE</b>			Por día	\$ 11.111,14	\$ 11.888,92	\$ 12.777,82																								
<b>MODERADO</b>			Por día	\$ 12.513,93	\$ 13.389,90	\$ 14.391,01																								
<b>GRAVE</b>			Por día	\$ 14.309,76	\$ 15.311,45	\$ 16.456,23																								
<b>CRITICO</b>			Por día	\$ 18.875,06	\$ 20.196,31	\$ 21.706,31																								

NOMBRE	CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
--------	-------------	--	-------------------------	-------------------	-------------------------

ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS Y DRENAJES GUIADOS				
<p>NORMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solamente podrán realizarse en establecimientos III-IV</li> <li>• Podrá facturarse: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo el Código, cuando la práctica se realice en forma ambulatoria.</li> <li>• Asociada a un módulo especial, cuando se trata de las endoscopías terapéuticas que requieran internación solamente para la realización de la misma (módulos quirúrgicos GE 30/37 y NU 29/35). Que contemplen los gastos sanatoriales de las internaciones para la realización de las mismas.</li> <li>• Asociada a un módulo clínico o quirúrgico que cubre la internación del paciente.</li> <li>• Para la colocación de Catéter Doble J en forma bilateral en un acto quirúrgico se adicionará un 75% al valor del procedimiento</li> <li>• No podrán ser facturados por códigos análogos.</li> <li>• Contempla endoscopias terapéuticas y punciones-drenajes guiados por TAC o ECO</li> <li>• No deben reconocerse si la práctica se considera no resolutive de la patología.</li> </ul> </li> <li>- Incluyen <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos y materiales descartables necesarios específicos (se detallan)</li> <li>Derecho de aparatología. Honorarios Medicos excepto Gastroenterología.</li> </ul> </li> <li>- Excluyen <ul style="list-style-type: none"> <li>Prótesis (otras no especificadas en inclusiones)</li> <li>Honorarios Medicos de Gastroenterología.</li> </ul> </li> </ul>				
ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS (ET)				
CÓDIGO	DESCRIPCION			
ET1	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO ALTO CON VIDEO		\$ 1.662,50	\$ 1.778,88
ET2	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO BAJO CON VIDEO		\$ 2.151,40	\$ 2.301,99
ET3	ESCLEROSIS O LIGADURA DE VARICES GASTRICAS O ESOFAGICAS		\$ 5.758,35	\$ 6.161,43
ET4	DILATACION ESOFAGICA		\$ 4.055,57	\$ 4.339,46
ET5	COLOCACION DE PROTESIS ESOFAGICAS Y GASTROINTESTINALES		\$ 4.313,90	\$ 4.615,87
ET6	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA		\$ 3.140,29	\$ 3.360,11
ET7	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA COLONICA		\$ 3.840,29	\$ 4.109,11
ET7A	ADICIONAL USO DE CLIP HEMOSTATICOS		\$ 4.045,85	\$ 4.329,05
ET7M	MUCOSECTOMÍA		\$ 12.791,70	\$ 13.687,12
			\$ 14.710,46	



NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
ET8	GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA O PERCUTANEA			\$ 13.848,65	\$ 14.818,06	\$ 15.925,95
ET8A	RECAMBIO DE BOTON DE GASTROSTOMIA			\$ 9.943,08	\$ 10.639,10	\$ 11.434,55
ET9	HEMOSTASIA DE LESION SANGRANTE ESOFAGICA, GASTRICA O DUODENAL			\$ 4.508,35	\$ 4.823,93	\$ 5.184,60
ET10	HEMOSTASIA DE LESION SANGRANTE COLONICA			\$ 5.487,52	\$ 5.871,64	\$ 6.310,64
ET11	EXTRACCION DE CALCULO COLEDOCIANO			\$ 12.275,04	\$ 13.134,29	\$ 14.116,29
ET12	COLOCACION DE PROTESIS DE VIAS BILIARES Y PANCREAS			\$ 10.311,14	\$ 11.032,92	\$ 11.857,81
ET13	COLOCACION DE PROTESIS DE VIAS BILIARES Y PANCREAS 1ER RECAMBIO			\$ 7.355,58	\$ 7.870,47	\$ 8.458,91
ET14	COLOCACION DE PROTESIS DE VIAS BILIARES Y PANCREAS RECAMBIOS ULTERIORES			\$ 5.881,96	\$ 6.293,70	\$ 6.764,26
ET15	DRENAJE BILIAR PERCUTANEO TERAPEUTICO			\$ 2.977,79	\$ 3.186,23	\$ 3.424,45
ET16	URETERO RENOSCOPIA TERAPEUTICA			\$ 12.748,65	\$ 13.641,05	\$ 14.660,95
ET16A	URETERO RENOSCOPIA TERAPEUTICA 75%			\$ 9.559,75	\$ 10.228,93	\$ 10.993,71
ET17	NEFROSTOMIA PERCUTANEA			\$ 9.627,81	\$ 10.301,75	\$ 11.071,98
ET18	CAMBIO DE NEFROSTOMIA			\$ 9.176,42	\$ 9.818,77	\$ 10.552,88
ET19	COLOCACION TERAPEUTICA DE CATETER URETERAL			\$ 7.569,47	\$ 8.099,33	\$ 8.704,89
ET19P	COLOCACION TERAPEUTICA DE CATETER URETERAL PERMANENTE			\$ 7.272,24	\$ 7.781,30	\$ 8.363,08
ET20	LITORICIA VESICAL PERCUTANEA			\$ 9.101,42	\$ 9.738,51	\$ 10.466,63
ET21	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA			\$ 17.050,05	\$ 18.243,55	\$ 19.607,56
ET22	COLOCACION DE STENT TRAQUEAL			\$ 9.281,97	\$ 9.931,71	\$ 10.674,27

NOMBRE	CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
--------	-------------	--	-------------------------	-------------------	-------------------------

DRENAJES GUIADOS TERAPEUTICOS (INCLUYEN SET DE DRENAJE)					
CODIGO	DRENAJES GUIADOS POR TAC				
DGT1	DRENAJE DE ABSCESO DE HIGADO		\$ 7.566,69	\$ 8.096,36	\$ 8.701,69
DGT2	DRENAJE DE ABSCESO DE PANCREAS		\$ 7.566,69	\$ 8.096,36	\$ 8.701,69
DGT3	DRENAJE DE ABSCESO SUBFRENICO		\$ 7.566,69	\$ 8.096,36	\$ 8.701,69
DGT4	DRENAJE DE ABSCESO ABDOMINAL		\$ 7.566,69	\$ 8.096,36	\$ 8.701,69
DGT5	DRENAJE DE ABSCESO RENAL		\$ 7.566,69	\$ 8.096,36	\$ 8.701,69
DGT6	ALCOHOLIZACION DE TUMORES HEPATICOS POR VIA PERCUTANEA		\$ 7.566,69	\$ 8.096,36	\$ 8.701,69
DGT7	DRENAJE DE ABSCESO DE PULMON		\$ 7.566,69	\$ 8.096,36	\$ 8.701,69

DRENAJES GUIADOS POR ECOGRAFIA					
CÓDIGO	DESCRIPCION				
DGE1	DRENAJE DE ABSCESO DE HIGADO (INCLUYE COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA)		\$ 7.076,41	\$ 7.571,76	\$ 8.137,87
DGE2	DRENAJE DE ABSCESO DE PANCREAS		\$ 7.076,41	\$ 7.571,76	\$ 8.137,87
DGE3	DRENAJE DE ABSCESO SUBFRENICO		\$ 7.076,41	\$ 7.571,76	\$ 8.137,87
DGE4	DRENAJE DE ABSCESO ABDOMINAL		\$ 7.076,41	\$ 7.571,76	\$ 8.137,87
DGE5	DRENAJE DE ABSCESO RENAL		\$ 7.076,41	\$ 7.571,76	\$ 8.137,87
DGE6	ALCOHOLIZACION DE TUMORES HEPATICOS POR VIA PERCUTANEA		\$ 7.076,41	\$ 7.571,76	\$ 8.137,87

NOMBRE		CONDICIONES	CONSUMO MÍNIMO EN DÍAS (SIN ÓBITOS)	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
DGE7	DRENAJE DE ABSCESO DE PULMON			\$ 7.076,41	\$ 7.571,76	\$ 8.137,87

## CONVENIO MODULADO IOMA- SANATORIO GÜEMES

### LISTADO VALORIZADO DEL III NIVEL

*MODULOS de ALTA COMPLEJIDAD*

*CIRUGÍA CARDIOVASCULAR*

*PROCEDIMIENTOS HEMODINÁMICOS*

*NEUROCIRUGÍA*

*RADIOTERAPIA*

*LITOTRICIA RENAL EXTRACORPOREA*

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (CV)				
En los módulos de cirugía cardiovascular central y periférica, de producirse el fallecimiento o el traslado por requerimientos de mayor complejidad o razones de fuerza mayor dentro de las primeras 48 hs. de realizada la cirugía, se facturará el 70% del valor modular gastos.				
CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
CVSE	<b>MÓDULO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA</b> Para la realización de cirugías cardiovasculares centrales que no requieran la utilización de circulación extracorpórea y que comprende: Códigos del Nomenclador Nacional 07.02.09 al 07.02.10 y cualquier combinación de ellos en el mismo acto quirúrgico. Cirugía de la coartación aórtica y ductus. En CCV pediátrica: cerclajes o anastomosis de los grandes vasos. <u>INCLUYE:</u> • Gastos y derechos quirúrgicos, consumo de oxígeno y monitoreo. • Honorarios del equipo interviniente: cirujanos, ayudantes, especialistas, monitoristas, perfusionistas, técnicos o instrumentistas. • Cubre 15 días de internación, pasado este lapso si el paciente por una complicación continúa internado, se le adicionará el módulo clínico o quirúrgico que responda a la patología existente, con denuncia de Alta del Módulo de Cirugía Cardiovascular y denuncia de internación del nuevo módulo otorgado. <u>EXCLUYE:</u> • Trasplantes, cardiomioplastías, cirugías de las arritmias, plásticas esternas y todo otro código del Nomenclador Nacional fuera de los mencionados. Honorarios de anestesia.  <u>PENSIÓN INCLUYE:</u> • Dos días de pensión pre-quirúrgicos en piso cardiovascular, habitación de dos camas con baño privado. • Hasta 13 días post-quirúrgicos en recuperación cardiovascular y/o piso cardiovascular en habitación compartida según necesidad (cód. 43.01.01, 43.10.01, 40.01.01 y 43.10.02). <u>PENSIÓN EXCLUYE:</u> • Habitación individual, acompañante y extras del paciente.  <u>PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS INCLUYE:</u> • Estudios de laboratorio, radiología y otros según necesidad dentro del período del módulo relacionados con la cirugía. • Eco Doppler color, Tomografía Axial Computada, Resonancia Magnética. <u>PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS EXCLUYE:</u> • Estudios de hemodinamia. • Arteriografía digital. • Estudios electrofisiológicos. • Diálisis. • Pensión y demás insumos en alta complejidad en período pre-quirúrgico (Módulo clínico quirúrgico). • Pacientes con hemofilia u otras discrasias sanguíneas. • Tratamientos inmunológicos.  <u>HEMOTERAPIA INCLUYE:</u> • Gastos de hemoterapia. • Materiales descartables. <u>HEMOTERAPIA EXCLUYE:</u> • Hemoderivados de acuerdo a Normas Generales.  <u>MEDICAMENTOS Y MATERIALES DESCARTABLES INCLUYE:</u> • Medicamentos y materiales descartables empleados en cirugía e internación durante el período del módulo relacionados con la patología cardiovascular. Incluye soluciones parenterales, anestésicos, etc., suturas y demás descartables habituales inherentes a la cirugía.  <u>MEDICAMENTOS Y MATERIALES DESCARTABLES EXCLUYE:</u> • Balón de contrapulsación (de utilizarse se adiciona el Módulo XI de Procedimientos Hemodinámicos) y materiales implantables, marcapasos definitivos, válvulas, parches, injertos y toda medicación o descartable que no tenga relación con la patología de referencia.  <u>REOPERACIONES:</u> Todas las reoperaciones por complicaciones propias de la cirugía original ocurridas dentro del período del módulo, como ser drenajes, ventana pleuropericardiaca, etc., están comprendidas dentro del valor modular (cód. 05.04.03 al 05.04.11 y 07.01.09 y 07.01.11).	\$ 134.780,95	\$ 144.215,62	\$ 154.998,10
		<b>MÓDULO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA</b>		

CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
CVCE1	<p>Para la realización de cirugías cardiovasculares centrales que requieran circulación extracorpórea y que comprende: Códigos del Nomenclador Nacional 07.02.01 al 07.02.12 y cualquier combinación de ellos en el mismo acto quirúrgico. Cubre 15 días de internación, pasado este lapso si el paciente por una complicación continúa internado, se le adicionará el módulo clínico o quirúrgico que responda a la patología existente, con denuncia de Alta del Módulo de Cirugía Cardiovascular y denuncia de internación del nuevo módulo otorgado.</p> <p><b>CIRUGÍA INCLUYE:</b> ▪ Gastos y derechos quirúrgicos, consumo de oxígeno y monitoreo. ▪ Honorarios del equipo interviniente: cirujanos, ayudantes, especialistas, monitoristas, perfusionistas, técnicos o instrumentistas.</p> <p><b>CIRUGÍA EXCLUYE:</b> ▪ Trasplantes, cardiomioplastías, cirugías de las arritmias, plásticas esternas y todo otro código del Nomenclador Nacional fuera de los mencionados. Honorarios de anestesia.</p> <p><b>PENSIÓN INCLUYE:</b> ▪ Dos días de pensión pre-quirúrgicos en piso cardiovascular, habitación de dos camas con baño privado. ▪ Hasta 13 días post-quirúrgicos en recuperación cardiovascular y/o piso cardiovascular en habitación compartida según necesidad (cód. 43.01.01, 43.10.01, 40.01.01 y 43.10.02).</p> <p><b>PENSIÓN EXCLUYE:</b> ▪ Internación en habitación individual. ▪ Pensión acompañantes, extras de pacientes y acompañantes.</p> <p><b>PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS INCLUYE:</b> ▪ Estudios de laboratorio, radiología y otros según necesidad dentro del período del módulo relacionados con la cirugía. ▪ Eco Doppler color, Tomografía Axial Computada, Resonancia Magnética.</p> <p><b>PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS EXCLUYE:</b> ▪ Estudios de hemodinamia. ▪ Arteriografía digital. ▪ Estudios electrofisiológicos. ▪ Diálisis. ▪ Pensión y demás insumos en alta complejidad en período pre-quirúrgico (Módulo clínico quirúrgico). ▪ Pacientes con hemofilia u otras discrasias sanguíneas. ▪ Tratamientos inmunológicos.</p> <p><b>HEMOTERAPIA INCLUYE:</b> ▪ Gastos de hemoterapia. ▪ Materiales descartables.</p> <p><b>HEMOTERAPIA EXCLUYE:</b> ▪ Hemoderivados de acuerdo a Normas Generales.</p> <p><b>MEDICAMENTOS Y MATERIALES DESCARTABLES INCLUYE:</b> ▪ Medicamentos y materiales descartables empleados en cirugía e internación durante el período del módulo relacionados con la patología cardiovascular. Incluye soluciones parenterales, anestésicos, etc., oxigenador, reservorio, tubuladuras, suturas y demás descartables habituales inherentes a la cirugía.</p> <p><b>MEDICAMENTOS Y MATERIALES DESCARTABLES EXCLUYE:</b> ▪ Balón de contrapulsación (de utilizarse se adiciona el Módulo XI de Procedimientos Hemodinámicos) y materiales implantables, marcapasos definitivos, válvulas, parches, injertos y toda medicación o descartable que no tenga relación con la patología de referencia.</p> <p><b>REOPERACIONES:</b> Todas las reoperaciones por complicaciones propias de la cirugía original ocurridas dentro del período del módulo, como ser drenajes, ventana pleuropericárdica, etc., están comprendidas dentro del valor modular (cód. 05.04.03 al 05.04.11 y 07.01.09 y 07.01.11).</p>	\$ 156.881,02	\$ 167.862,69	\$ 180.413,17

CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
CVCE2	<b>MÓDULO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA ESPECIAL</b>			
	Para todo procedimiento cardiovascular central con circulación extracorpórea, en pacientes con alguna de las siguientes concomitancias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía cardiovascular central previa.</li> <li>• Insuficiencia renal en diálisis.</li> <li>• Pacientes trasplantados.</li> <li>• Aneurisma disecante de la aorta.</li> <li>• Cirugía carotídea concomitante.</li> <li>• Código del NN 07.02.07 Tratamiento quirúrgico de los aneurismas del cayado aortico.</li> </ul> Las inclusiones y exclusiones son las mencionadas en el modulo CVCE1 con el cual no podra existir sumatoria.	\$ 173.960,23	\$ 186.137,45	\$ 200.054,27

### MÓDULOS DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA – CVP

**Regiran las mismas Inclusiones y Exclusiones según se detalla en la Cirugía Cardiovascular Central**

Excluye los procedimientos de II NIVEL a saber: EMBOLECTOMIA EN ARTERIAS PERIFERICAS 07-06-01, TROMBOENDARTERECTOMIA 07:06:02 y ANASTOMOSIS ARTERIALES - ARTERIORRAFIAS 07:06:06

CVP I	<b>CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA MAYOR</b>			
	Tratamiento quirúrgico aneurismas de la aorta abdominal. Cirugía de las ramas viscerales de la aorta abdominal y troncos ilíacos. Derivación aorto - ilíaco femoral unilateral, con o sin simpaticectomía. Derivación aorto-bifemoral, con o sin simpaticectomía. Cirugía de los Grandes Troncos Arterio venosos de la cavidad torácica	\$ 77.008,56	\$ 82.399,16	\$ 88.559,84
CVP II	<b>CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA MENOR</b>	\$ 45.516,80	\$ 48.702,98	\$ 52.344,32
	Este módulo comprende las Cirugía de las arterias de los miembros inferiores y/o superiores, con o sin promoción de vena (en Miembros Inferiores desde la bifurcacion ilíaca a terminal).			
CVP III	<b>CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA DE LA ARTERIA CAROTIDA Y LA VERTEBRAL</b> Incluye tumor del Glomus Carotideo	\$ 43.361,24	\$ 46.396,53	\$ 49.865,42
CVP IV	<b>MODULO IV (07.04.51)</b> <b>Tratamiento del Aneurisma de aorta abdominal y/o ilíacas con tecnica endoluminal</b>			
	Requiere acreditación del equipo de hemodinamia y recurso humano. Para pacientes con contraindicaciones de cirugía convencional: Insuficiencia cardiorrespiratoria, Múltiples cirugías abdominales previas, Tratamientos radiantes previos en abdomen y pelvis. Incluye 7 (siete) días de internación. Pasado este lapso si el paciente por una complicación continúa internado, se le adicionará el módulo clínico o quirúrgico que responda a la patología existente, con denuncia de Alta del Módulo de Cirugía Cardiovascular y denuncia de internación del nuevo módulo otorgado. Se adjuntarán imágenes pre ,durante y post procedimiento con la documentación que se envía a la facturación.	\$ 67.797,42	\$ 72.543,24	\$ 77.967,04
CVP V	<b>MODULO V Tratamiento del Aneurisma de aorta torácica con tecnica endoluminal</b>			
	Requiere acreditación del equipo de hemodinamia y recurso humano. Incluye 7 (siete) días de internación. Se adjuntarán imágenes pre ,durante y post procedimiento con la documentación que se envía a la facturación.	\$ 60.209,90	\$ 64.424,59	\$ 69.241,38

### PROCEDIMIENTOS HEMODINÁMICOS

CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
	<p><b>NORMAS GENERALES DE MÓDULOS DE HEMODINAMIA.</b></p> <p>En los casos en que la pensión esté excluida y el paciente deba ser internado se facturará fuera de módulo o como adicional al módulo otorgado.</p> <p>La provisión de prótesis se ajustará a las normativas específicas.</p> <p>En caso de ser necesario la prolongación de la internación sobre el período establecido por el módulo en aquellos donde se incluye la pensión, se facturará como fuera de módulo, con intervención del MAT.</p> <p>En casos que incluye pensión es en habitación compartida.</p> <p>La práctica hemodinámica lleva la aceptación implícita de la Entidad Sanatorial de cualquier práctica quirúrgica de urgencia que sea necesaria por las condiciones del paciente.</p> <p>Deben ser efectuadas en centros acreditados.</p>			

**MÓDULOS DE ESTUDIOS HEMODINÁMICOS**

<b>HE001H0</b>	<p><b>ESTUDIOS POR CATETERISMOS INDIVIDUALES</b></p> <p>Estudio Hemodinámico Central ( coronariografía , ventriculografía , etc.) . Las colocaciones de marcapasos transitorio y catéter de Swan Ganz , así como la aortografía , están incluidas en el módulo</p> <p>Cateterismo Derecho : para diagnóstico de tromboembolismo pulmonar y/o medición de presión</p> <p>Estudios periféricos :</p> <p>Arteriografía de vasos de cuello. Incluye carótida y vertebrales</p> <p>Aortografía (sin estudio central)</p> <p>Miembros inferiores o miembros superiores por cateterismo ( con o sin aortografía)</p> <p>Otros estudios periféricos ( renales , mesentéricos , etc. ).</p> <p>Panarteriografía cerebral</p> <p>O la combinación de cualquiera de éstos.</p>	\$ 12.727,82	\$ 13.618,76	\$ 14.636,99
<b>HE001H1</b>	<p><b>ESTUDIO POR CATETERISMO INDIVIDUAL</b> (para los estudios asociados a un posterior procedimiento terapéutico)</p>	\$ 7.636,13	\$ 8.170,66	\$ 8.781,55
<b>HE002H0</b>	<p><b>ESTUDIOS POR CATETERISMO COMBINADOS</b></p> <p>Comprende:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La combinación de un estudio central más el agregado de otro territorio (Ej.:coronariografía más vasos de cuello y/o miembros inferiores)</li> <li>2. La combinación de dos estudios centrales ( Ej.: izquierdo más derecho).</li> <li>3. La realización de una cinecoronariografía en pacientes con antecedentes de CRM.</li> <li>4. La combinación de Panarteriografía cerebral con miembros inferiores o miembros superiores por cateterismo (con o sin aortografía).</li> </ol> <p>Los estudios periféricos bilaterales (Ej.: ambos miembros inferiores o ambas arteria renales) no se consideran distintos territorios a los efectos de la aplicación de este módulo.</p>	\$ 15.038,93	\$ 16.091,66	\$ 17.294,77
<b>HE005H0</b>	<p><b>ANGIOPLASTIA CORONARIA SIMPLE</b></p> <p>Procedimiento sobre un solo vaso , independientemente de la cantidad de lesiones que presente</p>	\$ 41.362,62	\$ 44.258,01	\$ 47.567,02
<b>HE006H0</b>	<p><b>ANGIOPLASTIA CORONARIA COMPLEJA (07-07-25)</b></p> <p>Procedimiento sobre dos o más vasos. (debe haberse demostrado que las lesiones son significativas en ambos vasos), o independientemente del número de vasos los realizados en pacientes con antecedentes de CRM o angioplastia carotídea.</p>	\$ 55.034,88	\$ 58.887,33	\$ 63.290,12
<b>HE005H1</b>	<p><b>ANGIOPLASTIA CORONARIA SIMPLE (DURANTE INTERNACIÓN DE 2° NIVEL)</b></p>	\$ 33.088,00	\$ 35.405,22	\$ 38.052,33



CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
HE006H1	Procedimiento sobre un solo vaso , independientemente de la cantidad de lesiones que presente	\$ 38.000,00	\$ 38.400,00	\$ 38.800,00
<b>HE006H1</b>	<b>ANGIOPLASTIA CORONARIA COMPLEJA (DURANTE INTERNACIÓN DE 2° NIVEL)</b>			
	Procedimiento sobre dos o más vasos. (debe haberse demostrado que las lesiones son significativas en ambos vasos), o independientemente del número de vasos los realizados en pacientes con antecedentes de CRM o angioplastia carotídea.	\$ 44.026,52	\$ 47.108,37	\$ 50.630,50
<b>HE007H0</b>	<b>ANGIOPLASTIA PERIFERICA SIMPLE. (07-07-26)</b>			
	Procedimiento sobre un solo vaso, independientemente de la cantidad de lesiones que presente.	\$ 30.300,09	\$ 32.421,10	\$ 34.845,10
<b>HE008H0</b>	<b>ANGIOPLASTIA PERIFERICA COMPLEJA. (07-07-27)</b>			
	Procedimiento sobre dos o más vasos, independientemente de la cantidad de lesiones que presente. <b>Incluye angioplastia carotídea.</b>	\$ 40.240,40	\$ 43.057,22	\$ 46.276,46
<b>HE009HO</b>	<b>VALVULOPLASTIA</b>			
	Comprende la realización de valvuloplastía mediante técnicas de cateterismo. Valvuloplastía aórtica o pulmonar. Valvuloplastía mitral.			
	<b>INCLUYEN:</b> Pensión de dos días en habitación compartida y eventualmente en Alta Complejidad. Gastos y derechos sanatoriales. Honorarios de los profesionales intervinientes. Medicamentos, materiales de contraste y descartables necesarios para la práctica. Estudios de laboratorio y radiológicos complementarios inherentes al procedimiento.	\$ 44.540,41	\$ 47.658,24	\$ 51.221,47
	<b>EXCLUYEN:</b> Catéter de Valvuloplastia. Colocación de marcapasos y costos de los mismos y sus respectivos insumos. Cualquier tipo de cirugía. Estudios electrofisiológicos.			

CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
<b>HE009H1</b>	<p><b>MODULO DE REEMPLAZO VALVULAR AORTICO PERCUTANEO POR VIA TRANSFEMORAL/TRANSAPICAL (*)</b></p> <p>Para pacientes con diagnóstico de estenosis aórtica severa inoperable o con altísimo riesgo de cirugía por vía convencional, demostrable con altos scores de riesgo (EUROSCORE, STS, ARGENSCORE, etc) alta fragilidad, de más 80 años de edad, múltiples comorbilidades demostrables.</p> <p><b>INCLUYE:</b> Hasta 5 días de internación, honorarios médicos, del equipo interviniente, materiales descartables, Exámenes complementarios nomeclados necesarios durante el procedimiento y en la internación, análisis de laboratorio de rutina grupo y factor Rh, enzimas cardíacas, Rx simple, ecocardiograma bidimensional y doppler color, ecodoppler vascular realizados durante la estadía del paciente.</p> <p><b>EXCLUYE:</b> Válvula aórtica percutánea (transapical o transfemoral). Honorarios de anestesista, todo material protésico (marcapaso, cardiodefibrilador, stents, parches vasculares). Internación por más de 5 días por complicaciones propias o ajenas al procedimiento. Exámenes complementarios de alta complejidad (TAC, RNM, ESTUDIOS ANGIOGRAFICOS), traslados de pacientes para prácticas y/o estudios no incluidos en el módulo. Tratamiento de complicaciones propias o ajenas al procedimiento ej: cirugías cardíacas vasculares, etc. Medicina transfusional, estudios hematológicos e inmunohematológicos, transfusión de sangre entera, glóbulos rojos, plasma fresco, plaquetas, crio precipitado, plasmaferesis, recuperación de sangre intraoperatoria, hemodiálisis, diálisis peritoneal y hemofiltración. Balón de contrapulsación y otras técnicas de asistencia circulatoria mecánica alimentación enteral o parenteral. Mediación excluida (de acuerdo a normas generales).</p> <p><b>(*)PREVIA AUTORIZACION DE LA VALVULA PERCUTANEA POR TRÁMITE, DESDE LA AUDITORIA CENTRAL.</b></p> <p><b>REOPERACIONES:</b> Todas las reoperaciones por complicaciones propias de la cirugía original ocurridas dentro del período del módulo, como ser drenajes, ventana pleuropericardíaca, etc. están comprendidas dentro del valor modular (cód. 05.04.03 al 05.04.11 y</p>	\$ 159.722,69	\$ 170.903,28	\$ 183.681,10

**PROCEDIMIENTOS HEMODINÁMICOS SHUNT CONGÉNITOS**

<b>HE003HA</b>	A. CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO:	\$ 52.201,54	\$ 55.855,65	\$ 60.031,77
<b>HE003HB</b>	<p><b>B. CIERRE DEFECTO INTERAURICULAR</b></p> <p><b>INCLUYE:</b> · Honorarios médicos del equipo interviniente. · Derechos sanatoriales operatorios y Rx. · Medicación específica. · Materiales descartables. · 24 hs. De internación.</p> <p><b>EXCLUYE:</b> · Elementos oclusores – Coil - Amplatzer.</p>	\$ 65.243,25	\$ 69.810,28	\$ 75.029,73

	<b>ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO - CARDIOLÓGICO</b>			
--	--	--	--	--

CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
HE011H0	<p>Práctica no nombrada que se realiza en el Laboratorio de Hemodinamia, incluyendo equipamiento especializado.</p> <p>INCLUYE: La realización de cateterismo, electrocardiograma del Haz de His, sobreestimulación cardíaca con ECG intracavitario, ECG con derivación esofágica, mapeo, desencadenamiento de la arritmia, etc. Gastos y derechos sanatoriales de la práctica. Medicamentos, materiales de contraste y descartables necesarios para la práctica, incluso catéteres. Estudios de laboratorio y radiológicos complementarios inherentes al procedimiento.</p> <p>EXCLUYE: Colocación de marcapasos y marcapasos. Cualquier tipo de estudio hemodinámico. Cualquier tipo de cirugía. Fulguración de focos ectópicos. En caso de ser necesario combinar con este tratamiento dentro del presente módulo. La fulguración se facturará a un 50% del valor del estudio electrofisiológico.</p> <p>Pensión: con igual criterio que en el módulo precedente.</p>	\$ 10.236,14	\$ 10.952,67	\$ 60.031,77
HE013H0	<b>COLOCACION ENDOLUMINAL DE FILTRO DE VENA CAVA</b>	\$ 30.295,92	\$ 32.416,64	\$ 34.840,31
CC012F0	<p><b>COLOCACIÓN DE MARCAPASO DEFINITIVO UNICAMERAL</b></p> <p>Se factura el módulo de colocación de marcapaso definitivo. Se facturará adicionado al módulo CV clínico quirúrgico que corresponda.</p>	\$ 8.833,36	\$ 9.451,69	\$ 10.158,36
CC013F0	<p><b>COLOCACIÓN DE MARCAPASO BICAMERAL (DDD) (07.01.14)</b></p> <p>Se factura el módulo de colocación de marcapaso bicameral. Se facturará adicionado al módulo CV clínico quirúrgico que corresponda.</p>	\$ 12.591,70	\$ 13.473,12	\$ 14.480,46
CC014F0	<p><b>COLOCACIÓN DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE O RESINCRONIZADOR (07.01.15)</b></p> <p>Se factura el módulo de colocación de cardioresfibrilador. Se facturará adicionado al módulo CV clínico quirúrgico que corresponda.</p>	\$ 18.729,22	\$ 20.040,27	\$ 21.538,61
CC015F0	<p><b>COLOCACIÓN DE BALON DE CONTRAPULSACION O INSTALACION DE CIRCULACION ASISTIDA POR VIA FEMORAL, FEMOROFEMORAL O ALTERNATIVA PERIFERICA (07.01.06)</b></p> <p>a) Incluye: Material quirúrgico y <b>mantenimiento</b> de la asistencia hasta tres días. Honorarios médicos. b) Excluye: Catéter balón de contrapulsación o dispositivo de circulación asistida. c) Se facturará adicionado al módulo CV clínico quirúrgico que corresponda.</p>	\$ 7.293,08	\$ 7.803,59	\$ 8.387,04
HE012H0	<p><b>ABLACION POR RADIOFRECUENCIA- (07-01-16)</b></p> <p>1) Estudio electrofisiológico basal para inducción de taquicardia y mapeo. <u>INCLUYE:</u> • Gastos operatorios. • Material descartable. • Medicación a emplear.</p> <p>2) Ablación <u>INCLUYE:</u> Idem.</p> <p>3) Estudio electrofisiológico de control. <u>INCLUYE:</u> • Idem. más Ecocardiograma bidimensional de control post-procedimiento. • Hasta 24 hs. de internación en Unidad Coronaria. <u>EXCLUYE:</u> • Colocación de marcapaso y costos de los mismos. • Cualquier tipo de estudio hemodinámico. • Cualquier tipo de cirugía.</p> <p>Por Centros acreditados y auditoría especializada.</p>	\$ 41.508,46	\$ 44.414,05	\$ 47.734,72

CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
HE012H1	<b>ABLACION POR MAPEO ELECTROANATOMICO 3D</b>	\$ 160.676,86	\$ 171.924,24	\$ 184.778,39
	<p>Para la realización de cirugías arritmias complejas: Fibrilación auricular; arritmias del tracto de salida del Ventrículo Derecho (TV Y EV) y del ventrículo izquierdo; aleteos de aurícula izquierda; aleteos de cicatriz de cirugías cardiacas previas, taquicardias auriculares, haces anómalos parahisianos en pediatría y adultos. Por centros acreditados y auditoria especializada</p> <p>INCLUYE: Honorarios médicos, internación por 48 hs en sala general UTI/UCO, materiales descartables, Kit de parches para mapeo electroanatomico, Catéter de ablación. Radioscopia, radiofrecuencia, registrador de señales intracavitarias, navegación electroanatómica, Medicación específica para el estudio en cuestión, estudio electrofisiológico pre y post. Ablación. Exámenes complementarios nomeclados necesarios durante el procedimiento y en la internación, análisis de laboratorio de rutina grupo y factor Rh, enzimas cardiacas, Rx simple, ecocardiograma bidimensional y doppler color, ecodoppler vascular realizados durante la estadía del paciente</p> <p>EXCLUYE: Honorarios de anestésista, todo material protésico (marcapaso, cardiodefibrilador, válvulas, stents, parches vasculares). Internación por más de 48hs por complicaciones propias o ajenas al procedimiento. Exámenes complementarios de alta complejidad (TAC, RNM, ESTUDIOS ANGIOGRAFICOS), traslados de pacientes para practicas y/o estudios no incluidos en el módulo. Tratamiento de complicaciones propias o ajenas al procedimiento ej: cirugías cardiacas vasculares, etc. Medicina transfusional, estudios hematológicos e inmunohematológicos, transfusión de sangre entera, glóbulos rojos, plasma fresco, plaquetas, crio precipitado, plasmaferesis, recuperación de sangre intraoperatoria, hemodiálisis, diálisis peritoneal y hemofiltración. Balón de contrapulsación y otras técnicas de asistencia circulatoria mecánica alimentación enteral o parenteral. Mediación excluida.</p>			
HE012H2	<b>MODULO DE IMPLANTE DE HOLTER SUBCUTANEO (LOOP RECORDER) (*)</b>	\$ 11.018,09	\$ 11.789,35	\$ 12.670,80
	<p>Para pacientes con diagnóstico de síncope recurrentes de causa inexplicable con estudios cardiológicos y clínicos completos donde se hallan descartados otras causas de síncope y evaluación neurológicas con estudios correspondientes (TC de cerebro, RNM EEG etc) (*)PREVIA AUTORIZACION DEL DISPOSITIVO POR TRÁMITE, DESDE LA AUDITORIA CENTRAL.</p> <p>INCLUYE: Internación hasta 24hs en sala general, estudios complementarios de laboratorio de rutina, hemostasia. Honorarios médicos, materiales descartables para implante</p> <p>EXCLUYE: Loop recorder, internación por mas de 24hs. Todo material protésico (marcapaso, cardiodefibrilador, valvula, stent protesis vasculares). Exámenes complementarios de alta complejidad (TAC, RNM, ESTUDIOS ANGIOGRAFICOS), traslados de pacientes para practicas y/o estudios no incluidos en el módulo. Tratamiento de complicaciones propias o ajenas al procedimiento ej: cirugías cardiacas vasculares.</p>			

CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
HE010H0	<b>BIOPSIA CARDIACA POR CATETERISMO (07-01-17)</b>	\$ 9.219,47	\$ 9.864,83	\$ 10.602,39
	Comprende: Gastos y derechos sanatoriales para la realización de toma biopsia cardiaca, mediante cateterismo. Medicamentos y materiales descartables incluyendo biótomo. EXCLUYE: pensión en caso de ingresar el paciente únicamente para la realización de la practica, en cuyo caso se adicionará a la facturación un modulo FM. Marcapasos y sus accesorios, estudios hemodinámicos, cardiológico, anatomía patológica y cualquier otra prestación no enunciada como incluida en este modulo.			
HE004H0	<b>CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASOS O CARDIODESFIBRILADOR O RESINCRONIZADOR (XIV)</b>	\$ 3.829,18	\$ 4.097,22	\$ 4.403,55
	Se factura el módulo de cambio de generador. Se facturará adicionado al módulo clínico quirúrgico que corresponda.			
HE004H1	<b>PLASTICA DE BOLSILLO DE MARCAPASOS</b>	\$ 4.541,68	\$ 4.859,60	\$ 5.222,93
HE015H0	<b>EMBOLIZACIONES PERIFERICAS</b>	\$ 54.719,61	\$ 58.549,98	\$ 62.927,55
	Incluye: 1 (un) día de internación, honorarios médicos, medicamentos, descartables: Cateteres, micro cateteres, guías. Histoacrilato. Excluye: Honorarios de Anestesiista, Coils.			
HE016H0	<b>QUIMIOEMBOLIZACIONES</b>	\$ 40.307,06	\$ 43.128,56	\$ 46.353,12
	Incluye: 1 (un) día de internación, honorarios médicos, medicamentos, descartables			

**NEUROCIRUGÍA**

CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
--------	--------	-------------------------	-------------------	-------------------------

En los módulos de neurocirugía, de producirse el fallecimiento o el traslado por requerimientos de mayor complejidad o razones de fuerza mayor dentro de las primeras 48 hs. de realizada la cirugía, se facturará el 55 % del valor modular gastos, y dentro de las primeras 72 Hs. el 70 % del mismo.

### INCLUSIONES Y EXCLUSIONES GENERALES DE LOS MÓDULOS DE NEUROCIRUGÍA

**CIRUGÍA INCLUYE:** Gasto quirúrgico, gasto de monitoreo, instrumentación, consumo de oxígeno, uso de equipamiento e instrumental especializado incluyendo la posibilidad de localización estereotáxica, neuroendoscopia y/o neuronavegador, laser, microcirugía, cavitación y aspiración ultrasónica y monitoreo neurofisiológico intraoperatorio según las necesidades del caso, monitoreo neurofisiológico para el tratamiento de las discopatías cervicales o lumbares, tumores de nervios periféricos o plexos, cirugía del dolor, colocación de prótesis, válvulas, etc. Derechos de aparatología. Anestésicos, materiales de sutura, clips e insumos especializados del equipamiento empleados durante el acto quirúrgico y en el postoperatorio (ej.-set de derivación ventricular externa, elementos empleados para medición de PIC (\*), aspirador ultrasónico, kit de acceso craneal, set de drenaje de hematomas subdurales crónicos, elementos empleados para oximetría cerebral). Vaporizador de tumores o similar. Selladores Durales y similares, gel antiadherente o similar o insumos hemostáticos derivados de la fibrina o similares.

**CIRUGÍA EXCLUYE:** Otras cirugías no directamente relacionadas con la patología neuroquirúrgica. Honorarios del equipo quirúrgico, cirujanos, ayudantes, anestesista,neurofisiologo en casos de monitoreo somatico motor en escoliosis cervico dorsales, corporectomias

- Estudios de laboratorio.
- Hematología.
- Electroencefalograma.
- Radiología.
- TAC.
- Electrocardiograma.
- Holter.
- Ecografía.
- Anatomía patológica.
- Kinesioterapia.
- Toda práctica no nomenciada.
- Estudios hemodinámicos.
- Arteriografías.
- Medicina Nuclear.
- Resonancia Magnética.
- Doppler transcraneano.

**HEMOTERAPIA INCLUYE:** ▪ Gastos y descartables, excepto kits especiales. ▪ La reposición de la sangre estará a cargo del paciente o en su

NC 1	MODULO 1			
	<b>Derivación ventricular externa</b> Se adjudicará cuando se realice como única intervención neuroquirúrgica. Requiere utilizacion de sistema de drenaje cerrado (Incluido en el modulo). Contempla 4 dias de Internacion.	\$ 34.054,27	\$ 36.438,07	\$ 39.162,41

CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
NC2	<b>MÓDULO 2</b>	\$ 39.037,61	\$ 41.770,25	\$ 44.893,26
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tumores óseos de la base del cráneo, órbita y senos paranasales.</li> <li>▪ Tumores orbitarios por vía extracraneana.</li> <li>▪ Descompresión de la órbita.</li> <li>▪ Fístulas de LCR por vía intracraneal o transesfenoidal.</li> <li>▪ Laminectomías como cirugía única descompresiva medular (de L2 hacia arriba).</li> <li>▪ Colecciones extradurales del raquis.</li> <li>▪ Anastomosis de nervios periféricos motores, con técnica de microcirugía, con y sin injertos Hipofisectomía transesfenoidal.</li> <li>▪ Derivación ventricular interna de LCR (ventriculo peritoneal o atrial (excluye válvula).</li> </ul> Contempla 6 días de internación. Requiere TAC o convenio local.			
NC3	<b>MODULO 3</b>	\$ 53.554,32	\$ 57.303,13	\$ 61.587,47
	<b>Hematoma subdural crónico e higroma subdural crónico.</b> Contempla 6 días de internación .Requiere TAC o convenio local. Incluye Kit de Drenaje.			
NC4	<b>MODULO 4</b>	\$ 66.941,86	\$ 71.627,79	\$ 76.983,14
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lobectomías.</li> <li>▪ Anastomosis vascular intra-extracraneana.</li> <li>▪ Patología de la charnela occipital.</li> <li>▪ Colecciones intradurales del raquis.</li> <li>▪ Corporectomias vertebrales con o sin fijacion.</li> <li>▪ Tumores intradurales extramedulares.</li> <li>▪ Discectomía cervical por vía anterior.</li> </ul> Contempla 8 días de internacion.Requiere TAC o convenio local.			
NC5	<b>MÓDULO 5</b>	\$ 67.626,59	\$ 72.360,45	\$ 77.770,58
	<b>Colecciones intraparenquimatosas (hemorragias, abscesos).</b> Contempla 8 días de internación. Requiere TAC o convenio local.			
NC6	<b>MODULO 6</b>	\$ 93.761,39	\$ 100.324,68	\$ 107.825,60
	<b>Tumores primitivos o secundarios del encéfalo.</b> Contempla 8 días de internación. Requiere TAC o convenio local.			
NC7A	<b>MÓDULO 7</b>	\$ 87.564,15	\$ 93.693,64	\$ 100.698,77
	<b>Drenaje de hematomas extradurales y subdurales agudos.</b> <b>Drenaje de hemorragia parenquimatosa cerebelosas.</b> Contempla 10 días de internación.Requiere TAC en el establecimiento y unidad de UTI Tipo II.			
NC7B	<b>MODULO 7 B</b>	\$ 93.861,39	\$ 100.431,68	\$ 107.940,60
	<b>Tumores o colecciones intramedulares.</b> <b>Tumores de la cola de caballo.</b> <b>Operaciones sobre el raquis con prótesis o injertos para tratamiento de la escoliosis o patología de la columna dorsal por vía anterior o doble vía de abordaje.</b> Contempla 15 días de internación.Requiere TAC en el establecimiento y unidad de UTI Tipo II.			

CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
NC8A	<b>MODULO 8 A</b>			
	<b>Cirugía de aneurismas de arterias cerebrales con hemorragia subaracnoidea actual.</b> Contempla 15 días de internación. Requiere TAC en el establecimiento y unidad de UTI Tipo II. Incluye los Clips.	\$ 144.289,31	\$ 154.389,57	\$ 165.932,71
NC 8 B	<b>MODULO 8 B</b>	\$ 102.139,19	\$ 109.288,93	\$ 117.460,07
	<b>Cirugía de aneurismas de arterias cerebrales sin hemorragia subaracnoidea actual.</b> Contempla 10 días de internación. Requiere TAC en el establecimiento y unidad de UTI Tipo II. Incluye los Clips.			
NC9	<b>MODULO 9</b>			
	<b>Tumores de la línea media supratentoriales.</b> <b>Tumores de la base del cráneo.</b> <b>Tumores intraventriculares.</b> <b>Tumores de la región optoquiasmática por vía intracraneana.</b> <b>Tumores de la fosa posterior.</b> Contempla 15 días de internación. Requiere TAC en el establecimiento y unidad de UTI Tipo II.	\$ 152.297,67	\$ 162.958,51	\$ 175.142,32
NC10	<b>MODULO 10</b>			
	<b>Malformaciones arteriovenosas encefálicas o medulares.</b> Contempla 15 días de internación. Requiere TAC en el establecimiento y unidad de UTI Tipo II. Incluye los Clips.	\$ 151.293,50	\$ 161.884,05	\$ 173.987,53
NC11	<b>MÓDULO 11</b>			
	<b>Biopsia encefálica por estereotaxia.</b> <u>EXCLUYE:</u> internación. Se le adicionará el módulo clínico o los módulos especiales acordes a la patología. <u>INCLUYE:</u> Gastos y Derechos de Aparatología.	\$ 40.983,45	\$ 43.852,30	\$ 47.130,97
NC12	<b>MÓDULO 12</b>			
	<b>Craneoplastia (excepto las de base de cráneo y órbita).</b> <b>Desplaquetamientos.</b> <b>Fractura - Hundimientos.</b> <b>Tumores de la calota.</b> <b>Cirugía de los pares craneales.</b> Contempla 4 días de internación. Requiere TAC o convenio local.	\$ 41.294,57	\$ 44.185,19	\$ 47.488,75
NC13	<b>MÓDULO 13</b>			
	<b>Ablaciones por Radiofrecuencia de Patología Discal o Neuralgia del Trigemino o Rizotomias.</b>	\$ 16.008,68	\$ 17.129,29	\$ 18.409,99
	<b>MODULO 14</b>			



CODIGO	MODULO	Octubre 2017 (2,54%)	Mayo 2018 (7%)	Septiembre 2018 (8%)
<b>NC14</b>	<b>Embolizaciones cerebrales.</b> <u>INCLUYE:</u> 4 (cuatro) días de internación, honorarios médicos, medicamentos, descartables: Cateteres, micro cateteres, guías, introductores, todos los materiales o partículas capaces de lograr oclusión vascular o producir cambios fisiológicos. <u>Excluye:</u> Honorarios de Anestesiista, Coils. En el caso de óbito o abandono de tratamiento se facturará el 50% del valor modular.	<b>\$ 98.427,41</b>	<b>\$ 105.317,33</b>	<b>\$ 113.191,52</b>
<b>NCT</b>	<b>MODULO PROLONGACION DE INTERNACION ESPECIAL</b> Modulo que se utilizara EXCLUSIVAMENTE para prolongacion de internacion por infección o mal estado general en implante de prótesis de neurocirugía, columna o cirugía articular. Por día.	<b>\$ 5.277,79</b>	<b>\$ 5.647,24</b>	<b>\$ 6.069,46</b>



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** Guemes 8% a septiembre 2018

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 46 pagina/s.