

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES		
CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
17.02.03	ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA	Incluye: Pensión en habitación compartida, Honorarios médicos, derechos de hemodinamia, medicamentos y material descartables inherentes al procedimiento. Fulguración del nódulo aurículo – ventricular, focos arritmógenos auriculares o ventriculares y vía de conducción. Excluye: Estudio electrofisiológico y cualquier otra complicación que surgiere del procedimiento. Anestesia.
03.90.04	ADENOIDECTOMÍA + AMIGDALECTOMÍA	Incluye: honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos y descartables. Excluye: Anestesia y sala de recuperación.
03.90.05	ADENOIDECTOMÍA + MIRINGOTOMÍA	Incluye: honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos, descartables. Excluye: Anestesia, elementos protésicos (diabolo a cargo de IAPOS) y sala de recuperación.
10.90.03	ADRENALECTOMIA POR VIDEOSCOPIA	Indicaciones: Tumor suprarrenal. Incluye: Pensión, Gastos-derechos quirúrgicos, Uso de laparoscopio e instrumental inherente a la práctica (bisturí bipolar, armónico), Honorarios médicos (corresponden al 40% del valor total del modulo), Anatomía Patológica, Medicamentos y Materiales descartables (Trocares, Endoloops, Endoclips, Suturas no mecánicas, Bolsas colectoras, Drenajes, Material de hemostasia, etc.). Excluye: Honorarios Anestesia, Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
03.13.01	AMIGDALECTOMÍA O ADENOIDECTOMÍA	Incluye: honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos y descartables. Excluye: Anestesia y sala de recuperación.
21.01.04	ANALISIS CROMOSOMICO DE CARIOTIPO SIMPLE	Incluye: Honorarios y Gastos
01.50.01	ANGIOGRAFÍA CON SUSTRACCIÓN DIGITAL	Incluye: Pensión en habitación compartida, Honorarios médicos, Derechos de hemodinamia, Prácticas de HRS. Medicamentos y Material Descartable inherente a la práctica. Excluye: Cualquier otro procedimiento adicional. Se deja aclarado que el modulo contempla solo lo inherente a la realización de la practica. Anestesia.

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
07.90.01	ANGIOPLASTIA CAROTÍDEA	Incluye: Pensión en UCC, pensión en habitación compartida, Honorarios del equipo quirúrgico. Medicamentos y Material descartable inherentes al procedimiento. Excluye: Stent. Anestesia. Filtro de protección cerebral
07.08.01	ANGIOPLASTIA CORONARIA	Incluye: Pensión en UCC, pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos, hemodinámica, radiología. Medicamentos y Material descartable inherentes al procedimiento. Excluye: CCV - Valvuloplastia - Prótesis - Ortesis - Colocación de marcapaso definitivos - Balón de Contrapulsación - Catéter adicionales - Hemoterapia - TAC - Eco doppler - Infusión de drogas - Estudio Electrofisiológico y cualquier otra complicación que surgiere del procedimiento. Stent. Anestesia
07.08.06	ANGIOPLASTIA RENAL O PERIFÉRICA DE MIEMBRO INFERIOR	Incluye: Pensión en UCC o Pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos. Derechos de hemodinámica. Medicamentos y Material Descartable inherentes al procedimiento. Excluye: Prácticas y/o estudios complementarios a partir del tercer día de internación. Cirugía de revascularización por el fracaso de la angioplastia. Otras practicas tales como eco-doppler, estudios electrofisiológicos, etc. Infusión de drogas trombolíticos. Stent. Anestesia.
34.50.61	ANGIORESONANCIA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.50.17	ANGIOTOMOGRAFIA MULTISLICE CRANEO Y VASOS DE CUELLO	Criterio de autorización: TEC y/o M.A.V. en plan de evaluación para resolución quirúrgica Incluye: Honorarios, gastos y set de medicamentos. Excluye: Material de contraste.
08.90.02	APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Incluye: Pensión, Gastos-derechos quirúrgicos, Uso de laparoscopio e instrumental inherente a la práctica (bisturí bipolar, armónico), Honorarios médicos (corresponden al 40% del valor total del modulo), Anatomía Patológica, Medicamentos y Materiales descartables (Trocares, Endoloops, Endoclips, Suturas no mecánicas, Bolsas colectoras, Drenajes, Material de hemostasia, etc.). Excluye: Honorarios Anestesia, Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
12.90.02	APLICACIÓN DE BOTOX	Incluye: Honorarios
06.50.01	ARPONAJE MAMARIO (MARCACIÓN PREQUIRURGICA)	Incluye: Honorarios y Gastos - Excluye: Arpón. Anestesia

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
01.50.03	ARTERIOGRAFÍA DE VASOS DE CUELLO	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida, Honorarios médicos, Derechos de hemodinamia, Prácticas de RX , Medicamentos, Sustancia de Contraste y Material Descartable inherente al procedimiento.</p> <p>Excluye: Cualquier otro procedimiento adicional. Se deja aclarado que el modulo contempla solo lo inherente a la realización de la práctica. Anestesia.</p>
07.50.01	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE MIEMBRO INFERIOR BILATERAL DESDE NACIMIENTO DE ARTERIAS ILÍACAS PRIMITIVAS	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida, Honorarios médicos, Derechos de hemodinamia, Prácticas de RX , Medicamentos, Sustancia de Contraste y Material Descartable inherente al procedimiento.</p> <p>Excluye: Cualquier otro procedimiento adicional. Se deja aclarado que el modulo contempla solo lo inherente a la realización de la práctica. Anestesia.</p>
34.50.58	ARTRORESONANCIA	<p>Incluye: Honorarios y Gastos</p>
12.20.01	ARTROSCOPÍA DE HOMBRO	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos, Gastos operatorios, usos de fresas, Uso del Videoartroscopio, Medicamentos y Material descartable inherente al procedimiento. 1/3 punta de Shaver (incluido en valorización del módulo)</p> <p>Excluye: Anestesia. Todas las complicaciones y/o procedimiento adicional, Materiales protésicos.</p>
12.20.02	ARTROSCOPÍA DE RODILLA	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos, Gastos operatorios, usos de fresas, Uso del Videoartroscopio, Medicamentos y Material descartable inherente al procedimiento. 1/3 punta de Shaver (incluido en valorización del módulo)</p> <p>Excluye: Anestesia. Todas las complicaciones y/o procedimiento adicional, Materiales protésicos.</p>
12.20.03	ARTROSCOPÍA DE RODILLA COMPLEJA	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos, Gastos operatorios, usos de fresas, Uso del Videoartroscopio, Medicamentos y Material descartable inherente al procedimiento. 1/3 punta de Shaver (incluido en valorización del módulo)</p> <p>Excluye: Anestesia. Todas las complicaciones y/o procedimiento adicional, Materiales protésicos.</p>
12.90.01	ARTROSCOPÍA DE TOBILLO / MUÑECA	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos, Gastos operatorios, usos de fresas, Uso del Videoartroscopio, Medicamentos y Material descartable inherente al procedimiento. 1/3 punta de Shaver (incluido en valorización del módulo)</p> <p>Excluye: Anestesia. Todas las complicaciones y/o procedimiento adicional, Materiales protésicos.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
01.90.01	ASPIRADOR ULTRASÓNICO	Alquiler Uso de Equipo a valores de plaza (independientemente del valor fijado por DG)
26.05.13	BARRIDO CORPORAL TOTAL PARA CARCINOMA DE TIROIDES	Incluye: Honorarios y Gastos. Codificar REGIÓN según Nomenclador Nacional. Excluye: Material Radiactivo según valor CEDIM Interior
15.50.02	BIOPSIA DE VELLOSIDADES CORIÓNICAS	Incluye: Honorarios y Gastos
07.01.13	BIOPSIA ENDOMIOCARDICA POR CATETERISMO CARDIACO	Incluye: Pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos de todo el equipo, gastos, Anatomía Patológica, medicamentos y descartables inherente al procedimiento.1/3 del biótomo (SIN VALORIZACIÓN ADICIONAL). Excluye: Anestesia.
20.50.01	BIOPSIA HEPÁTICA POST-TRANSPLANTE HEPÁTICO	Incluye: Pensión en habitación compartida. Honorarios Médicos de todo el equipo, Gastos, Punción, Anatomía Patológica, Laboratorio, Radiología, Medicamentos y Material Descartables inherentes al procedimiento. Excluye: Anestesia, Medicación Inmunodepresora.
15.50.03	BIOPSIA MUSCULAR POR M.E.	Incluye: Honorarios y Gastos. Anatomía Patológica.
34.90.02	BLOQUEO FASCETARIO RADICULAR BAJO TAC	Incluye: Honorarios y Gastos. Medicación Específica.
35.90.02	BRAQUITERAPIA 2 DIAS	Incluye: Pensión (de acuerdo a los días indicados). Bloqueo de cama. Medicamentos y Material Descartable. Honorarios y Gastos. Excluye: Anestesia. Prácticas no relacionadas con la patología. Prácticas de Alta Complejidad. Días fuera de módulo. Prácticas conexas que ocurran a posteriori de los días incluidos dentro del del módulo. Complicaciones y reinternaciones.
35.90.04	BRAQUITERAPIA 3 DIAS	Incluye: Pensión (de acuerdo a los días indicados). Bloqueo de cama. Medicamentos y Material Descartable. Honorarios y Gastos. Excluye: Anestesia. Prácticas no relacionadas con la patología. Prácticas de Alta Complejidad. Días fuera de módulo. Prácticas conexas que ocurran a posteriori de los días incluidos dentro del del módulo. Complicaciones y reinternaciones.
35.90.05	BRAQUITERAPIA 4 DIAS	Incluye: Pensión (de acuerdo a los días indicados). Bloqueo de cama. Medicamentos y Material Descartable. Honorarios y Gastos. Excluye: Anestesia. Prácticas no relacionadas con la patología. Prácticas de Alta Complejidad. Días fuera de módulo. Prácticas conexas que ocurran a posteriori de los días incluidos dentro del del módulo. Complicaciones y reinternaciones.

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
35.90.03	BRAQUITERAPIA 5 DIAS	Incluye: Pensión (de acuerdo a los días indicados). Bloqueo de cama. Medicamentos y Material Descartable. Honorarios y Gastos. Excluye: Anestesia. Prácticas no relacionadas con la patología. Prácticas de Alta Complejidad. Días fuera de módulo. Prácticas conexas que ocurran a posteriori de los días incluidos dentro del del módulo. Complicaciones y reinternaciones.
35.90.06	BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA DE DOSIS	Incluye: Honorarios y Gastos. Pensión en habitación compartida. Excluye: Anestesia.
35.03.12	BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL PROSTÁTICA	Incluye: Medición previa en forma ambulatoria para la determinación del número de semillas necesario y planificación del procedimiento. Pensión en habitación compartida, Procedimiento Quirúrgico, Derechos Quirúrgicos, Honorarios del Equipo Profesional, Ecografía, Stepper, Aguja de Introducción, Medicamentos y Material Descartables inherentes al procedimiento. Excluye: Anestesia. Semillas de Yodo 12.5 (Enhebradas- Tipo Rapidtrans), a cargo de lapos.
28.90.02	BRONCOFIBROSCOPIA	Con instrumental rígido - Incluye: Honorarios y Gastos
28.90.03	BRONCOFIBROSCOPIA CON VIDEO	Incluye: Honorarios y Gastos. Uso de video.
26.50.01	CENTELLOGRAMA	Incluye: Honorarios y Gastos. Codificar REGIÓN según Nomenclador Nacional. Excluye: Material Radiactivo según valor CEDIM Interior

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
07.02.01	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	<p>Cgias de malformaciones congénitas cardiacas, cirugías de revascularización miocárdicas, cirugía de reemplazo valvular, aneurisma de aorta torácica. El alcance del módulo para cirugía cardiovascular es por el término de 10 días corridos a contar desde la internación, un primer día pre-operatorio y 9 días post-operatorio.</p> <p>Incluye: Pensión en UCV - RCV y habitación compartida. Honorarios Cirujanos, ayudantes, perfusionista, cardiólogos, infectólogos, kinesiólogos. Derechos Quirúrgicos e instrumentista. Prácticas, medicamentos y material descartable inherentes a la Cgía. Cardiovascular. Hasta 8 (ocho) transfusiones de sangre y hemoderivados. Biología Molecular. Excluye: Simdax (levosimendan) Prótesis vasculares, válvulas. Parches intracavitarios y todo tipo de material implantable, marcapasos definitivos. Medicamentos y Materiales Descartables que no tengan relación con la prestación, trombolíticos y protomplex, ECMO y Oxido Nítrico. Tomografía Axial Computada, Resonancia Magnética Nuclear, Eco-Doppler Transesofágico. Estudios de Hemodinamia, Recupero de sangre intra y post operatorio. Balón de contrapulsación. Bomba centrífuga (mat.descartable), en caso de que el paciente padezca endocarditis bacteriana, HIV. Anestesia. Se excluyen Específicamente: transplante, cardiomioplastías, cirugías de arritmias y toda complicación cardiológica. Prestaciones no comprendidas en el módulo. Toda cirugía o práctica no incluida en el módulo será facturada a los valores fijados por contrato con la respectiva Obra Social. Las prácticas no nomencladas serán facturadas según los aranceles vigentes al momento de la intervención (por ejemplo virus). Las Hemodiálisis y diálisis continuas (DPCA): se facturará al valor que fije el contrato.</p> <p>Observaciones: Si el paciente fallece dentro de las 24 hs. de operado se abona el 60% del valor del módulo. En caso de re-operaciones se incrementa un 20% al valor del módulo.</p>
08.90.03	CIRUGIA DE ANEURISMA ABDOMINAL	<p>Incluye: Honorarios Médicos \$50.000, Derechos quirurgicos: \$25.000.</p> <p>Excluye: Pension, Medicamentos, Descartables, Protesis, Anestesia (se facturarán a valores de convenio). Urgencia: en caso de aneurisma roto se incrementará un 25% los honorarios médicos.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
15.01.06	CITOLOGÍA EXFOLIATIVA ONCOLÓGICA - PAP	<p><u>Criterios de Autorización:</u> A partir de los 21 años de edad y cada 3 años para detección precoz de cáncer de cuello uterino. Si tiene más de 30 años y también le han hecho pruebas para el virus del papiloma humano (VPH, por sus siglas en inglés) y tanto la prueba de Papanicolaou como las pruebas para el VPH son normales, le pueden hacer exámenes cada 5 años (el VPH es el virus que causa verrugas genitales y cáncer de cuello uterino). Después de la edad de 65 a 70 años, la mayoría de las mujeres pueden dejar de hacerse la prueba de Papanicolaou siempre y cuando hayan obtenido 3 resultados negativos en los exámenes dentro de los últimos 10 años. Incluye: Honorarios y Gastos.</p>
23.50.16	CITOMETRÍA DE FLUJO MÉDULA ÓSEA Y SANGRE PERIFÉRICA	<p>Incluye: Honorarios y Gastos. Incluye todos los órganos y/o regiones.</p>
08.07.22	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA	<p>Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Anestesia y Sala de Recuperación (cuando se utilice)</p>
34.50.59	COLANGIORESONANCIA	<p>Incluye: Honorarios y Gastos</p>
08.07.16	COLECISTECTOMÍA CON O SIN COLEDOCOTOMÍA TRANSLAPAROSCÓPICA	<p>Incluye: Pensión, Gastos-derechos quirúrgicos, Uso de laparoscopia e instrumental inherente a la práctica (bisturí bipolar, armónico), Honorarios médicos (corresponden al 40% del valor total del módulo), Anatomía Patológica, Medicamentos y Materiales descartables (Trocares, Endoloops, Endoclips, Suturas no mecánicas, Bolsas colectoras, Drenajes, Material de hemostasia, etc.). Excluye: Honorarios Anestesia, Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS.</p> <p>Observaciones: En cirugías de urgencia las prácticas no incluidas en el módulo se facturan fuera de módulo por prestación.</p>
08.90.01	COLECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPICA	<p>Incluye: Pensión, Gastos-derechos quirúrgicos, Uso de laparoscopia e instrumental inherente a la práctica (bisturí bipolar, armónico), Honorarios médicos (corresponden al 40% del valor total del módulo), Anatomía Patológica, Medicamentos y Materiales descartables (Trocares, Endoloops, Endoclips, Suturas no mecánicas, Bolsas colectoras, Drenajes, Material de hemostasia, etc.). Excluye: Honorarios Anestesia, Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS. Observaciones: En cirugías de urgencia las prácticas no incluidas en el módulo se facturan fuera de módulo por prestación.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
36.90.01	COLOCACIÓN O EXTRACCIÓN DE CATETER DOBLE J	Incluye: Honorarios Excluye: Set completo-con guía- Cateter doble J (a cargo de lapos de acuerdo a PROTOCOLO VIGENTE)
07.01.15	COLOCACIÓN DE DESFIBRILADOR IMPLANTABLE	Incluye: Pensión en UCC y en Piso en habitación compartida. Estudio electrofisiológico realizado durante el implante. Honorarios Médicos. Gastos. Medicamentos y Material Descartable inherentes al procedimiento. Excluye: Otras prácticas médicas no relacionadas con el procedimiento - Cirugías - Complicaciones - Estudios de alta complejidad Provisión de la prótesis. Anestesia.
07.90.02	COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS DE AORTA	Incluye: Honorarios y Gastos Operatorios. Pensión en UCO, pensión en habitación compartida, medicamentos y descartables inherentes al procedimiento. Excluye: Anestesia, cualquier prestación ajena la procedimiento. Endoprótesis (a cargo de lapos)
20.90.10	COLOCACIÓN DE ENDOPROTESIS EN LA VIA BILIAR POR VIA ENDOSCOPICA	Incluye: Pensión, Uso de eco o TAC e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponde al 40% del valor total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. Excluye: Honorarios Anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
20.90.01	COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS ESOFAGICA	Incluye: Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponde al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. Excluye: Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
20.01.24	COLONOFIBROSCOPIA	Incluye: Honorarios y Gastos. Uso de video. Excluye: Sala de Recuperación (1/6 valor pensión cuando se utilice). Anestesia. Medicamentos anestésicos y descartables.
34.50.18	COLONOSCOPIA VIRTUAL POR TAC MULTISLICE	Criterio de autorización: patología concomitante documentada que contraindica fibrocolonoscopia (pulmonar, cardíaca). Estenosis infranqueable (en especial para evaluar resto del marco colónico en Ca sincrónico) Incluye: Honorarios y gastos.
11.02.13	CONIZACIÓN DE CUELLO	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Pensión en habitación compartida.
17.50.04	CONTROL TELEMETRICO DE DISPOSITIVOS CARDIACOS	Incluye: Honorarios

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
07.07.03	CORONARIOGRAFÍA SELECTIVA	<p>Incluye: Honorarios Médicos, Derechos de Hemodinámia, Prácticas de Rx ,Medicamentos, Sustancia de Contraste y Material Descartable inherente a la práctica. Excluye: Cualquier otro procedimiento adicional. Se deja aclarado que el modulo contempla solo lo inherente a la realización de la cinecoronariografía. Anestesia. Observación: Cuando se realice Cinecoronariografía y Angioplastia en el mismo acto se abonará: 60% de la Cinecoronariog. y 100% de la Angioplastia</p>
24.12.01	CRIOPRESERVACIÓN	<p>Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente</p>
26.50.04	CURVA DE CAPTACIÓN TIROIDEA	<p>Incluye: Honorarios y Gastos. Codificar REGIÓN según Nomenclador Nacional. Excluye: Material Radiactivo según valor CEDIM Interior</p>
34.12.01	DENSITOMETRÍA ÓSEA	<p>Criterios de Autorización - Para Diagnóstico: En mujeres que tengan un puntaje IARO igual o mayor a 9 mas alguno de los factores de riesgo y que estén dispuestas a realizar tratamiento o no tengan contraindicaciones para el mismo Se autorizará para edad mayor a 55 años siempre que tenga algún factor de riesgo de los mencionados, independientemente de su IARO. Criterios de Autorización - Para seguimiento: En mujeres bajo tratamiento de osteoporosis se reconoce una DMO por año para seguimiento, aunque lo indicado sería repetirla no antes de los 2 años. No se reconoce antes del año del estudio previo ya que el tratamiento es a muy largo plazo y los resultados son de poca magnitud. Si la DMO es normal (T score mayor a -1) se reconocerá su repetición luego de 3 años Si la DMO da por encima del valor normal no se reconocerá ningún seguimiento posterior Se recomienda realizar DMO (S/la US Preventive Services Task Force(USPSTF) en: Mujeres mayores de 65 años en forma rutinaria. Mujeres, a partir de los 60 años, con riesgo incrementado para fracturas osteoporóticas. Se recomienda realizar DMO (S/la National Osteoporosis Foundation (NOF) en: Toda mujer < 65 años que tiene uno o más factores de riesgo para fractura. Todas las mujeres mayores de 65 años. Incluye: Honorarios y Gastos. Si es por dos regiones, se factura 50% adicional.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
04.99.02	DENTASCAN POR TCV MULTISLICE AMBOS MAXILARES	Incluye: Honorarios y Gastos
04.99.01	DENTASCAN POR TCV MULTISLICE UN MAXILAR	Incluye: Honorarios y Gastos
13.90.05	DERMATOSCOPIA DIGITAL CON MAPEO CORPORAL TOTAL	Criterios de autorización: sólo en casos de presencia de múltiples nevus y alto riesgo de melanoma y/o nevus displásicos. Se deberá adjuntar en todos los casos clasificación ABDC y score de Meinzes Incluye: Honorarios y gastos.
26.50.02	DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA	Incluye: Honorarios y Gastos de la detección
26.50.03	DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA CON USO DE GAMMA PROBE	Criterios de autorización: carcinoma mamario, melanoma cutáneo, carcinoma de vulva. Incluye: Honorarios. Uso de aparato Gamma Probe (ALQUILER=\$1800). Excluye: Pensión. Material radiactivo, centellograma linfático. Anestesia.
20.90.02	DILATACIÓN ESOFÁGICA ENDOSCOPICA	Incluye: Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponden al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. Excluye: Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
23.50.01	DOSAJE DíMERO-D	Sugerencia: Uno al diagnóstico de TVP - TEP. Uno a los treinta días de suspendida anticoagulación por TVP – TEP.
23.50.02	DOSAJE FACTORES K DEPENDIENTES (INCLUYE FACTORES II – VII – IX – YX)	Sugerencia para todos los factores: De acuerdo a necesidad en estudio de sangrados y / o coagulopatías.
20.90.03	DRENAJE PERCUTÁNEO BILIAR	Incluye: Pensión, Uso de eco o TAC e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponde al 40% del valor total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. Excluye: Honorarios Anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
18.03.01	ECO-DOPPLER CARDÍACO COLOR	Incluye: Honorarios y Gastos
18.50.41	ECO-DOPPLER OTRAS REGIONES	Incluye: Honorarios y Gastos
18.04.02	ECO-DOPPLER TRANSESOFÁGICO COLOR	Incluye: Honorarios y Gastos
18.50.40	ECO-DOPPLER VASCULAR FETAL	Incluye: Honorarios y Gastos
18.02.02	ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFÉRICO	Incluye: Honorarios y Gastos
18.01.01	ECOCARDIOGRAMA COMPLETO A M y B	Incluye: Honorarios y Gastos
18.03.02	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS FÍSICO O FARMACOLÓGICO	Incluye: Honorarios , Gastos y Medicamentos.
20.50.04	ECOENDOSCOPIA DIGESTIVA DIAGNÓSTICA	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Anestesia y Sala de Recuperación (cuando se utilice)
18.01.07	ECOGRAFÍA CEREBRAL CON MODO B y A	Incluye: Honorarios y Gastos
18.01.12	ECOGRAFÍA COMPLETA DE ABDOMEN	Incluye: Honorarios y Gastos
18.50.01	ECOGRAFÍA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	Incluye: Honorarios y Gastos

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
18.01.17	ECOGRAFÍA DE AORTA ABDOMINAL (DINÁMICA Y ESTÁTICA)	Incluye: Honorarios y Gastos
18.50.02	ECOGRAFÍA DE CADERA	Incluye: Honorarios y Gastos
18.06.01	ECOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS	Incluye: Honorarios y Gastos
18.01.11	ECOGRAFÍA DE TESTÍCULOS	Incluye: Honorarios y Gastos
18.01.14	ECOGRAFÍA VESICO-PROSTATICA	Incluye: Honorarios y Gastos
18.50.04	ECOGRAFÍA ENDOANAL	Criterios de autorización: patología inflamatoria, tumoral y funcional, que afecta el canal anal, recto inferior, tabique recto vaginal y suelo pelviano, adjuntando descripción semiológica y otros estudios previos Incluye: Honorarios y gastos.
18.50.07	ECOGRAFÍA ENDOCAVITARIA PROSTÁTICA	Incluye: Honorarios y Gastos
18.50.05	ECOGRAFÍA ENDOCAVITARIA VAGINAL	Criterios de Autorización: Hallazgos anormales en un examen físico, como quistes, tumores fibroideos u otras neoplasias (proliferación anormal de células) - Sangrado vaginal anormal y problemas menstruales - Ciertos tipos de infertilidad - Dolor pélvico - Evaluar casos de amenaza de aborto espontáneo - Escuchar los latidos cardíacos de un feto - Examinar la placenta - Buscar la causa de sangrado - Vigilar el crecimiento del embrión o el feto a comienzos del embarazo - Ver si el cuello uterino está cambiando o abriéndose cuando el trabajo de parto está comenzando tempranamente - Comprobar los valores normales, por ejemplo si las estructuras pélvicas o el feto son normales. Se autorizará una vez por año prestacional y en caso de necesidad de repetir el estudio con antelación al año prestacional, se deberán adjuntar estudios previos que justifiquen su realización. En caso de embarazo se autorizara bajo el plan materno infantil. Incluye: Honorarios y Gastos.
18.01.13	ECOGRAFÍA HEPÁTICA, BILIAR, ESPLÉNICA O TORÁCICA	Incluye: Honorarios y Gastos
18.50.03	ECOGRAFÍA INTRAOPERATORIA	Incluye: Honorarios y Gastos
18.01.06	ECOGRAFÍA MAMARIA UNI O BILATERAL	Criterios de Autorización: Para la detección del cáncer de mama y de pequeños tumores de mama que aún no se han propagado hacia los ganglios linfáticos. Se autorizará una vez por año prestacional y en caso de necesidad de repetir el estudio con antelación al año prestacional, se deberán adjuntar estudios previos que justifiquen su realización. En el caso de mujeres mayores de 40 años, se autorizara cada 6 meses (calendario prestacional) según diagnostico presuntivo y estudios complementarios. Incluye: Honorarios y Gastos
18.50.06	ECOGRAFÍA OTRAS REGIONES	Incluye: Honorarios y Gastos
18.01.18	ECOGRAFÍA PANCREATICA O SUPRARRENAL	Incluye: Honorarios y Gastos
18.01.21	ECOGRAFÍA PARA LA AMNINOCENTESIS	Incluye: Honorarios y Gastos
18.01.16	ECOGRAFÍA RENAL BILATERAL	Incluye: Honorarios y Gastos

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
18.01.10	ECOGRAFÍA TIROIDEA	Incluye: Honorarios y Gastos
29.50.05	EEG DIGITAL	Incluye: Honorarios y Gastos
29.50.04	EEG SUEÑO VIGILIA PROLONGADO	Incluye: Honorarios y Gastos
17.01.18	ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTER POR 24 HS	Incluye: Honorarios y Gastos
29.01.06	ELECTROMIOGRAFÍA CON VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN	Incluye: Honorarios y Gastos. Material Descartable
29.01.05	ELECTROMIOGRAFÍA CUATRO MIEMBROS	Incluye: Honorarios y Gastos. Material Descartable
29.01.04	ELECTROMIOGRAFÍA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES O FACIAL	Incluye: Honorarios y Gastos. Material Descartable
29.50.03	ELECTRORETINOGRAMA COMPUTARIZADO	Incluye: Honorarios y Gastos
01.90.03	EMBOLIZACION ENDOVASCULAR DE ANEURISMA Y MALFORMACIONES VASCULARES ENDOCRANEALES	Incluye: Honorarios neurocirujano, neuroradiólogo, enfermera, técnico, instrumentista. Gastos de quirófano, gastos de angiografía digital, medicamentos, material de contraste, material de embolización (coils, balones). Material descartable. Excluye: Eventuales estudios complementarios o nuevos procedimientos y cualquier prestación expresamente incluida. Pensión en habitación compartida.
07.90.03	EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS	Incluye: Honorarios y Gastos. Pensión en habitación compartida. Excluye: Coils (a cargo de IAPOS)
20.90.04	ENTEROCLISIS BAJO TAC	Incluye: Honorarios y Gastos Excluye: Medicamentos y Descartable. Sala de Recuperación. Anestesia.
17.50.03	ERGOMETRÍA COMPUTARIZADA	Incluye: Honorarios y Gastos
20.90.05	ESCLEROSIS DE LESIÓN SANGRANTE GÁSTRICA O ESOFÁGICA	Incluye: Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (correspondel al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. Excluye: Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
20.90.06	ESCLEROSIS DE VÁRICES ESOFÁGICAS	Incluye: Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (correspondel al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. Excluye: Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
20.01.22	ESOFAGOGASTRODUODENOFIBROSCOPIÁ	Incluye: Honorarios y Gastos. Uso de video. Excluye: Sala de Recuperación (1/6 valor pensión cuando se utilice). Anestesia. Medicamentos anestésicos y descartables.
28.50.01	ESPIROMETRÍA COMPUTADA	Incluye: Honorarios y Gastos

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
23.50.03	ESTUDIO BASICO DE COAGULACION	<p>Estudio inicial de coagulopatias. Preoperatorio de cirugía cardiovascular o general. Inicio del tratamiento Anticoagulante. Incluye: -Hematocrito. -Recuento Plaquetario. -Frotis sangre Periférica. -Tiempo de sangría. -Tiempo plasma recalcificado. -APTT . -Tiempo de Protrombina. -Tasa de Protrombina (Quick). -Tiempo de Trombina. -Retracción del coágulo. -Fibrinógeno. -Lisis de Euglobulinas. Consumo Protombina TGT (Test generación Tromboplastina).Sugerencia: Uno al inicio del tratamiento anticoagulante. Uno en pre-quirúrgico cirugía gral. Uno en pre-quirúrgico cirugía CV. Dos en post-quirúrgico cirugía CV . Uno al inicio del estudio de coagulopatía o sangrados. Sujeto a modificaciones de acuerdo a evolución clínica o necesidad.</p>
23.50.04	ESTUDIO BASICO DE LAS HEMOGLOBINOPATIAS	<p>Incluye: Test de Sickling - Cuerpos de Heinz - Electroforesis Hemoglobina en acetato - Electroforesis Hemoglobina en Agar - Cuantificación Hemoglobina Fetal - Estudio Resistencia Globular - Esferocitosis Hereditaria - Eliptocitosis - etc.- Estudio anemias Hemolíticas Congénitas. Sugerencia: Uno solo al diagnóstico. Seguimiento con módulo de seguimiento de citopenias.</p>
23.50.06	ESTUDIO DE CITOPENIAS (SEGUIMIENTO)	<p>Incluye: Recuento de reticulocitos - Recuento de Plaquetas - Citomorfología de Sangre periférica - Ferremia (opcional) - Capacidad de saturación transferrina (opcional) - Porcentaje Saturación tranferrina (opcional) - Toma de muestra. Sugerencia: Uno por mes los primeros tres meses. Luego uno cada dos meses. Sujeto a modificaciones de acuerdo a evolución clínica o necesidad. En casos de citopenias críticas (< 50.000 plaquetas - < 1.500 neutrófilos o < 7gr. Hemoglobina), se pueden requerir controles mas seguidos.</p>
17.02.02	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO COMPLETO	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida, Medicamentos y Material Descartable inherente al procedimiento, Derecho de Hemodinamia, Honorarios Médicos, Realización del cateterismo, sobreestimulación cardíaca, mapeo y desencadenamiento de la arritmia y otros. Excluye: Colocación de marcapaso definitivo, Estudios Hemodinamicos. Anestesia.</p>
26.02.34	ESTUDIO FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA Y PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON SPECT (SPECT CARDIACO)	<p>Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material Radiactivo según valor CEDIM.</p>
23.50.05	ESTUDIO INICIAL DE CITOPENIAS AISLADAS O COMBINADAS	<p>Incluye: Hemograma - Recuento de Reticulocitos - Recuento de Plaquetas - Citomorfología de Sangre periférica - Ferremia - Capacidad de saturación transferina - Porcentaje saturación tansferrina - Toma de muestra. Sugerencia: Uno en la evaluación inicial de citopenias.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
36.01.11	ESTUDIO URODINÁMICO COMPLETO	Incluye: Honorarios y Gastos
20.90.08	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO	Incluye: Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponden al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. Excluye: Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
03.50.01	EXUDADO FARÍNGEO METODO RÁPIDO	Incluye: Honorarios y Gastos
31.01.24	FARINGOLARINGOFIBROSCOPIA	Incluye: Honorarios y Gastos. Uso de video.
26.05.29	FLEBOGRAFIA RADIOISOTÓPICA POR ÁREAS	Incluye: Honorarios y Gastos. Codificar REGIÓN según Nomenclador Nacional. Excluye: Material Radiactivo según valor CEDIM Interior
07.07.18	FLEBOTOMÍA CON COLOCACIÓN DE CATÉTER IMPLANTABLE CON RESERVORIO (COLOCACION PORTH VENOSO)	Incluye: Honorarios y Gastos. Pensión en habitación compartida. Medicamentos y descartables inherentes al procedimiento. Excluye: Porth a cargo de lapos. Anestesia.
36.50.01	FLUJOMETRÍA URINARIA	Incluye: Honorarios y Gastos
08.04.07	GASTROTOMÍA POR RADIOSCOPIA / FIBROSCOPIA	Incluye: Pensión, Uso de eco o TAC e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponde al 40% del valor total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. Excluye: Honorarios Anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
24.90.01	HEMOTERAPIA / TRANSFUSION	Incluye: Honorarios y Gastos inherentes a la prestación, Pruebas de Compatibilidad, Serología, Materiales Descartables. Biología Molecular. Filtro.
15.50.01	HIBRIDACIÓN IN SITU	Incluye: Honorarios y Gastos
26.90.01	IRRADIACIÓN DE SANGRE Y PLAQUETAS	Incluye: Honorarios y Gastos
20.90.07	LIGADURAS DE VÁRICES ESOFÁGICAS	Incluye: Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponden al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. Excluye: Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
10.01.25	LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA RENAL	Incluye: Honorarios y Gastos
20.50.02	MANOMETRÍA ANORECTAL	Incluye: Honorarios y Gastos
20.01.11	MANOMETRÍA ESOFÁGICA	Incluye: Honorarios y Gastos
03.90.06	MIRINGOPLASTIA TIPO I	Incluye: honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos, descartables. Excluye: Anestesia, elementos protésicos (diabolo a cargo de IAPOS) y sala de recuperación.

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
03.90.07	MIRINGOPLASTIA TIPO II	Incluye: honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos, descartables. Excluye: Anestesia, elementos protésicos (diabolo a cargo de IAPOS) y sala de recuperación.
03.02.03	MIRINGOTOMIA CON O SIN COLOCACION DE TUBO DRENAJE	Incluye: honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos, descartables. Excluye: Anestesia, elementos protésicos (diabolo a cargo de IAPOS) y sala de recuperación.
16.90.01	MODULO 1: DROGAS ANESTESICAS EN PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS	Incluye: Perfus x 1 + Angiocath 20 x 1 + SF x 1 + propofol x 1 + midazolam x 1+ sublimaze x 1
16.90.02	MODULO 2: DROGAS ANESTESICAS EN PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS	Incluye: Perfus x 1 + Angiocath 20 x 1 + SF x 1 + propofol x 1 + midazolam x 1+ sublimaze x 2 + atropina x 1 + metoclopramida x 1
23.50.12	MODULO DE ADMINISTRACION DE DROGAS ESPECIALES	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Medicamentos (Aminomux, Ciclofosfamida, Pamidronato). Pensión (facturar sala de recuperación)
23.50.13	MODULO ESTUDIO DE MEDULA OSEA I	Incluye: Punción aspirado de Médula Osea (external o Cresta Ilíaca Unilateral) - Medulograma - Hemosiderina medular - Sideroblastos - (% y clasificación) - Búsqueda de células neoplásicas - Aguja de Punción - Descartables. Indicaciones: Controles de Seguimiento de patologías onco-hematológicas, según protocolo aplicado y criterio del médico tratante.
23.50.14	MODULO ESTUDIO DE MEDULA OSEA II	Incluye: Punción aspirado de Médula Osea (external o Cresta Ilíaca Unilateral) - Biopsia de Médula Osea Unilateral - Medulograma - Hemosiderina Medular - Sideroblastos (% y clasificación) - Búsque de células neoplásicas - Aguja de Punción - Descartables. Indicaciones: Controles de Seguimiento de patologías onco-hematológicas, según protocolo aplicado y criterio del médico tratante - Aguja de Punción Medular - Descartables. Indicaciones: Estudio de Citopenias aisladas o combinadas - Estudio de eritrocitosis, leucocitosis o trombocitosis aisladas o combinadas - Estudio y seguimiento de aplasias medulares - Estudio y Seguimiento de Síndromes Mielodisplásicos - Estudio y seguimiento de Síndromes Mieloproliferativos - Diagnóstico y seguimiento de Leucemias agudas y crónicas - Estadificación de Linfomas (Hodgkin y No Hodgkin) - Estudio y Seguimiento de Discrasias de células plasmáticas - Evaluación de reserva medular y / o búsqueda de metástasis medulares de tumores sólidos. En todos los casos se incluye la extracción de muestras para estudios de inmunofenotipo y / o citogénico según criterio del médico tratante.
23.50.15	MODULO ESTUDIO DE MEDULA OSEA III	Incluye: Punción aspirado Médula Osea para otros estudios. Ej. Estudio de Síndrome Febril prolongado para medulocultivos. Aguja de Punción

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
DE ACUERDO A LA LEY DE PROTECCION INTEGRAL PARA PERSONAS TRASPLANTADAS, TODOS LOS MODULOS PRE Y POST TRASPLANTE SON SIN CARGO PARA EL AFILIADO POR LO TANTO NO LLEVAN COSEGURO		
<p>MÓDULOS SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL: <u>Requisitos para la facturación:</u> Certificado de implante. Protocolo quirúrgico con fecha de trasplante (solo para los primeros tres meses post trasplante). Historia clínica, evolución y estudios complementarios realizados incluidos en cada etapa de los módulos correspondientes. Las prestaciones que NO están incluidas en los Módulos se facturarán por prestación a los valores convenidos. Deben facturarse JUNTO al módulo correspondiente de post-trasplante renal. Para eso se deberá adjuntar a la presentación: Resumen de Historia clínica y estudios pertinentes que justifiquen dicha solicitud para ser evaluados en Auditoría Médica. El MÓDULO 1 incluye prestaciones para los 3 primeros meses post-Trasplante, correspondientes al primer trimestre. El MÓDULO 2 Incluye prestaciones para los siguientes 3 trimestres del primer año. El MÓDULO 3 incluye prestaciones para los siguientes 3 cuatrimestres correspondientes al segundo año post-Trasplante. El MÓDULO 4 incluye prestaciones para los siguientes cuatrimestres correspondientes a partir del tercer año del post-Trasplante renal.</p>		
50.70.01	MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL - PRIMER MES	<p>Incluye: 4 Consultas / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 2 Creatinemias / 2 Dosajes de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.02	MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL - SEGUNDO MES	<p>Incluye: 2 Consultas / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 2 Creatinemias / 2 Dosajes de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.03	MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL -TERCER MES	<p>Incluye: 2 Consultas / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 2 Creatinemias / 2 Dosajes de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
50.70.04	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (SEGUNDO TRIMESTRE) - PRIMER MES	Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.
50.70.05	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (SEGUNDO TRIMESTRE) - SEGUNDO MES	Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.
50.70.06	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (SEGUNDO TRIMESTRE) - TERCER MES	Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Perfil lipico + PTH + Vitamina D / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.
50.70.07	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (TERCER TRIMESTRE) - PRIMER MES	Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
50.70.08	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (TERCER TRIMESTRE) - SEGUNDO MES	Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.
50.70.09	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (TERCER TRIMESTRE) - TERCER MES	Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Perfil lipico + PTH + Vitamina D / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.
50.70.10	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (CUARTO TRIMESTRE) - PRIMER MES	Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.
50.70.11	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (CUARTO TRIMESTRE) - SEGUNDO MES	Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
50.70.12	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (CUARTO TRIMESTRE) - TERCER MES	<p>Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Perfil lipico + PTH + Vitamina D / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.13	MODULO 3 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL - PRIMER MES	<p>Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.14	MODULO 3 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL - TERCER MES	<p>Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Perfil lipico + PTH + Vitamina D / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.15	MODULO 4 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL	<p>Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Perfil lipico + PTH + Vitamina D / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
<p>MÓDULOS SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PÁNCREAS SIMULTÁNEO: <u>Requisitos para la facturación:</u> Certificado de implante. Protocolo quirúrgico con fecha de trasplante (solo para los primeros tres meses post trasplante). Historia clínica, evolución y estudios complementarios realizados incluidos en cada etapa de los módulos correspondientes. Las prestaciones que NO están incluidas en los Módulos se facturarán por prestación a los valores convenidos. Deben facturarse JUNTO al módulo correspondiente de post-trasplante reno-pancreático. Pare eso se deberá adjuntar a la presentación: Resumen de Historia clínica y estudios pertinentes que justifiquen dicha solicitud para ser evaluados en Auditoría Médica. El MÓDULO 1 incluye prestaciones para los 3 primeros meses post-Trasplante, correspondientes al primer trimestre. El MÓDULO 2 incluye prestaciones para los siguientes 3 trimestres del primer año. El MÓDULO 3 incluye prestaciones para los siguientes 3 cuatrimestres correspondientes al segundo año post-Trasplante. El MÓDULO 4 incluye prestaciones para los siguientes cuatrimestres correspondientes a partir del tercer año del post-Trasplante.</p>		
50.70.16	MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO - PRIMER MES	<p>Incluye: 4 consultas / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 2 Creatnemias / 2 Dosajes de FK-506 / 1 Dosaje de Peptico C. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.17	MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO - SEGUNDO MES	<p>Incluye: 2 consultas / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 2 Creatinemias / 2 Dosajes de FK-506 / 1 Dosaje de Peptico C. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.18	MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO - TERCER MES	<p>Incluye: 2 consultas / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 2 Creatinemias / 2 Dosajes de FK-506 / 1 Dosaje de Peptico C. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
50.70.19	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (SEGUNDO TRIMESTRE) - PRIMER MES	<p>Incluye: 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506.</p> <p>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.20	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (SEGUNDO TRIMESTRE) - SEGUNDO MES	<p>Incluye: 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506.</p> <p>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.21	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (SEGUNDO TRIMESTRE) - TERCER MES	<p>Incluye: 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506 / 1 Perfil lipico + PTH + Vitamina D / Dosaje de Peptico C .</p> <p>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.22	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (TERCER TRIMESTRE) - PRIMER MES	<p>Incluye: 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506.</p> <p>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
50.70.23	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (TERCER TRIMESTRE) - SEGUNDO MES	<p>Incluye: 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506.</p> <p>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.24	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (TERCER TRIMESTRE) - TERCER MES	<p>Incluye: 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506 / 1 Perfil lipico + PTH + Vitamina D / Dosaje de Peptico C .</p> <p>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.25	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (CUARTO TRIMESTRE) - PRIMER MES	<p>Incluye: 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506.</p> <p>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.26	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (CUARTO TRIMESTRE) – SEGUNDO MES	<p>Incluye: 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506.</p> <p>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
50.70.27	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (CUARTO TRIMESTRE) – TERCER MES	<p>Incluye: 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506 / 1 Perfil lipico + PTH + Vitamina D / Dosaje de Peptico C . Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.28	MODULO 3 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO - PRIMER MES	<p>Incluye: 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.29	MODULO 3 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO - TERCER MES	<p>Incluye: 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Perfil lipico + PTH + Vitamina D/ 1 Dosaje de FK-506 / 1 Dosaje de Peptico C. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.30	MODULO 4 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO	<p>Incluye: 1 consulta / 1 Laboratorio basico (, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Perfil lipico + PTH + Vitamina D/ 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Eco doppler renal. Eco doppler de eje espelno-renal. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV (solo para pacientes de bajo riesgo inmunologico, ya que los de alto riesgo estan con profilaxis con Ganciclovir y no lo requiere. Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
		<p>MÓDULOS SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE HEPÁTICO: <u>Requisitos para la facturación:</u> Certificado de implante. Protocolo quirúrgico con fecha de trasplante (solo para los primeros tres meses post trasplante). Historia clínica, evolución y estudios complementarios realizados incluidos en cada etapa de los módulos correspondientes. Las prestaciones que NO están incluidas en los Módulos se facturarán por prestación a los valores convenidos. Deben facturarse JUNTO al módulo correspondiente de post-trasplante renal. Pare eso se deberá adjuntar a la presentación: Resumen de Historia clínica y estudios pertinentes que justifiquen dicha solicitud para ser evaluados en Auditoría Médica. El MÓDULO 1 incluye prestaciones para los 6 primeros meses post-Trasplante, correspondiente al primer año. El MÓDULO 2 incluye prestaciones para los últimos 6 meses post-Trasplante, correspondiente al primer año. El MÓDULO 3 incluye prestaciones a partir del segundo año de post-Trasplante.</p>
50.70.31	MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPATICO	<p>Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Creatinemia, Ionograma, Glucemia, GOT, GPT, GGT, FA, Bilirrubina Total y Fraccionada, Colinesterasa, Proteínas Totales y Albúmina, TP, perfil lipídico) / 1 Dosaje de FK-506 o Ciclosporina. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Ecografia de abdomen. Eco doppler de eje hepatico-esplenico. Dosaje de Alfa Feto Proteina / PCR VHB. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV . Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.32	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPATICO - PRIMER MES	<p>Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Creatinemia, Ionograma, Glucemia, GOT, GPT, GGT, FA, Bilirrubina Total y Fraccionada, Colinesterasa, Proteínas Totales y Albúmina, TP, perfil lipídico) / 1 Dosaje de FK-506 o Ciclosporina. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Ecografia de abdomen. Eco doppler de eje hepatico-esplenico. Dosaje de Alfa Feto Proteina / PCR VHB. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV . Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.33	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPATICO - CUARTO MES	<p>Incluye: 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Creatinemia, Ionograma, Glucemia, GOT, GPT, GGT, FA, Bilirrubina Total y Fraccionada, Colinesterasa, Proteínas Totales y Albúmina, TP, perfil lipídico) / 1 Dosaje de FK-506 o Ciclosporina. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Ecografia de abdomen. Eco doppler de eje hepatico-esplenico. Dosaje de Alfa Feto Proteina / PCR VHB. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV . Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
50.70.34	MODULO 3 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPATICO	<p>Incluye: 1 Consulta cada 6 meses / 1 Laboratorio basico cada 6 meses (Hemograma, Uremia, Creatinemia, Ionograma, Glucemia, GOT, GPT, GGT, FA, Bilirrubina Total y Fraccionada, Colinesterasa, Proteínas Totales y Albúmina, TP, perfil lipídico) / 1 Dosaje de FK-506 o Ciclosporina cada 6 meses. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Ecografia de abdomen. Eco doppler de eje hepatico-esplenico. Dosaje de Alfa Feto Proteina / PCR VHB. Dosajes de PCR cuantitativa para CMV . Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
<p>MÓDULOS SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE CARDÍACO: <u>Requisitos para la facturación:</u> Certificado de implante. Protocolo quirúrgico con fecha de trasplante (solo para los primeros tres meses post trasplante). Historia clínica, evolución y estudios complementarios realizados incluidos en cada etapa de los módulos correspondientes. Las prestaciones que NO están incluidas en los Módulos se facturarán por prestación a los valores convenidos. Deben facturarse JUNTO al módulo correspondiente de post-trasplante. Pare eso se deberá adjuntar a la presentación: Resumen de Historia clínica y estudios pertinentes que justifiquen dicha solicitud para ser evaluados en Auditoría Médica. El MÓDULO 1 incluye prestaciones para los 6 primeros meses post-Trasplante, correspondiente al primer año. El MÓDULO 2 incluye prestaciones desde el segundo semestre post-Trasplante, correspondiente al primer año. El MÓDULO 3 incluye prestaciones a partir del segundo año post-Trasplante. ACLARACIONES: Facturar fuera de módulo: Ecocardiograma indicado al mes 3°, 6° y 12°. Biopsia endomiocárdica: si sospecha de rechazo agudo en el primer año (cada 2 semanas en los primeros 3 meses o cada 2 meses hasta cumplir el año) o para control de tratamiento efectivo posterior a rechazo.</p>		
50.70.35	MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE CARDIACO	<p>Incluye: 1 Consulta / 1 ECG / 1 Laboratorio Basico (Hemograma, Uremia, Creatinemia, Ionograma, Glucemia, GOT, GPT, Bilirrubina Total y Fraccionada, Proteínas Totales y Albúmina, TP, Perfil Lipídico) / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Ecocardiograma BD / Doppler. Biopsia endomiocardica (valor grilla). Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.36	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE CARDIACO - PRIMER MES	<p>Incluye: 1 Consulta / 1 ECG / 1 Laboratorio Basico (Hemograma, Uremia, Creatinemia, Ionograma, Glucemia, GOT, GPT, Bilirrubina Total y Fraccionada, Proteínas Totales y Albúmina, TP, Perfil Lipídico) / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Ecocardiograma BD / Doppler. Biopsia endomiocardica (valor grilla). Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
50.70.37	MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE CARDIACO - CUARTO MES	<p>Incluye: 1 Consulta / 1 ECG / 1 Laboratorio Basico (Hemograma, Uremia, Creatinemia, Ionograma, Glucemia, GOT, GPT, Bilirrubina Total y Fraccionada, Proteínas Totales y Albúmina, TP, Perfil Lipídico) / 1 Dosaje de FK-506. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Ecocardiograma BD / Doppler. Biopsia endomiocardica (valor grilla). Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.70.38	MODULO 3 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE CARDIACO	<p>Incluye: 1 Consulta cada 6 meses / 1 ECG cada 6 meses / 1 Laboratorio Basico cada 6 meses (Hemograma, Uremia, Creatinemia, Ionograma, Glucemia, GOT, GPT, Bilirrubina Total y Fraccionada, Proteínas Totales y Albúmina, TP, Perfil Lipídico) / 1 Dosaje de FK-506 cada 6 meses. Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida): Ecocardiograma BD / Doppler. Biopsia endomiocardica (valor grilla). Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.</p>
50.07.02	MÓDULO PRE-TRASPLANTE CARDÍACO	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida. Estudios nomencados de laboratorio, Rx, Ecocardiograma, Electrocardiograma, Estudio Urodinámico diagnóstico, Est. de Cardiología nuclear Biopsia endomiocardica por cateterismo, Ergometría, Anatomía Patológica nomenclada, Exámen funcional respiratorio y máximo consumo de oxígeno. Interconsulta con especialidades médicas y estudios derivados de los mismos. Honorarios de equipo médico clínico, quirúrgico y técnico. Medicina transfusional - 1 módulo de serología. Estudios nomencados de histocompatibilidad. Medicamentos y descartables inherentes al procediniento. Cateter de Swan Ganz. Excluye: Anestesia. Prácticas quirúrgicas. Prestaciones no nomencadas que no figuren tácitamente como incluídas. Tac, Arteriografía digital. Prácticas Hemodinámicas intervencionistas. Estudio electrofisiológico, hemodiálisis, diálisis peritoneal, hemofiltración. Balón de contrapulsación u otros métodos de asistencia mecánicas circulatoria. Materiales Protésico y/o implantables. Biótomo descartable, introductor femoral Daig., consultas con ginecología, oftalmología y ORL. Medicamentos específicos.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
50.08.06	MÓDULO PRE-TRANSPLANTE HEPÁTICO DONANTE	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida. Estudio hemodinámico simple. Estudios complementarios necesarios. Interconsultas con diversas especialidades médicas. Medicamentos y descartables utilizados durante la internación comprendida en el módulo, excepto los excluidos. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico y técnico. Medicina transfusional, módulo de serología-1. Excluye: Tac, Rmn, cualquier tipo de práctica quirúrgica, tratamiento derivado de interconsultas a otras especialidades médicas. Medicamentos específicos.</p>
50.08.07	MÓDULO PRE-TRANSPLANTE HEPÁTICO RECEPTOR	<p>Incluye: Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico y técnico, asignado por el equipo de transplante habilitado por el INCUCAI. Estudios radiológicos, ecográficos nombrados. Examen funcional respiratorio, laboratorio, prácticas cardiológicas nombradas. Hemoterapia (Estudios Inmunoematológicos). Estudio de Histerocompatibilidad. Interconsultas con distintas especialidades médicas. Inscripción en lista de espera de transplante hepático (en caso de ser apto). Pensión en habitación compartida. Medicamentos y descartables utilizados durante la evaluación, excepto los excluidos. Medicina Transfusional. 1 módulo de serología.</p> <p>Excluye: Estudios hemodinámicos, Tac, Rmn, Hemodiálisis, Diálisis peritoneal, Hemofiltración. Prácticas Quirúrgicas. Tratamientos derivados de interconsultas a otras especialidades médicas. Medicamentos específicos.</p>
50.10.02	MÓDULO PRE-TRANSPLANTE RENAL DONANTE	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida. Arteriografía renal selectiva. Estudios radiológicos y ecográficos nombrados. Examen funcional respiratorio, Laboratorio. Prácticas cardiológicas nombradas. Medicina transfusional - 1 módulo de serología. Consultas con distintas especialidades. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico y técnico. Excluye: Prácticas quirúrgicas. Tratamientos derivados de diagnósticos que se establezcan. Tac, Estudios de histerocompatibilidad, Biopsias y sus estudios anatomopatológicos. Medicamentos específicos.</p>
50.10.03	MÓDULO PRE-TRANSPLANTE RENAL RECEPTOR	<p>Incluye: Estudios Inmunoematológicos, Análisis Clínicos, Riesgo quirúrgico, Examen ginecológico y/o andrológico, interconsultas con especialistas. Inscripción al INCUCAI, Análisis de sangre e infectológicos, Estudio de diagnóstico por imágenes, exámenes cardiológicos. Pensión en habitación compartida. Excluye: Prácticas quirúrgicas. Tratamientos derivados de diagnósticos que se establezcan.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
50.10.04	MÓDULO PRE-TRANSPLANTE RENAL RECEPTOR - SEGUIMIENTO ANUAL	Incluye: Análisis Clínicos, Crossmatch contra panel, Endoscopia. Ecografía. Electrocardiograma. Ecocardiograma. Rx de Tórax. En caso de pacientes mujeres se agrega Mamografía, Papanicolau y control ginecológico. Pensión en habitación compartida.
50.10.08	MÓDULO PRE-TRASPLANTE RENOPANCREATICO	Incluye: Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico y técnico, habilitado por el INCUCAI. Estudios radiológicos, ecográficos, de laboratorio clínicos y bacteriológicos e infectológicos nomencados. Estudios de histocompatibilidad. Estudios cardiológicos y de riesgo quirúrgico. Exámen ginecológico y/o andrológico. Perfusión miocárdica spect. Inscripción en lista de espera para trasplante renopancreático en caso de ser apto. TAC Multi Slice. Eco Doppler eje espleno-portal. Evaluación y llenado de ficha "Guía social para paciente en situación de trasplante de órgano/tejidos". Evaluación psicológica que incluya valoración de adherencia al tratamiento y a controles posteriores al procedimiento. La misma debe ser realizada en todos los casos, y en forma conjunta con el resto de las prácticas correspondientes a dichas evaluaciones. No deben ser consideradas un requerimiento previo para dicha evaluación. Excluye: Estudios de hemodinamia, electrofisiológicos, radiocardiograma. Resonancia magnética nuclear. Implante de cardiodesfibrilador con resincronizador.
50.10.09	MÓDULO PRE-TRASPLANTE RENOPANCREATICO SEGUIMIENTO ANUAL	Incluye las prácticas mencionadas, que requieren ser actualizadas con una periodicidad anual. Incluye: Histocompatibilidad: Cross Match contra panel. Laboratorio. Todas las determinaciones de rutina y aquellas especiales que requieran actualización de acuerdo al criterio medico y que puedan modificar la indicación y/o evolución del trasplante. Diagnostico por imágenes: Rx Tórax F y P, Ecografía abdominal completa. Interconsulta Cardiología: examen clínico, ECG, y Ecocardiograma Bidimensional. Interconsulta Ginecología.: examen clínico, PAP y colposcopia. Interconsulta Urología: examen clínico y laboratorio PSA. Interconsulta Psicología: Entrevista y Evaluación de Aptitud Psicológica para trasplante.

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
20.90.09	MÓDULO QUIMIOEMBOLIZACIÓN DE NÓDULOS HEPÁTICOS	Criterios de autorización: en tumores hipervascularizados de progresión locoregional, sólo como alternativa a cirugía cuando esté formalmente contraindicada (u otros métodos ablativos percutáneos), con función hepática estable, sin enfermedad extrahepática, sin colestasis y con vena porta permeable. Incluye: Cateterismo y arteriografía selectiva de la zona de probable sangrado. Embolización. Medicamentos y descartables inherentes a la práctica. Catéteres. Honorarios médicos, hemodinamista, radiólogo. Pensión en habitación compartida. Excluye: Droga citostática. Anestesia.
20.90.18	MÓDULO RECAMBIO BOTON GASTRICO	Incluye: Honorarios profesionales y gastos. Botón de Gastrostomía que garantice una durabilidad mayor a los 10 meses.
17.90.03	MODULO REHABILITACION CARDIO-PULMONAR	PULMONAR, FIBROSIS QUISTICA. MODALIDAD: 8 SESIONES MENSUALES DE UNA DURACION NO MENOR A 60 MINUTOS CADA SESION CON INCLUSION DE CONSULTA MEDICA E INTERVENCION DE AUXILIAR DE ENFERMERIA, KINESIOLOGO Y PROFESOR DE EDUCACION FISICA. PRESTADORES: CENTROS HABILITADOS POR IAPOS PARA REALIZACION DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR-PULMONAR QUE INCLUYAN LOS SIGUIENTES RECURSOS: A) HUMANOS: PRESENCIA PERMANENTE DE UN MEDICO CARDIOLOGO Y/O CLINICO, PROFESOR DE EDUCACION FISICA ESPECIALIZADO EN REHABILITACION CARDIOPULMONAR Y AUXILIAR DE ENFERMERIA B) ESTRUCTURA EDILICIA: SALA ADECUADAMENTE CLIMATIZADA CON UNA SUPERFICIE MINIMA DE 7 MTS2 POR PACIENTE CON SANITARIOS Y VESTUARIOS ADYACENTES Y C) EQUIPAMIENTO:
12.90.10	MOVILIZACIÓN FORZADA DE ARTICULACIÓN BAJO ANESTESIA GENERAL	Incluye: Honorarios y Gastos
20.90.12	MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA	Incluye: Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponden al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. Excluye: Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
10.90.02	NEFRECTOMIA POR VIDEOSCOPIA	Incluye: Pensión, Gastos-derechos quirúrgicos, Uso de laparoscopio e instrumental inherente a la práctica (bisturí bipolar, armónico), Honorarios médicos (corresponden al 40% del valor total del modulo), Anatomía Patológica, Medicamentos y Materiales descartables (Trocares, Endoloops, Endoclips, Suturas no mecánicas, Bolsas colectoras, Drenajes, Material de hemostasia, etc.). Excluye: Honorarios Anestesia, Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS.

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
36.90.02	NEFROLITOTRICIA PERCUTÁNEA POR VIDEO	<p>Indicaciones: Litiasis renales > 2 cm - Litiasis renales < 2 cm con contraindicación para litotricia extracorpórea (embarazo, MCP, insuficiencia renal severa, coagulopatía severa o anticoagulación en curso) - Litiasis coraliforme completa o incompleta no tratable por vía extracorpórea</p> <p>Inclusiones: Honorarios y gastos (incluye uso de quirófano, video y todo el instrumental específico inherente al procedimiento)</p> <p>Exclusiones: Pensión – Anestesia – Medicamentos y descartables – Material de Contraste – Catéter Doble J</p>
10.01.17	NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA	<p>Incluye: Pensión, Uso de eco o TAC e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponde al 40% del valor total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables.</p> <p>Excluye: Honorarios Anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.</p>
01.90.02	NEUROCIRUGÍA POR RADIOFRECUENCIA	<p>Incluye: Honorarios y Gastos. Medicamentos y Mat.Descartables inherentes al procedimiento. Aplicación. Pensión en habitación compartida</p> <p>Excluye: Anestesia.</p>
01.07.02	PANARTERIOGRAFÍA CEREBRAL POR CATETERISMO	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos, Derechos de Hemodinamia, Prácticas de Rx , Medicamentos, Sustancia de Contraste y Material Descartable específico.</p> <p>Excluye: Cualquier otro procedimiento adicional. Anestesia, TAC, RMN.</p> <p>Observaciones: En caso de complicaciones se factura toda la internación por prestación.</p>
08.07.23	PAPILOESFINTEROTOMÍA ENDOSCÓPICA CON EXTRACCIÓN DE CÁLCULO	<p>Incluye: Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (correspondel al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables.</p> <p>Excluye: Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.</p>
23.50.07	PDF (PRODUCTO DEGRADACION DE FIBRINOGENO)	<p>Sugerencia: De acuerdo a necesidad en estudio de sangrado y / o coagulopatías.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
20.05.01	PH METRÍA ESOFÁGICA EN LACTANTES	Incluye: Honorarios y Gastos
24.10.05	PLASMAFERESIS	Incluye: Honorarios, Derechos y Materiales Descartables. Incluido el correspondiente Kit. y filtros, Tipificación, Serología y reposición de líquidos. El valor establecido es por cada ciclo y se podrá solicitar hasta 10 ciclos, los cuales varían según la patología del paciente. Excluye: Alburnima Humana. Sangre. Plasma o Derivados.
28.50.02	POLIGRAFÍA RESPIRATORIA	Indicación: SAHO (Síndrome de Apneas Obstructivas del Sueño). Sólo por Neumonólogo con especialización en Medicina del Sueño. Incluye: Honorarios y Gastos
20.01.35	POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA	Incluye: Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (correspondel al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. Excluye: Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
20.01.34	POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA	Incluye: Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (correspondel al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. Excluye: Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.
29.02.02	POLISOMNOGRAFÍA	Incluye: Honorarios y Gastos. Incluye calibración de CPAP
29.01.11	POTENCIALES EVOCADOS	Incluye: Honorarios y Gastos
14.50.01	PRICK TEST	Incluye: Honorarios + Gastos + Materiales
18.50.80	PUNCIÓN BIOPSIA DE OVARIO BAJO ECOGRAFÍA	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Anatomía Patológica.
18.50.81	PUNCIÓN BIOPSIA DE PRÓSTATA BAJO ECOGRAFÍA	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Anatomía Patológica.
18.50.82	PUNCIÓN BIOPSIA DE TIROIDES BAJO ECOGRAFÍA	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Anatomía Patológica.
18.90.01	PUNCIÓN BIOPSIA ESTEREOTÁXICA INTRA-AXIAL GUIADA POR TAC	Incluye: Honorarios neurocirugía, derechos, medicamentos y descartables, aguja y uso de MARCO ESTEREOTAXICO. Excluye: pensión, anatomía patológica, cultivos.
34.90.01	PUNCIÓN BIOPSIA PERCUTÁNEA POR TAC	Incluye: Honorarios médicos, Derechos, Medicamentos y Material Descartable, Aguja. Excluye: Anatomía Patológica, pensión en habitación compartida.
18.50.83	PUNCIÓN BIOPSIA RENAL BAJO ECOGRAFÍA	Incluye: Honorarios médicos, Derechos, Medicamentos y Material Descartable, Aguja. Excluye: Anatomía Patológica, pensión en habitación compartida.
18.50.84	PUNCIÓN DE MAMA BAJO ECOGRAFÍA	Incluye: Honorarios y Gastos, por mama, por lesión Excluye: Anatomía Patológica.

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
06.50.02	PUNCIÓN ESTEREOTÁXICA DE MAMA	Incluye: Honorarios y Gastos, por mama, por lesión Excluye: Anatomía Patológica.
38.90.03	PUNCIÓN LUMBAR CON QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	Incluye: Honorarios y Gastos. Aguja de Punción. Excluye: Pensión en habitación compartida. Medicamentos Oncológicos a cargo de lapos.
06.50.05	PUNCIÓN MAMOGRÁFICA CON SISTEMA ATEC / SUROS	Criterios de autorización: biopsia nódulos mamarios definidos, como opción no quirúrgica. Incluye: Honorarios y derechos. Aguja ATEC Excluye: Anatomía patológica. Anestesia.
38.90.01	QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA	Incluye: Honorarios Médicos, Derechos, Uso de bomba infusora. Pensión (Sillón). Excluye: Medicamentos Oncológicos (a cargo de lapos).
38.90.02	QUIMIOTERAPIA EN INTERNACIÓN	Incluye: Honorarios Médicos, Derechos, Uso de bomba infusora. Excluye: Pensión en habitación compartida . Medicamentos Oncológicos a (cargo de lapos).
35.90.07	RADIONEUROCIURUGÍA ESTEREOTAXICA	Incluye: Honorarios y Gastos. Medicamentos y Mat.Descartables inherentes al procedimiento. Simulación, Planificación, Radiografías, Tac y Aplicaciones. Pensión en habitación compartida. Excluye: Anestesia.
35.03.05	RADIOTERAPIA TRIDIMENSIONAL CONFORMADA	Incluye: Honorarios y Gastos. Simulación, Planificación, Radiografías, Tac y Aplicaciones. Excluye: Anestesia. Toda otra prestación no expresamente incluida.
15.02.01	RECEPTORES CON TÉCNICA INMUNOHISTOQUÍMICA (ESTRÓGENO - PROGESTERONA - HER2NEW - KI-67)	Incluye: Honorarios y Gastos
20.01.26	RECTOSIGMOIDEOFIBROSCOPIA	Incluye: Honorarios y Gastos. Uso de video.
31.01.23	RINOSINUSOFIBROSCOPIA DIAGNÓSTICA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.50.55	RMN CARDIACA FUNCIONAL	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.20.01	RMN CEREBRAL	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.20.08	RMN COMPLETA DE ABDOMEN	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.20.14	RMN DE ARTICULACIONES	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.20.13	RMN DE COLUMNA 1° REGIÓN	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.50.65	RMN DE COLUMNA 2 REGIONES	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.50.66	RMN DE COLUMNA 3 REGIONES	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
34.50.56	RMN DE PARTES BLANDAS (BRAZO - MUSLO)	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.50.52	RMN DE PELVIS	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.20.11	RMN DE VEJIGA Y PRÓSTATA	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.50.62	RMN GINECOLÓGICA	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.20.09	RMN HEPATOBILIAR ESPLÉNICO PANCREÁTICA	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.50.51	RMN MAMARIA	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.50.64	RMN OFTALMOLÓGICA	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.50.63	RMN OIDO	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.50.54	RMN OTRAS REGIONES	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.50.57	RMN RENAL	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.50.50	RMN SUPRARRENAL	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.20.10	RMN TORÁCICA	Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
43.50.01	SALA DE RECUPERACIÓN	Corresponde a 1/6 de valor pensión (4hs), aplicable a prestaciones ambulatorias que requieran uso de NEUROLEPTOANALGESIA/ANESTESIA.
23.50.08	SEGUIMIENTO ANTICOAGULACION CON HEPARINA NO FRACCIONADA	Hematocrito. -Rto de Plaquetas. -Tiempo de Protrombina. -Tasa de Protrombina. -KPTT. -Tiempo de trombina. -Toma de muestra. Durante los primeros días del tratamiento 3 o 4 controles diarios (De acuerdo a criterio médico). Sugerencia: Uno a las seis horas del inicio del goteo. Luego uno por día. Sujeto a modificaciones de acuerdo a evolución clínica o necesidad.
23.50.09	SEGUIMIENTO ANTICOAGULACION HEPARINA + ORAL (TRANSICION)	Sugerencia: Uno por día por cuatro días. Luego sigue con esquema de seguimiento de anticoagulación oral.

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
23.50.10	SEGUIMIENTO ANTICOAGULACION HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR	Incluye: Hematocrito - Recuento Plaquetas - Dosaje Anti Factor X activado. Sugerencia: Solo en insuficiencia renal, embarazo y pacientes en extremos del rango del BMI (Body Mass Index). Sujeto a modificación de acuerdo a evolución clínica o necesidad.
23.50.11	SEGUIMIENTO ANTICOAGULACION ORAL	Hematocrito. -Recuento de Plaquetas. -KPTT. -Tiempo de Protrombina. -Tasa Protrombina. -R.I.N. (rango internacional normatizado). -Factor II . -Toma de muestra. Sugerencia: Uno por semana el primer mes. Luego uno por mes. Sujeto a modificaciones de acuerdo a evolución clínica o necesidad.
06.50.04	SENOGRAFÍA AMPLIADA Y FOCALIZADA BILATERAL	Incluye: Honorarios y Gastos
06.50.03	SENOGRAFÍA AMPLIADA Y FOCALIZADA UNILATERAL	Incluye: Honorarios y Gastos
03.90.06	SINUSOTOMÍA + SEPTUMPLASTIA POR VIDEO	Incluye: Honorarios y Gastos. Uso de video.
03.05.17	SINUSOTOMÍA CON FIBRA ÓPTICA Y VIDEOSCOPIA	Incluye: Honorarios y Gastos. Uso de video.
34.10.01	TAC CEREBRAL	Incluye: Honorarios y Gastos
34.10.03	TAC CEREBRAL DE CONTROL (CON O SIN REFUERZO)	Incluye: Honorarios y Gastos
34.10.02	TAC CEREBRAL REFORZADA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.10.08	TAC COMPLETA ABDOMEN	Incluye: Honorarios y Gastos
34.50.11	TAC COMPLETA ABDOMEN REFORZADA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.10.13	TAC DE COLUMNA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.10.12	TAC DE OTROS ORGANOS O REGIONES	Incluye: Honorarios y Gastos
34.10.07	TAC GINECOLOGICA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.50.12	TAC GINECOLOGICA REFORZADA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.50.10	TAC HEPATOBILIAR REFORZADA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.10.09	TAC HEPATOBILIAR, ESPLÉNICA, PANCREÁTICA, RENAL, SUPRARRENAL	Incluye: Honorarios y Gastos
34.10.06	TAC MAMARIA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.50.16	TAC MULTISLICE CARDIOVASCULAR	Indicaciones: valoración angiográfica de arterias coronarias para casos especiales sin posibilidad de hacerlo por CCG convencional (No se reconoce Score de Calcio). Valoración de aorta torácica. Incluye: Honorarios y Gastos. Excluye: Material de Contraste.
34.50.15	TAC MULTISLICE DE AORTA ABDOMINAL	Incluye: Honorarios y Gastos Excluye: Material de Contraste.
34.10.04	TAC OFTALMOLOGICA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.10.05	TAC TIROIDEA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.10.10	TAC TORACICA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.50.14	TAC TORACICA REFORZADA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.10.11	TAC VEJIGA Y PROSTATA	Incluye: Honorarios y Gastos
34.50.13	TAC VEJIGA Y PROSTATA REFORZADA	Incluye: Honorarios y Gastos

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
35.01.02	TELECOBALTOTERAPIA POR SESIÓN	Incluye: Honorarios y Gastos
17.50.01	TEST DE CAMINATA 6´	Incluye: Honorarios y Gastos
17.50.02	TEST DE CAMINATA 6´ CON OXÍGENO	Incluye: Honorarios y Gastos
28.50.03	TEST DE VASOREACTIVIDAD PULMONAR C/REGISTRO DE RESISTENCIA Y PRESIONES	Criterios de autorización: para valoración de estrategia terapéutica en HTP 1a (excepcional// 2a) Incluye: Pensión en habitación compartida. Evaluación pre, intra y post-procedimiento. Honorarios médicos. Medicamentos y descartables inherentes a la práctica. Excluye: Anestesia. Droga (ampollas de adenosina).
17.01.19	TILT TEST	Incluye: Honorarios y Gastos
03.90.08	TIMPANOPLASTIA	Incluye: honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos, descartables. Excluye: Anestesia, elementos protésicos (diabolo a cargo de IAPOS) y sala de recuperación.
03.90.09	TIMPANOPLASTIA + MASTOIDES	Incluye: honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos, descartables. Excluye: Anestesia, elementos protésicos (diabolo a cargo de IAPOS) y sala de recuperación.
34.50.19	TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET-CT)	Incluye: Honorarios + Gastos + Materiales
35.03.01	TRATAMIENTO CON ACELERADOR LINEAL X SESION	Incluye: Honorarios y Gastos
13.90.04	TTO.DEL QUEMADO - CRÍTICO	Incluye: Medicamentos, Medicina Transfusional, Descartables, Rehabilitación, Laboratorio, tratamiento quirúrgico necesarios por patología base, Balneoterapia, Analgesia (tratamiento del dolor), honorarios y gastos. Pensión en habitación compartida. Excluye: Alimentación Parenteral y Colágeno Dérmico Porcino (a cargo de Iapos).
13.90.03	TTO.DEL QUEMADO - GRAVE	Incluye: Medicamentos, Medicina Transfusional, Descartables, Rehabilitación, Laboratorio, tratamiento quirúrgico necesarios por patología base, Balneoterapia, Analgesia (tratamiento del dolor), honorarios y gastos. Pensión en habitación compartida. Excluye: Alimentación Parenteral y Colágeno Dérmico Porcino (a cargo de Iapos).
13.90.01	TTO.DEL QUEMADO - LEVE	Incluye: Medicamentos, Medicina Transfusional, Descartables, Rehabilitación, Laboratorio, tratamiento quirúrgico necesarios por patología base, Balneoterapia, Analgesia (tratamiento del dolor), honorarios y gastos. Pensión en habitación compartida. Excluye: Alimentación Parenteral y Colágeno Dérmico Porcino (a cargo de Iapos).

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
13.90.02	TTO.DEL QUEMADO - MODERADO	Incluye: Medicamentos, Medicina Transfusional, Descartables, Rehabilitación, Laboratorio, tratamiento quirúrgico necesarios por patología base, Balneoterapia, Analgesia (tratamiento del dolor honorarios y gastos. Pensión en habitación compartida. Excluye: Alimentación Parenteral y Colágeno Dérmico Porcino (a cargo de lapos).
36.90.06	URETEROLITOTRICA ENDOSCÓPICA	Incluye: Honorarios y Gastos
36.01.02	URETROCISTOFIBROSCOPIA	Incluye: Honorarios y Gastos
36.01.08	URETROCISTOURETEROFIBROSCOPIA CON VIDEO	Incluye: Honorarios y Gastos. Uso de video.
36.90.03	URETRORENOSCOPIA INFERIOR	Incluye: Honorarios.
36.90.04	URETRORENOSCOPIA MEDIA	Incluye: Honorarios.
36.90.05	URETRORENOSCOPIA SUPERIOR	Incluye: Honorarios.
34.50.60	URORESONANCIA	Incluye: Honorarios y Gastos
20.90.11	USO DE ARGÓN PLASMA	Indicaciones: Lesiones vasculares o angiodisplasias con signo de sangrado activo severo en estómago, colon y recto - Ectasia vascular antral gástrica - Proctitis actínica Requisitos: Se deberá adjuntar historia clínica justificando el pedido describiendo características de la lesión y tamaño, con informe de estudios endoscópicos previos. Incluye: Honorarios – Derechos - Uso de aparatología y elementos específicos Excluye: Endoscopia – Anestesia - Medicamentos - Sala de recuperación.
38.50.03	USO DE MICROSCOPIO	Incluye: Gastos
07.90.04	VALVULOPLASTIA AÓRTICA CON BALÓN	Incluye: Pensión en habitación compartida y en UCO, Honorarios Médicos, Derechos de Hemodinamia. Medicamentos y Material Descartable. Stand by quirúrgico. Coronariografía y cateterismo. 1/4 Balón de Valvuloplastia a partir de Agosto/15. Excluye: Anestesia, Ecodoppler transesofágico intraoperatorio.

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
01.03.10	VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA ACRÍLICA	<p>Incluye: Uso de aparato. Honorarios Médicos. Derechos, Punción de vértebra bajo control tomográfico (abordaje bilateral) Flebografía intra ósea. Biopsia de vértebra. Anatomía patológica, Uso de radioscopia con arco en C durante el procedimiento, Practicas de Rx y Medicamentos, Material Descartable: Agujas de Punción ósea de 10 Gauge (descartables), Aguja de tipo Janshide, Polvo de tantalio, Bone Cemnet Simplex surgical (de Honmédica) Jeringas descartables, Xilocaina al 2%, Agujas de punción lumbar. Excluye: Anestesia. Tac diagnóstica, Tac de control, pensión en habitación compartida. Complicaciones. Observaciones: En caso de dos (2) Vértebras, se factura el 100% de la primer vértebra + el 50% de la segunda vértebra.</p>
20.50.03	VIDEODEGLUCIÓN	<p>Incluye: Honorarios y Gastos. Uso de video.</p>
29.50.01	VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA POR TELEMETRIA	<p>Incluye: Honorarios y Gastos. Uso de video.</p>
11.05.02	VIDEOHISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA	<p>Incluye: Honorarios y Gastos. Uso de video.</p>
11.05.03	VIDEOHISTEROSCOPIA TERAPÉUTICA	<p>Incluye: Honorarios y Gastos. ASA Excluye: Pensión en habitación compartida. Anestesia. Medicamentos y Descartables</p>
11.90.01	VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLOGICA DIAGNOSTICA	<p>Indicaciones: Cuadros pelvianos agudos sin diagnóstico de certeza Incluye: Pensión, Gastos-derechos quirúrgicos, Uso de laparoscopia e instrumental inherente a la práctica (bisturí bipolar, armónico), Honorarios médicos (corresponden al 40% del valor total del modulo), Anatomía Patológica, Medicamentos y Materiales descartables (Trocares, Endoloops, Endoclips, Suturas no mecánicas, Bolsas colectoras, Drenajes, Material de hemostasia, etc.). Excluye: Honorarios Anestesia, Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS. Observaciones: En cirugías de urgencia las practicas no incluidas en el módulo se facturan fuera de módulo por prestación.</p>
11.90.03	VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLOGICA TERAPEUTICA COMPLEJA	<p>Indicaciones: Tumor de ovario. Miomatosis uterina. Histerectomia o Anexo Histerectomia Incluye: Pensión, Gastos-derechos quirúrgicos, Uso de laparoscopia e instrumental inherente a la práctica (bisturí bipolar, armónico), Honorarios médicos (corresponden al 40% del valor total del modulo), Anatomía Patológica, Medicamentos y Materiales descartables (Trocares, Endoloops, Endoclips, Suturas no mecánicas, Bolsas colectoras, Drenajes, Material de hemostasia, etc.). Excluye: Honorarios Anestesia, Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS. Observaciones: En cirugías de urgencia las practicas no incluidas en el módulo se facturan fuera de módulo por prestación.</p>

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES

CÓDIGO	PRÁCTICA	DESCRIPCION
11.90.02	VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLOGICA TERAPEUTICA SIMPLE	<p>Indicaciones: Embarazo ectopico. Endometriosis. Quiste ovario con complicaciones (hemorragico, sangrante, infectado). Adherencias pelvianas que compliquen la cirugia convencional Incluye: Pensión, Gastos-derechos quirúrgicos, Uso de laparoscopio e instrumental inherente a la práctica (bisturí bipolar, armónico), Honorarios médicos (corresponden al 40% del valor total del modulo), Anatomía Patológica, Medicamentos y Materiales descartables (Trocares, Endoloops, Endoclips, Suturas no mecánicas, Bolsas colectoras, Drenajes, Material de hemostasia, etc.). Excluye: Honorarios Anestesia, Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS. Observaciones: En cirugías de urgencia las practicas no incluidas en el módulo se facturan fuera de módulo por prestación.</p>
29.50.02	VIDEONISTAGMOGRAFÍA	<p>Incluye: Honorarios y Gastos. Uso de video.</p>
28.90.01	VIDEOTORACOSCOPIA TERAPÉUTICA	<p>Incluye: Honorarios y gastos. Excluye: suturas mecánicas (a cargo de IAPOS de acuerdo a PROTOCOLOS VIGENTES)</p>

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ATENCION INTEGRAL DE LA INTERRUPCION DE LA GESTACION

11.70.01	MÓDULO 1: ABORDAJE INICIAL DE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN - AMBULATORIO	<p>Diagnóstico: Interrupción del embarazo dentro del marco legal vigente. Incluye: Entrevista de asesoramiento en opciones (consejería) \$ 600. Ecografía gineco obstétrica \$ 548. Firma de consentimiento informado para ILE \$ 830. El modulo requiere la realizacion de analisis de laboratorio (Hemograma con plaquetas, grupo y factor, glicemia, creatininemia, TP, KPTT, VDRL, HIV, HbsAg), los cuales deberan ser autorizados y facturados a través de la Asociacion Bioquimica correspondiente. Excluye: interconsultas, ecografías especiales o de seguimiento, otras formas de interrupción que no correspondan a ILE. Comentarios: Atención ambulatoria. Ver guía clínica. En caso de violencia sexual, adjuntar módulo de atención de violencia de género.</p>
11.70.02	MÓDULO 2: INTERRUPCIÓN MEDICAMENTOSA DE LA GESTACIÓN-SIN COMPLEJIDAD - AMBULATORIO	<p>Diagnóstico: ILE menor a 13 semanas, embarazo detenido y/o anembrionado. Incluye: Prescripción de medicación \$ 600. Consulta de seguimiento \$ 415 y Ecografía de control post procedimiento \$ 548. En cuanto a la medicación: Misoprostol 200 mg x 12 comp. y Ketorolac 10 mg sublingual, la misma sera facturada fuera del modulo al valor KAIROS menos el 25%. Excluye: Repetición de ciclo por falla de tratamiento, interconsultas con otras disciplinas, tratamiento de complicaciones y/o internación por complicaciones. Gammaglobulina anti D. Comentario: Atención ambulatoria. Ver guía clínica. Gammaglobulina anti D se cubre por reintegro (cubre 100%). Si se colocan DIU o implante post evento o se realiza anticoncepción quirúrgica. Se agrega módulo de anticoncepción para el método seleccionado.</p>
11.70.03	MÓDULO 3: INTERRUPCIÓN MEDICAMENTOSA DE LA GESTACIÓN-CON COMPLEJIDAD - INTERNACION	<p>Diagnósticos: a) Embarazo detenido, anembrionado o ILE menor a 13 semanas que por comorbilidad u otras razones justificadas requieran internación y b) Procedimientos para ILE y/o embarazo detenido con edad gestacional mayor a 13 semanas. Incluye: Honorarios profesionales \$ 8.000. Gastos sanatoriales y Descartables \$ 11.326. ECG y evaluación cardiovascular \$ 163. Ecografía tocoginecológica de control \$ 498. Consulta de seguimiento \$ 415. En cuanto a la medicacion: Misoprostol, Analgésicos (3 ampollas ketorolac), Diazepam (3 ampollas) y Oxitocina 10UI, la misma sera facturada fuera del modulo al valor KAIROS menos el 25%. Excluye: aborto incompleto infectado o complicado, tratamiento de complicaciones del procedimiento, otras interconsultas durante la internación, gammaglobulina anti D. Comentarios: ver guía clínica. Gammaglobulina anti D solicitar autorización y cubre 100%. Si se colocan DIU o implante subdérmico en forma inmediata o se realiza anticoncepción quirúrgica, se agrega módulo de anticoncepción para el método seleccionado. Se realizará auditoría post procedimiento para diagnósticos incluidos en ítem a).</p>

11.70.04	MÓDULO 4: INTERRUPCIÓN QUIRÚRGICA DE LA GESTACIÓN POR ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)-SIN COMPLEJIDAD - AMBULATORIA	<p>Diagnósticos: procedimientos con anestesia local para tratamiento de aborto incompleto, aborto médico o ILE (incluidas fallas de tratamiento) menor a 13 semanas, embarazo detenido, mola hidatidiforme o enfermedad del trofoblasto con tamaño uterino menor a 13 semanas, biopsia endometrial, extracción de DIU con hilos perdidos. Incluye: Honorarios profesionales \$ 5.000. Gastos sanatoriales \$ 506. Descartables \$ 700. Consulta de seguimiento \$ 415. En cuanto a la medicación: Misoprostol 2 comprimidos, Azitromicina 1 g 1comp, Ketorolac sl 3 compr, clonazepam, 10 ml lidocaina 2% (2 ampollas), la misma sera facturada fuera del modulo al valor KAIROS menos el 25%. Excluye: ecografía post-procedimiento, aborto incompleto infectado o complicado, tratamiento de complicaciones del procedimiento, gammaglobulina anti D. Comentarios: ver guía clínica. Gammaglobulina anti D solicitar autorización y cubre 100%. Si se colocan DIU o implante subdérmico en forma inmediata o se realiza anticoncepción quirúrgica, se agrega módulo de anticoncepción para el método seleccionado. Se realizará auditoría post procedimiento para fallas de tratamiento medicamentoso con misoprostol para ILE o para embarazo detenido/anembrionado. LA TÉCNICA DE AMEU ES EL MÉTODO RECOMENDADO POR LA OMS.</p>
11.70.05	MÓDULO 5: INTERRUPCIÓN QUIRÚRGICA DE LA GESTACIÓN-CON COMPLEJIDAD - INTERNACION	<p>Diagnósticos: a) Procedimientos que por comorbilidad u otras razones justificadas requieran sedación analgésica y/o raquídea para tratamiento de aborto incompleto, aborto médico o ILE (incluidas fallas de tratamiento) menor a 13 semanas, embarazo detenido, mola hidatidiforme, enfermedad del trofoblasto, biopsia endometrial, extracción de DIU con hilos perdidos y b) Procedimientos para ILE y/o embarazo detenido con edad gestacional mayor a 13 semanas. Incluye: Honorarios profesionales \$ 7.000. Gastos sanatoriales, Descartables y Honorarios Anestesia Nivel 4 \$ 17.102. En cuanto a la medicación: Misoprostol comp. y medicación para anestesia, la misma sera facturada fuera del modulo al valor KAIROS menos el 25%. Excluye: ecografía post-procedimiento, aborto incompleto infectado o complicado, otras interconsultas durante la internación, tratamiento de complicaciones del procedimiento, gammaglobulina anti D. Comentarios: ver guía clínica. Gammaglobulina anti D solicitar autorización y cubre 100%. Si se colocan DIU o implante subdérmico en forma inmediata o se realiza anticoncepción quirúrgica, se agrega módulo de anticoncepción para el método seleccionado. Se realizará auditoría post procedimiento para todos los diagnósticos incluidos en ítem a).</p>

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA ANTICONCEPCIÓN

11.70.06	MÓDULO LIGADURA TUBARIA (CON INTERNACIÓN) POR LAPAROTOMÍA	<p>Diagnóstico: ligadura posparto inmediato, ligadura post cesárea, ligadura tubaria en donde no se disponga de videolaparoscopia. Incluye: Honorarios profesionales \$7.000. Excluye: interconsultas, tratamiento de complicaciones del procedimiento, honorarios anestesiología. Comentarios: Para ligadura intracesárea o con tratamiento de otras patologías ginecológicas, se factura módulo correspondiente y sólo se suman HONORARIOS PROFESIONALES por ligadura. Autorización previa, sujeto a auditoría médica.</p>
11.70.07	MÓDULO LIGADURA TUBARIA (CON INTERNACIÓN) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	<p>Diagnóstico: ligadura tubaria por videolaparoscopia para anticoncepción. Incluye: Honorarios profesionales \$ 7.000. Gastos sanatoriales, Descartables y Medicacion \$ 19.286. Excluye: interconsultas, tratamiento quirúrgico de otras patologías ginecológicas, tratamiento de complicaciones del procedimiento, honorarios anestesiología. Comentarios: autorización previa, sujeto a auditoría médica. En caso de videolaparoscopia en que se realicen tratamiento de otras patologías ginecológicas, corresponderá facturar el módulo correspondiente, y sólo se suman SOLO HONORARIOS PROFESIONALES por ligadura.</p>
11.70.08	MÓDULO VASECTOMÍA-AMBULATORIO	<p>Diagnóstico: vasectomía. Incluye: Honorarios profesionales \$ 7.000 Gastos sanatoriales \$ 4.200. Descartables \$ 500. En cuanto a la medicacion: 3 comp Ketorolac 10 mg sl 50, Lidocaina 2% y otros, la misma sera facturada fuera del modulo al valor KAIROS menos el 25%. Excluye: interconsultas, tratamiento de complicaciones del procedimiento, procedimientos que requieran internación. Comentarios: Para ligadura postcesárea inmediata sólo cubre HONORARIOS PROFESIONALES.</p>
11.70.09	MÓDULO COLOCACIÓN DE DIU- AMBULATORIO	<p>Incluye: Colocación de DIU. Consulta de seguimiento. El DIU se reconocerá por reintegro. Excluye: interconsultas, ecografía para seguimiento, tratamiento de complicaciones, extracción de DIU. Comentarios: no se reconocerá si entra en categoría 4 de criterios elegibilidad OMS. DIU con levonorgestrel sujeto a auditoría médica. Por la extraccion del DIU se factura \$ 500.</p>

SALUD MATERNO-INFANTIL

11.04.01	PARTO	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos del Obstetra y Neonatólogo, Gastos Operatorios, Laboratorio del recién nacido. Monitoreo Fetal, Medicamentos y Material descartables.</p> <p>Excluye: Todas las complicaciones de la parturienta y todas las patologías del bebé. Anestesia.</p> <p>Observaciones: En caso de complicaciones se factura toda la internación por prestación.</p>
11.04.03	CESÁREA	<p>Incluye: Pensión en habitación compartida, Honorarios médicos del Obstetra y Neonatólogo, Gastos Operatorios, Laboratorio del recién nacido. Monitoreo Fetal, Medicamentos y Material descartables inherentes a la prestación. Parto múltiple. El 70% del valor del módulo corresponde a Gasto quirúrgico</p> <p>Excluye: Todas las complicaciones de la parturienta y todas las patologías del bebé. Anestesia, NEO, TAC, RMN, Screening Neonatal, Sangre, Plasma.</p> <p>Observaciones: En caso de complicaciones se factura toda la internación por prestación.</p>
18.01.04	ECOGRAFÍA TOCGINECOLÓGICA	<p>Criterios de Autorización: Se reconocerá en los siguientes casos: Patología tumoral benigna y maligna en cérvix, endometrio, miometrio, trompas y ovarios - Esterilidad: análisis de posibles lesiones que justifiquen esta situación - Reproducción – Uroginecología - Para guiar procedimientos invasivos. Se autorizará una vez por año prestacional y en caso de necesidad de repetir el estudio con antelación al año prestacional, se deberán adjuntar estudios previos que justifiquen su realización. Incluye: Honorarios y Gastos.</p>
18.50.60	ECOGRAFÍA MORFOLOGICA DEL EMBARAZO	<p>Incluye: Honorarios y Gastos</p>
32.90.01	MÓDULO RECEPCIÓN RECIÉN NACIDO - ALTA CONJUNTA	<p>Incluye: Exámen visual Reflejo Rojo (representa el 18% del valor total del módulo), Oto Emisiones Acústicas -OEA- (representa el 31% del valor total del módulo), Screening Neonatal -TSH, FENIL ALANINA, TIR, BIOTINIDASA,GALACTOSEMIAY17HOPROGESTERONA (representa el 51% del valor total del módulo) y Saturometría.</p>

IMPLANTE COCLEAR

NORMAS DE TRABAJO: **1)** La prestación deberá ser realizada por prestadores (médicos especialistas en ORL) con experiencia quirúrgica comprobable en la colocación de este tipo de dispositivos. El listado de los prestadores autorizados por la Obra Social para este tipo de prácticas, estará disponible para los afiliados, y su modificación en relación a altas y bajas, será potestad de IAPOS. **2)** La permanencia dentro del padrón estará sujeta al cumplimiento de las normativas de la Obra Social en términos de no cobro de adicionales, utilización de elementos provistos por la Obra Social y seguimiento de las normativas generales de este convenio - acuerdo. **3)** La prescripción del implante y/o componentes deberá realizarse consignando las características técnicas del elemento según se consignan en este documento, sin indicar marca específica. **4)** La práctica deberá ser realizada en ambiente quirúrgico y en prestadores contratados por la Obra Social. **5)** La autorización de la práctica se realizará por sistema SIOS online para el concepto de honorarios médicos, que incluye monitoreo del nervio facial. Los profesionales habilitados, facturarán directamente a IAPOS. **6)** Los derechos quirúrgicos, medicamentos y material descartable quedarán dentro del módulo que se facturará con la internación a valores convenidos. **7)** Honorarios de anestesia (se facturará a través del ARA según complejidad que corresponda) y pensión quedan excluidos del módulo y se facturarán a valores de convenio. **8)** Con respecto a los estudios pre-implante coclear (Audiometría, Logoaudiometría, Timpanometría, Impedanciometría, Evaluación Otorrinolaringológica, Otoemisiones Acústicas, Evaluación Psicológica, Selección de Audífonos) el afiliado deberá realizárselos con prestadores habilitados y a valores de convenio. **9) DESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LICITACIÓN POR NIVEL. NIVEL 1:** **a)** Implante coclear delgado con electrodos finos y flexibles (sean o no perimodeolares) y procesadores de última generación en procesamiento de información y conectividad. Para Pacientes pediátricos (menores de 6 años) y postlinguales mayores a 6 años hasta 20 años bilaterales. **b)** Implante coclear con cuerpo de receptor/estimulador no mayor a 4,5mm de espesor/grosor sin sistema de fijación ósea y con 12, 16 o 22 electrodos atraumáticos, recto, delgado y flexible. Procesador de sonido de última generación con 4 canales, 2 micrófonos omnidireccionales, data logging, conectividad inalámbrica, asistente remoto, clasificador automático de ambientes/volumen, resistente al agua (accesorio para agua) y baterías recargables. **NIVEL 2:** **a)** Implante coclear con electrodos finos y flexibles (sean o no perimodeolares) con procesadores de sonido. Para pacientes adultos de 21 hasta 70 años y uni o bilaterales según "Protocolo de indicación de implantes cocleares". Se adjunta cuadro resumen. **b)** Implante coclear con cuerpo de receptor/estimulador no mayor a 6,9 mm de espesor/grosor sin sistema de fijación ósea y con 12, 16 o 22 electrodos rectos finos atraumáticos o perimodeolares. Procesador de sonido con 4 programas con distintos niveles de volumen y 2 micrófonos omnidireccionales, resistentes a la humedad, pre procesamiento de la señal, botones de encendido /apagado con cambio de programas y volumen, y con baterías recargables. **10) INDICACIONES PARA COBERTURA DE IMPLANTE COCLEAR - NIÑOS Y ADULTOS:** **a) IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL EN PACIENTE PRELINGUAL:** Desde los doce meses de edad con hipoacusia perceptiva (neurosensorial): pérdida de más de 90 dB bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps). Desde los veinticuatro meses de edad con hipoacusia perceptiva (neurosensorial) severa a profunda: pérdida de entre 60 y 90 dB bilateral en las frecuencias del habla (500 a 2000 cps). Reimplantación por fallas comprobadas. **b) IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL EN PACIENTE POSTLINGUAL:** Hasta los 70 años de edad en condiciones físicas y psicológicas adecuada, sin contraindicaciones médicas ni psicológicas, con hipoacusias severas a profundas con porcentajes de discriminación de oraciones de hasta 50% con audífonos en el oído a implantar y con discriminación residual de hasta 60% con audífonos en el oído contralateral. En hipoacusias progresivas, el implante se indicará cuando la evolución de las adquisiciones lingüísticas aún con utilización de audífonos, se vea limitada de acuerdo a la edad y la discriminación auditiva descendida de los valores mencionados. Reimplantación por fallas comprobadas. **c) IMPLANTE COCLEAR BILATERAL SIMULTÁNEO (niños hasta 12 años):** Sordo ciego. Post meningitis y otras patologías que generen Fibrosis y/o osificación coclear. **d) IMPLANTE COCLEAR BILATERAL SECUENCIAL:** Evaluación de cada caso en forma particular.

03.13.14	MÓDULO IMPLANTE COCLEAR	<p>Incluye: Honorarios del Cirujano y Ayudantes + Monitoreo \$ 40.000. Gastos \$ 15.000. Medicamentos y Material Descartables \$ 7.000.</p> <p>Excluye: Elemento a cargo de laps. Anestesia. Pensión.</p>
03.90.02	MÓDULO POST-IMPLANTE COCLEAR	<p>Incluye: Encendido y Calibraciones, la calibración incluye la evaluación audiológica, de percepción del habla y orientación a la familia, con supervisión del profesional tratante en la rehabilitación. Rehabilitación y adiestramiento auditivo por <u>90 días</u>. Este módulo será autorizado a fonoaudiólogos habilitados para este módulo y facturados por sistema SIOS</p>
03.90.03	CALIBRACIÓN IMPLANTE COCLEAR	<p>Incluye: Honorarios y Gastos. Incluye toda práctica necesaria para garantizar el óptimo funcionamiento del equipamiento (calibraciones, telemetría, pruebas objetivas y subjetivas de audición y lenguaje, adiestramiento fonoaudiológico). Hasta 3 calibraciones por año aniversario luego de finalizado el Módulo Post-Implante coclear, 2 en el segundo año, y luego 1 por año. Prestadores habilitados para este módulo, por sistema SIOS, y valores de convenio.</p>

NOMENCLADOR OFTALMOLOGIA

42.01.20	CONSULTA VESTIDA	Incluye: Consulta, Refractometría computada, Toma de agudeza visual, Biomicroscopía, Gonioscopia, Tonometria, Fondo de ojo con oftalmoscopio directo o lampara de hendidura exoftalmologia e Indicación de lentes
02.01.03	ORBITOTOMIA CON ESCISION DE LESION DE ORBITA, EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO, EXPLORACION,BIOPSIA,DRENAJE, ETC.-CON O SIN APERTURA DE PARED DE ORBITA.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.01.05	REPARACION PLASTICA DE LA ORBITA CON O SIN INJERTO DE PIEL INCLUYE TOMA DEL MISMO.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.01.06	ENUCLEACION O EVISCERAC. DEL GLOBO OCULAR CON O SIN IMPLANTE-GARCIA NOCITO O SIMILAR.-	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.03.01	CONJUNTIVOPLASTIA INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA O MEMBRAMA MUCOSA DEL LABIO. OPERACION COLGAJO: FLAPPING DE CONJUNTIVA	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.03.02	ESCISION DE LESION CONJUNTIVA	Incluye: honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos y descartables. No se reconoce la anestesia general
02.03.03	INTROD.DE SUBSTANCIAS TERAPEUTIC. SUBCONJUNTIV.Y EN TENNONS CON INCISION Y SUTURA.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.03.05	SUTURA DE CONJUNTIVA,INCLUIDA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO-BIOPSIA DE CONJUNTIVA.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.04.01	QUERATOPLASTIA LAMINAR, INJERTO DE CORNEA.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.04.02	QUERATOPROTESIS TOTAL QUERATOP LASTIA TOTAL.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.04.06	SUTURA DE HERIDA DE CORNEA CON PROLAPSO DE IRIS Y/O HERIDA DE CRISTALINO.EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CAMARA ANTERIOR.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.07.01	CIRUGÍA DE CATARATAS	Indicación: PARA PACIENTES CON MENOS DE 6 DIOPTRIAS. Incluye: Honorarios Médicos, Derechos Quirúrgico, Monitoreo, Medicamentos. Excluye: Anestesia. Todo otro procedimiento adicional. Material Descartable inherentes al procedimiento, LIO+ suturas+sustancia.
30.01.15	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL.	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.01.16	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CORNEA.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.90.02	COLOCACIÓN DE ANILLOS INTRAESTROMALES	Incluye: Honorarios
02.01.07	ASPIRACION, LAVADO E IMPLANTE DEL VITREO.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.90.04	VITRECTOMÍA COMPLEJA	Descripción: Vitrectomía + extracción de membrana + fotocoagulación + gas/aceite Indicaciones: retinopatía DBT proliferativa severa con o sin desprendimiento de retina severo, con o sin hemovítreo, con o sin desgarro, glaucoma hemolítico y o neovasc. iris + hemovítreo, colocación de válvulas) Incluye: Honorarios y Gastos. Material Específicos al procedimiento.
02.90.01	INYECCIÓN INTRAVITREA DE SUSTANCIAS ANTIANGIOGÉNICAS	Incluye: Honorarios y Gastos. Medicamentos
02.06.03	RETINOPEXIA CON ESCLERECTOMIA E IMPLANTE.	Incluye: Honorarios y Gastos.

NOMENCLADOR OFTALMOLOGIA

02.06.04	RETINOPEXIA Y ESCLERECTOMIA.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.06.05	RETINOPEXIA (DIATERMIA, CRIO, ETC.)	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.09.01	FOTOCOAGULACION CON YAG LASER	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.50.01	ANGIOGRAFÍA DIGITAL C/ FLUORESCEÍNA UNILATERAL	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.50.02	ANGIOGRAFÍA DIGITAL C/ FLUORESCEÍNA BILATERAL	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.06.02	FOTOCOAGULACION CON RAYO LASER	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.90.05	FOTOCOAGULACIÓN CON RAYO LASER ARGON	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.02.01	RECONSTRUCCION TOTAL DEL PARPADO. TECNICA DE HUGJES O SIMILAR	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.02.02	BLEFAROPLASTIA-INJERTO,CANTOPLASTIA,TRASOPLASTIA,RESTAURACION PLASTICA DE BASE CILIAR, CORRECCION DE PTOSIS- UNILATERAL	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.02.03	BLEFARORRAFIA PARCIAL O TOTAL.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.02.04	BLEFAROCHALASIS.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.02.05	ESCISION DE PARPADO, BLEFARECTOMIA-PIEL DE PARPADO. GLANDULA MEIBOMIANA,CHALAZIO, SUTURA DE PIEL DE PARPADO- BLEFAROTOMIA-ABSCESO-ORZUELO	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.08.01	DACRIOCISTORRINOST.FISTULIZAC. SACO LAGRIMAL EN CAV.NASAL .OPERACION PLASTICA EN CANALICULOS.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.08.03	DRENAJE DE GLANDULA O SACO LAGRIMAL-ABS.SECC.PAPILA LAGRIMAL PILA LAGRIMAL-ESTRICTUROTOMIA.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.08.04	CATETERIZ. DE CONDUCTO LAGRIMO NASAL EN QUIR.CON ANEST.GRAL.	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.01.18	DILATACION DE CONDUCTO LACRIMO NASAL CON INTUBACION.	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.01.21	CATETERIZACION DE CONDUCTO LACRIMONASAL-	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.05.01	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL GLAUCOMA	Incluye: honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos y descartables. Excluye: Anestesia y sala de recuperación.
02.05.02	COREOPLASTIA.IRIDECTOMIA.	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.01.09	TRATAMIENTO QUIRURGICO CORRECTIVO DEL ESTRABISMO UNI O BILATERAL	Incluye: honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos y descartables. Excluye: Anestesia y sala de recuperación.
30.01.07	EJERCICIOS ORTOPTICOS, POR SESION.	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.01.20	ESTUDIO DE FIJACION EN EL ESTRABISMO -CON VISUSCOPIO-	Incluye: Honorarios y Gastos.
18.01.09	ECOGRAFÍA OFTALMOLÓGICA UNI O BILATERAL	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.01.04	FONDO DE OJO Y/O ESQUIASCOPIA CON DILATACION PUPILAR.-	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.01.05	TONOMETRIA.	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.01.08	GONIOSCOPIA	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.01.09	CURVA TENSIONAL	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.01.11	RETINOGRAFIA	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.01.13	RETINOFLUORESCENCIA	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.01.19	OFTALMOSCOPIA INDIRECTA BINOCULAR CON ESQUEMA DE FONDO DE OJO.	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.02.01	CAMPIMETRÍA COMPUTARIZADA	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.02.02	PAQUIMETRÍA COMPUTARIZADA	Incluye: UNILATERAL. Honorarios y Gastos

NOMENCLADOR OFTALMOLOGIA

30.02.04	TOPOGRAFÍA CORNEAL	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.02.05	ANGIOGRAFÍA DIGITAL C/ INDOCIANINA UNILATERAL.	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.02.06	ANGIOGRAFÍA DIGITAL C/ INDOCIANINA BILATERAL	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.50.01	BIOMETRÍA OCULAR	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.50.02	TOMOGRAFÍA OCULAR DE COHERENCIA	Incluye: Honorarios y Gastos.
30.50.03	H.R.T. TOMOGRAFÍA CONFOCAL LASER UNI O BILATERAL	Incluye: Honorarios y Gastos.
02.90.06	TRATAMIENTO LASER DE RETINOPATIA DEL PREMATURO	Incluye: Honorarios y Gastos. Por procedimiento y se pueden realizar hasta 3 por paciente

DIALISIS

27.90.01	COLOCACIÓN DE CATETER PERITONEAL Y PERÍODO DE ENTRENAMIENTO	A cargo de lapsos DPCA
27.90.04	DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a contrato IAPOS vigente
27.90.03	HEMODIÁLISIS X SESIÓN	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a contrato IAPOS vigente
27.90.02	RECOLOCACIÓN DE CATÉTER PERITONEAL	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a contrato IAPOS vigente

PROGRAMA REPRODUCCION HUMANA MEDICAMENTE ASISTIDA

06.90.01	MÓDULO INDUCCIÓN DE OVULACIÓN (MONITOREO ECOGRÁFICO Y HORMONAL)	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.02	MÓDULO INSEMINACIÓN ARTIFICIAL INTRA UTERINA	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.03	MÓDULO FIV / ICSI	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.04	MÓDULO CONGELACIÓN + CRIOPRESERVACIÓN DE EMBRIONES	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.05	MÓDULO DESCONGELACIÓN + TRANSFERENCIA DE EMBRIONES	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.16	VITRIFICACIÓN DE ÓVULOS	Incluye: Honorarios médicos, monitoreo de la ovulación, dosajes hormonales (FSH, LH; Estradiol, Progesterona), aspiración folicular ovárica con punción ecográfica vaginal bajo anestesia, internación ambulatoria en sala de recuperación, materiales descartables e insumos específicos, consulta con Psicóloga (en caso de requerirlo) y criopreservación de óvulos (1 año mantenimiento). Excluye: medicación para estimulación ovárica, técnicas especiales, estudios prequirúrgicos y cualquier otro procedimiento no incluido
06.90.06	PROVISION DE SEMEN DE BANCO	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.07	OVOCITOS FRESCOS	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.08	ESPERMOGRAMA BIOLÓGICO	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.09	OVOCITOS DE BANCO	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.10	PUNCIÓN BIOPSIA TESTICULAR (Programa Fertilidad)	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.11	SONOHISTEROGRAFIA	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.12	MONITOREO FOLICULAR	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.13	MÓDULO HORMONAL PARA FERTILIZACIÓN ASISTIDA - TÉCNICA RÁPIDA	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.14	MONITOREO ENDOMETRIAL	Inclusiones y Exclusiones: de acuerdo a DG IAPOS vigente
06.90.17	VITRIFICACIÓN DE SEMEN	Autorización: Sujeto a auditoría médica previa. Para paciente con antecedentes de tratamiento quimioterapéutico o situación de ovodonación

CIUDADOS PALIATIVOS

38.90.37

MÓDULO 1 - CUIDADOS PALIATIVOS

Pacientes con pocos síntomas, familia continente, cuidadores eficaces, poco requerimiento de cuidados físicos (manejo de sondas, ostomías, escaras, etc.) y sin necesidad de aplicar medicación parenteral. El equipo realiza tareas de educación, asesoramiento, contención, asistencia y supervisión de tratamiento. Es independiente del ECOG, aunque en general aplica a ECOG 1 o 2. Incluye: Visitas médicas: hasta 2 visita semanal. Visitas de enfermería: hasta 3 visitas semanales. Visitas psicosociales: hasta 2 visita semanal. Psicología o trabajador social, según indicación médica. Soporte en ABVD (actividades básicas de la vida diaria): hasta 2 visitas semanales de kinesiología o terapia ocupacional, según indicación médica. Disponibilidad telefónica las 24hs. Material descartable: guantes, iodopovidona, tela adherente hipoalergénica, alcohol, agua oxigenada, algodón, apósitos, vendas, gasas, agujas comunes, jeringas 1 a 60 cc, solución fisiológica, dextrosa, abbocaths, butterflies, guías, sondas (vesical y de aspiración de secreciones), contenedores, bolsas colectoras de orina. Logística, transporte y distribución de insumos. Excluye: oxigenoterapia, acompañantes en el domicilio, urgencias, medicación transdérmica, traslado del paciente y toda otra prestación no expresamente incluida. Importante: Las visitas médicas son programadas y según necesidad del paciente. A cualquiera de los módulos anteriores se le puede adicionar guardias de enfermería, para los casos de fin de vida, los que serán cotizados según la necesidad de paciente.

38.90.38	MÓDULO 2 - CUIDADOS PALIATIVOS	<p>Pacientes que requieren enfermería diaria para aplicación de medicación, higiene, confort, control de signos vitales, control de sonda, ostomías, curación de escaras, etc. Pacientes con gran carga sintomática que requiere valoración diaria, complementando la visita médica y el asesoramiento telefónico. Realizan kinesioterapia con criterio de rehabilitación o mantenimiento de la funcionalidad muscular. Incluye: Visitas médicas: hasta 4 visitas semanales. Visitas de enfermería: hasta 1 visita diaria. Visitas psicosociales: hasta 1 visita semanal. Psicología o trabajador social, según indicación médica. Soporte en ABVD (actividades básicas de la vida diaria): hasta 4 visitas semanales de kinesioterapia o terapia ocupacional, según indicación médica. Disponibilidad telefónica las 24hs. Material descartable: guantes, iodopovidona, tela adherente hipoalergénica, alcohol, agua oxigenada, algodón, apósitos, vendas, gasas, agujas comunes, jeringas 1 a 60 cc, solución fisiológica, dextrosa, abbocaths, butterflies, guías, sondas (vesical y de aspiración de secreciones), contenedores, bolsas colectoras de orina. Opioides: preparados magistrales de morfina, oxicodona y metadona. Morfina en ampollas. Logística, transporte y distribución de insumos. Excluye: oxigenoterapia, acompañantes en el domicilio, urgencias, medicación transdérmica, traslado del paciente y toda otra prestación no expresamente incluida. Importante: Las visitas médicas son programadas y según necesidad del paciente. A cualquiera de los módulos anteriores se le puede adicionar guardias de enfermería, para los casos de fin de vida, los que serán cotizados según la necesidad de paciente.</p>
----------	--------------------------------	--

38.90.39	MÓDULO 3 - CUIDADOS PALIATIVOS	<p>Es similar al módulo 2, pero requiere más de una visita por día de enfermería para cubrir requerimientos. Se realiza kinesiología respiratoria y/o motora. Mayor requerimiento de asistencia psicosocial (patología psiquiátrica, claudicación familiar, familiares en riesgo, trastorno de adaptación, etc.). Incluye: Visitas médicas: hasta 5 visitas semanales. Visitas de enfermería: de hasta 3 visitas diarias. Visitas psicosociales: hasta 3 visitas semanales. Psicología o trabajador social, según indicación médica. Soporte en ABVD (actividades básicas de la vida diaria): hasta 7 visitas semanales de kinesiología o terapia ocupacional, según indicación médica. Disponibilidad telefónica las 24hs. Material descartable: guantes, iodopovidona, tela adherente hipoalergénica, alcohol, agua oxigenada, algodón, apósitos, vendas, gasas, agujas comunes, jeringas 1 a 60 cc, solución fisiológica, dextrosa, abocaths, butterflies, guías, sondas (vesical y de aspiración de secreciones), contenedores, bolsas colectoras de orina. Opioides: preparados magistrales de morfina, oxycodona y metadona. Morfina en ampollas. Logística, transporte y distribución de insumos. Logística, transporte y distribución de insumos. Excluye: oxigenoterapia, acompañantes en el domicilio, urgencias, medicación transdérmica, traslado del paciente y toda otra prestación no expresamente incluida. Importante: Las visitas médicas son programadas y según necesidad del paciente. A cualquiera de los módulos anteriores se le puede adicionar guardias de enfermería, para los casos de fin de vida, los que serán cotizados según la necesidad de paciente.</p>
38.90.40	MÓDULO DOLOR ONCOLÓGICO AMBULATORIO	<p>Indicación: Pacientes con diagnóstico de cáncer. Incluye: <u>Consulta médica especializada en cuidados paliativos y tratamiento del dolor:</u> Entrevista con el paciente y elaboración de la historia clínica correspondiente. Aquí se incluye las tablas que evalúan estado de depresión y ansiedad, la cuales se relacionan con el dolor crónico. Las mismas son: Mini mental Status Test, Escala de Ansiedad y depresión de Golberg, Brief Pain Inventory (charles S Cleeland PHD- Pain Research Group 1991. Análisis de factores que agravan o alivian el dolor. Examen físico e indicación del tratamiento correspondiente. Estimativamente, se prevé que la duración de la primer consulta será de una hora reloj. <u>Consulta Psicológica:</u> Debe evaluarse la inclusión o no de una consulta psicológica mensual ya que gran parte de los pacientes que padecen de dolor crónico requieren de una atención multidisciplinaria (DOLOR TOTAL). <u>Consulta de kinesiología:</u> Para la mejoría de: Fuerza y Tono Muscular, Rango de movilidad articular, Corrección de postura. Uso correcto de bastón y/o andador. Fortalecimiento de la marcha. La expresión máxima de desnutrición en el cáncer es la caquexia tumoral, que será responsable directa o indirecta de la muerte en un tercio de los pacientes con cáncer. El soporte nutricional oral solo será indicado a aquellos pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal que no se encuentren en estadios de fin de vida. Insumos: Formula hipercalorica según requerimientos.</p>

19.90.13

MÓDULO ALERGIA PROTEINA ALIMENTARIA

Indicación: Lactantes o niños menores de 5 años con cuadro de alergia o intolerancia alimentaria. **Incluye:** Honorarios profesionales Medico alergista (prik test), Medico nutricionista - Pediatra Licenciado en nutricional, plan nutricional y provisión de suplementos por periodo regular de hasta 10 meses. Consulta, Evaluación y diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca. Evaluación y diagnóstico de niño con probable alergia a la proteína de la leche de vaca. Evaluación clínica nutricional. Diagnóstico de la patología mediante HC, laboratorios de rutina tests cutaneos. Determinación de requerimientos: calórico/proteicos, vitamícos, hídricos. Diseño del plan de nutricional adecuado con fórmula acorde: hidrolizado parcial, extenso, aminoácidos puros. Determinación de tipo de dieta más adecuada: artesanal con/sin formula, a cargo de médico pediatra especialista en nutrición infantil o médico gastroenterólogo pediatra. Exposición o enfrentamiento: Según indicación de médico alergista con seguimiento especialista en nutrición pediátrica o gastroenterólogo (primer test de enfrentamiento a 6 meses de inicio del tratamiento). Diseño del plan de alimentación y Determinación de requerimientos nutricionales e hídricos. Elección de fórmula adecuada para enfrentamiento gradual o escalonado. Diseño del plan de nutricional: dieta con alimentos adecuados más requerimientos de fórmula. Instrucción en la elaboración de menús con alimentos permitidos. Reevaluación a los primeros quince días para determinar tolerancia y respuesta. Iniciación de Suplementación Proteica y Vitamínica-Mineral. Progresión del aporte nutricional e hídrico hasta alcanzar los requerimientos nutricionales completos que permitan el desarrollo pondoestatural adecuado. Evaluación de la ingesta alimentaria. Evaluación del progreso pondoestatura/proceso del cuidado nutricional. Adecuación del ingreso. Composición provisión y seguimiento: Provisión de fórmula adecuada para dieta en paciente con APLV: I) Hidrolizado extenso: a) Lactoalbúmina: Nutrilon pepti junior HE, Alfaré, Nutrilon pepti, Althera. b) Caseína: Nutramigen. II) Fórmula con aminoácidos puros: Neocate (Gold, Junior). III) En enfrentamiento: fórmula adecuada según edad y patología con proteína entera con/sin lactosa: Vital RR, Nutrilon sin lactosa, fórmula maternizada de inicio o continuación hasta lograr tolerancia. Suplementos nutricionales: calcio vitamina D polivitamínicos. Provisión de menús individualizados nutricionalmente completos adaptados a la APLV o a la transición/enfrentamiento. **Excluye:** Determinaciones bioquímicas y otros descartables o insumos no relacionados.

19.90.14

MÓDULO TRASTORNO CONDUCTA ALIMENTARIA

Indicación: Requiere para la inclusión informe médico nutricional e informe psicológico con indicación de abordaje. Paciente con alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que conduce a un deterioro físico y psicosocial según criterios definidos por diagnósticos (DSM V, CIE-10) como Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y otros no específicos (TCANE) y se manifiestan desde edades tempranas hasta la adultez con distintos grados de gravedad y repercusión clínica. **Incluye:** Honorarios profesionales Médico especialista en nutrición (inicial quincenal y mensual, psicólogo (inicial familiar y semanal), psiquiatra (inicial y mensual). Provisión de suplementos nutricionales. El médico especialista en nutrición realizará los controles clínicos, la evaluación nutricional y la reeducación alimentaria. Decidirá en cada paciente y de acuerdo a la evaluación nutricional realizada junto al equipo multidisciplinario el tipo de soporte nutricional. El mismo puede ser oral o enteral por SNG y domiciliario con suplemento hipercalórico vía oral y en caso de rechazo de la ingesta o ingesta insuficiente con estabilidad clínica se iniciará soporte enteral por SNG en domicilio con fórmulas isocalóricas 1000 a 1500 ml/d. Evaluación y diagnóstico nutricional. Evaluación de la conducta alimentaria. Evaluación clínica del paciente. Identificación y tratamiento de complicaciones o comorbilidades. Evaluación de estudios clínicos solicitados e indicación de interconsultas necesarias (cardiología, endocrinología, ginecología, etc.). Plan nutricional, implementación del mismo. Reeducación alimentaria. Prescripción de aportes necesarios para la recuperación nutricional y de medicación sintomática requerida. Solicitud de controles periódicos de laboratorio según evolución del paciente. Adecuación del tratamiento según evolución. Trabajo con la familia del paciente sobre los aspectos clínicos y nutricionales. Estrecha comunicación con el paciente y la familia. Reuniones periódicas con el equipo interdisciplinario. Luego del diagnóstico inicial se comenzará en tratamiento psicológico focalizado en la patología alimentaria. Reuniones mensuales con equipo tratante. Entrevistas con los familiares. **Excluye:** Medicación psiquiátrica internación clínica o psiquiátrica y determinaciones de laboratorio. Otras interconsultas y estudios derivados necesarios (cardiología, endocrinología, ginecología, etc.).

19.90.15	MÓDULO CETOGENICO	<p>Indicación: Epilepsia refractaria con prescripción neurológica de la dieta cetogenica como tratamiento. Incluye: Evaluación clínica nutricional. Evaluación clínico-bioquímica que permita la aplicación de la dieta en el paciente seleccionado. Determinación de requerimientos: calórico/proteicos, vitamícos, hídricos. Diseño del plan de nutricional: relación lípidos/hidratos de carbono más proteínas adecuada, progresión del plan. Determinación de tipo de dieta más adecuada: artesanal con/sin formula. Diseño del plan de alimentación. Determinación de vía de alimentación: enteral y/o oral. Determinación de requerimientos nutricionales e hídricos. Inicio de dieta seleccionada: clásica, atkins modificada, de bajo índice glucémico, con TCM. Según dieta: internación * para inducción/ inducción ambulatoria. Control en internación. * en caso de internación a cargo de la cartera correspondiente. Iniciación de Suplementación Proteica y Vitamínica-Mineral. Progresión del aporte nutricional e hídrico hasta alcanzar los requerimientos nutricionales completos que permitan el desarrollo pondoestatural adecuado. Control bioquímico.</p> <p>Provisión de fórmulas enterales. Instrucción de la elaboración de dieta artesanal si corresponde. Honorarios profesionales Equipo de seguimiento dieta cetogénica Medico nutricionista. Licenciada en Nutrición. Enfermero. Neurólogo. Insumos para tratamiento nutricional de la epilepsia refractaria con dieta cetogénica. Formula adecuada para dieta cetogénica. Descartables. Bomba de infusión en enterales. Suplementos nutricionales: calcio vitamina D polivitamínicos. Provisión de menús nutricionalmente completos adaptados a la DC. Excluye: Tratamiento farmacológico coadyuvante (a cargo de IAPOS). Laboratorio.</p>
----------	-------------------	---

19.90.16	MÓDULO PERIOPERATORIO CIRUGIA MAYOR	<p>Indicación: Pacientes en Peri-operatorio de cirugía mayor oncológica de cabeza y cuello. Pacientes en Peri-operatorio de cirugía mayor oncológica del tracto gastrointestinal. Abarca el 10 días de pre-operatorio con NOC inmunomoduladora domiciliaria, o para la internación y 14 días de post-operatorio con NOC inmunomoduladora domiciliaria. Incluye: Honorarios profesionales. Médico cirujano medico nutricionista Lic. nutrición enfermero según detalle de seguimiento. Consulta y Evaluación de la necesidad de Soporte Nutricional Peri-Operatorio a cargo de médico experto en soporte nutricional. Consulta y evaluación nutricional antropométrica y encuesta dietética por licenciada/o en nutrición. Consulta con Cirujano para determinar tipo de procedimiento, tiempo estimado de ayuno perioperatorio, necesidad o no de accesos enterales para el POP inmediato y objetivo de la cirugía (curativo o reducción de masa). Evaluación nutricional subjetiva (VGS) y objetiva para determinar el Riesgo Nutricional (Antropometría, Peso actual, habitual y % de pérdida de peso, Circunferencia media del brazo, pliegue cutáneo del tríceps). Evaluación de Composición Corporal: Bioimpedancia. (de ser Necesario). Evaluación Funcional: Dinamometría. Diseño del plan de nutricional y adecuación de dieta para la transición de NE a la vía oral en el post-operatorio ambulatorio. Brindar NOC o NE con fórmula inmunomoduladora y en forma opcional carga de carbohidratos VO pre-operatoria en acuerdo con el equipo quirúrgico anestésico. Iniciación de SNPO, monitorización y evaluación de resultados con Antropometría y Bioimpedancia. Determinación de la forma de suplementación en función de la tolerancia oral en comunicación permanente con Lic Nutrición. Determinación de requerimientos nutricionales e hídricos. Provisión de las fórmulas inmuno-moduladoras necesarias. (Supportan Easy Bag 1500ml x 14 días o Reconvan 2000ml x 10 días Pre-operatorio y Supportan Easy Bag 1500ml x 14 días o Reconvan 2000ml x 14 días en el post-operatorio). Opcional y consensuado con equipo quirúrgico anestésico: Carga de Carbohidratos previa a la cirugía: (200ml de maltodextrina al 12,5% x 2) en la noche previa y 2hs antes de la cirugía. Evaluación de la ingesta alimentaria.</p>
----------	-------------------------------------	---

HOTELERIA

Los valores establecidos para este servicio son montos máximos (subsidio) que reconoce la Obra Social. En caso de que el afiliado solicitara el uso de la cochera, el mismo estará a su entero cargo. El reconocimiento de este servicio queda sujeto a evaluación y sólo para casos que cuenten con derivación por parte de la Obra Social