

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>PRÁCTICA</b>                          | <b>DESCRIPCION</b>   |
|---------------|--|--|
| 03.90.04      | ADENOIDECTOMÍA + AMIGDALECTOMÍA          | <b>Incluye:</b> honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos y descartables. <b>Excluye:</b> Anestesia y sala de recuperación.   |
| 03.90.05      | ADENOIDECTOMÍA + MIRINGOTOMÍA            | <b>Incluye:</b> honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos, descartables. <b>Excluye:</b> Anestesia, elementos protésicos (diabolo a cargo de IAPOS) y sala de recuperación.   |
| 10.90.03      | ADRENALECTOMIA POR VIDEOSCOPIA           | <b>Indicaciones:</b> Tumor suprarrenal. <b>Incluye:</b> Pensión hasta 2 días. 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), Medicamentos. Las complicaciones devenida la práctica realizada estarán a cargo del prestador, hasta dentro de los 15 días, de acuerdo al concepto de "PATOLOGÍA RESUELTA". Esto incluye eventuales drenajes percutáneos de colecciones post operatorias (con Materiales necesarios), reoperaciones, materiales descartables y demás elementos que estarán a cargo del equipo que intervino al paciente. <b>Excluye:</b> ANATOMIA PATOLOGICA DE LA/S PIEZA/S QUIRURGICA/S (las Diferidas, no así las intraoperatorias, que incluyan congelación) MATERIAL DESCARTABLE: UN (1) SOBRE DE MATERIAL IRREABSORBIBLE, MONOFILAMENTO, DE NYLON, PARA LA SÍNTESIS DE LA PIEL EN LOS SITIOS DE INGRESO DE LOS TRÓCARES A VALORES CONVENIDOS Y 3 (TRES) LIGACLIPS HONORARIOS ANESTESIA. Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS. <b>Observaciones:</b> En cirugías de urgencia las practicas no incluidas en el módulo se facturan fuera de módulo por prestación. |
| 24.90.12      | AFERESIS DE PLAQUETAS                    | <b>Incluye:</b> Honorarios y gastos  |
| 03.13.01      | AMIGDALECTOMÍA O ADENOIDECTOMÍA          | <b>Incluye:</b> honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos y descartables. <b>Excluye:</b> Anestesia y sala de recuperación.   |
| 21.01.04      | ANALISIS CROMOSOMICO DE CARIOTIPO SIMPLE | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos  |
| 01.50.01      | ANGIOGRAFÍA CON SUSTRACCIÓN DIGITAL      | <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida, Honorarios médicos, Derechos de hemodinámica, Prácticas de HRS. Medicamentos y Material Descartable inherente a la práctica. <b>Excluye:</b> Cualquier otro procedimiento adicional. Se deja aclarado que el modulo contempla solo lo inherente a la realización de la practica. Anestesia.  |
| 07.90.01      | ANGIOPLASTIA CAROTÍDEA                   | <b>Incluye:</b> Pensión en UCC, pensión en habitación compartida, Honorarios del equipo quirúrgico. Medicamentos y Material descartable inherentes al procedimiento. <b>Excluye:</b> Stent. Anestesia. Filtro de protección cerebral   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 07.08.01 | ANGIOPLASTIA CORONARIA                                    | <b>Incluye:</b> Pensión en UCC, pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos, hemodinámia, radiología. Medicamentos y Material descartable inherentes al procedimiento.<br><b>Excluye:</b> 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 surgiera del procedimiento. Stent. Anestesia   |
| 07.08.06 | ANGIOPLASTIA ARTERIAL PERIFERICA (NO CORONARIA-CAROTIDEA) | <b>Incluye:</b> Pensión en UCC o Pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos. Derechos de hemodinámia. Medicamentos y Material Descartable inherentes al procedimiento.<br><b>Excluye:</b> 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   | <b>Incluye:</b> Honorarios, Gastos y RMN Cerebral.   |
| 34.50.17 | ANGIOTOMOGRAFIA CRANEO Y VASOS DE CUELLO                  | <b>Criterio de autorización:</b> TEC y/o M.A.V. en plan de evaluación para resolución quirúrgica<br><b>Incluye:</b> Honorarios, gastos y set de medicamentos. <b>Excluye:</b> Material de contraste.   |
| 34.50.15 | ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL                        | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos <b>Excluye:</b> Material de Contraste.   |
| 34.50.23 | ANGIOTOMOGRAFIA DE OTRAS REGIONES                         | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos <b>Excluye:</b> Material de Contraste.   |
| 34.50.22 | ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX                                  | <b>Indicaciones:</b> PATOLOGIA VASCULAR PULMONAR: TEP - MALFORMACIONES - FISTULAS - PATOLOGIA VENAS PULMONARES. Sospecha de TEP. Sospecha de MAV o fistulas AV pulmonares. estudio de patología de venas pulmonares. PATOLOGIA AORTICA AGUDA Y CRONICA: Sospecha de disección aórtica. Prequirúrgico del aneurisma de Aorta. <b>Requisitos:</b> Resumen de HC orientado a la prestación. Estudio por imagen y laboratorio que documente la sospecha de cada diagnostico (TEP: Dimero D, EAB, RxTx y ECG-centellograma / MAV o fístulas pulmonares: EAB, RxTx). <b>Excluye:</b> Material de Contraste |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 08.90.02 | APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA   | <b>Incluye:</b> Pensión hasta 1 día. 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), Medicamentos Las complicaciones devenidas la práctica realizada estarán a cargo del prestador, hasta dentro de los 15 días, de acuerdo al concepto de "PATOLOGÍA RESUELTA". Esto incluye eventuales drenajes percutáneos de colecciones post operatorias (con Materiales necesarios), reoperaciones, materiales descartables y demás elementos que estarán a cargo del equipo que intervino al paciente. <b>Excluye:</b> ANATOMIA PATOLOGICA DE LA/S PIEZA/S QUIRURGICA/S (las Diferidas, no así las intraoperatorias, que incluyan congelación) MATERIAL DESCARTABLE: DOS (2) SOBRES DE SUTURAS IRREABSORBIBLE, MONOFILAMENTO, DE NYLON, PARA LA BASE APENDICULAR Y SÍNTESIS DE LA PIEL EN LOS SITIOS DE INGRESO DE LOS TRÓCARES A VALORES CONVENIDOS. HONORARIOS ANESTESIA. Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS. <b>Observaciones:</b> En cirugías de urgencia las practicas no incluidas en el módulo se facturan fuera de módulo por prestación |
| 12.90.02 | APLICACIÓN DE BOTOX  | <b>Incluye:</b> Honorarios   |
| 06.50.01 | ARPONAJE MAMARIO (MARCACIÓN PREQUIRURGICA)   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Arpón <b>Excluye:</b> Anestesia   |
| 01.50.03 | ARTERIOGRAFÍA DE VASOS DE CUELLO   | <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida, Honorarios médicos, Derechos de hemodinámica, Prácticas de RX, Medicamentos, Sustancia de Contraste y Material Descartable inherente al procedimiento.<br><b>Excluye:</b> Cualquier otro procedimiento adicional. Se deja aclarado que el modulo contempla solo lo inherente a la realización de la práctica. Anestesia.   |
| 07.50.01 | ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE MIEMBRO INFERIOR BILATERAL DESDE NACIMIENTO DE ARTERIAS ILÍACAS PRIMITIVAS | <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida, Honorarios médicos, Derechos de hemodinámica, Prácticas de RX, Medicamentos, Sustancia de Contraste y Material Descartable inherente al procedimiento.<br><b>Excluye:</b> Cualquier otro procedimiento adicional. Se deja aclarado que el modulo contempla solo lo inherente a la realización de la práctica. Anestesia.   |
| 34.50.58 | ARTRORESONANCIA  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 12.90.03 | ARTROSCOPIA DE CADERA                             | Indicaciones: Pinzamiento femoroacetabular, lesiones del Labrum acetabular, Cuerpos libres intraarticulares, lesiones condrales acetabulares y femorales, secuelas de enfermedad de Perthes y epifisiolisis, enfermedad de la sinovial, condromatosis sinovial, artritis séptica.<br><b>Ventajas:</b> Menos trauma quirúrgico, Menor riesgo de complicaciones tanto intra como post-operatorias, Menor estadía hospitalaria, rápida recuperación con una incorporación precoz a la rutina habitual. <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida, gastos operatorios, uso de videoartroscopio, medicamentos, material descartable, set de artroscopia de cadera, punta de Shaver. <b>Excluye:</b> Materiales protésicos (arpones), Complicaciones y procedimientos adicionales. Anestesia. Honorarios Médicos por cartera prestacional |
| 12.20.01 | ARTROSCOPIA DE HOMBRO                             | <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida, Gastos operatorios, usos de fresas, Uso del Videoartroscopio, Medicamentos y Material descartable inherente al procedimiento. Punta de Shaver (incluido en valorización del módulo)<br><b>Excluye:</b> Anestesia. Todas las complicaciones y/o procedimiento adicional, Materiales protésicos. Honorarios Médicos por cartera prestacional   |
| 12.20.02 | ARTROSCOPIA DE RODILLA SIMPLE                     | <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida, Gastos operatorios, usos de fresas, Uso del Videoartroscopio, Medicamentos y Material descartable inherente al procedimiento. Punta de Shaver (incluido en valorización del módulo)<br><b>Excluye:</b> Anestesia. Todas las complicaciones y/o procedimiento adicional, Materiales protésicos. Honorarios Médicos por cartera prestacional   |
| 12.20.03 | ARTROSCOPIA DE RODILLA COMPLEJA                   | <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida, Gastos operatorios, usos de fresas, Uso del Videoartroscopio, Medicamentos y Material descartable inherente al procedimiento. Punta de Shaver (incluido en valorización del módulo)<br><b>Excluye:</b> Anestesia. Todas las complicaciones y/o procedimiento adicional, Materiales protésicos. Honorarios Médicos por cartera prestacional   |
| 12.90.01 | ARTROSCOPIA DE TOBILLO / MUÑECA                   | <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida, Gastos operatorios, usos de fresas, Uso del Videoartroscopio, Medicamentos y Material descartable inherente al procedimiento. Punta de Shaver (incluido en valorización del módulo)<br><b>Excluye:</b> Anestesia. Todas las complicaciones y/o procedimiento adicional, Materiales protésicos. Honorarios Médicos por cartera prestacional   |
| 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 | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Codificar REGIÓN según Nomenclador Nacional. El monto excluye Material Radiactivo (valor CEDIM Interior) a cargo de la cartera prestacional   |
| 15.50.02 | BIOPSIA DE VELLOSIDADES CORIÓNICAS                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 07.01.13 | BIOPSIA ENDOMIOCARDICA (BEM) POR CATETERISMO CARDIACO                                 | <b>Incluye:</b> Honorarios médicos de todo el equipo interviniente, Hemodinamia, Gastos, Anatomía Patológica, Medicamentos y Descartables inherentes al procedimiento. <b>Excluye:</b> Pensión (por cartera prestacional), Anestesia (generalmente local) y Biótomo (provisto por IAPOS). Complicaciones del procedimiento (facturación por cartera prestacional).   |
| 20.50.01 | BIOPSIA HEPÁTICA POST-TRANSPLANTE HEPÁTICO  | <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida. Honorarios Médicos de todo el equipo, Gastos, Punción, Anatomía Patológica, Laboratorio, Radiología, Medicamentos y Material Descartables inherentes al procedimiento.<br><b>Excluye:</b> Anestesia, Medicación Inmunodepresora.   |
| 15.50.03 | BIOPSIA MUSCULAR POR M.E.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Anatomía Patológica.  |
| 34.90.02 | BLOQUEO FASCETARIO RADICULAR BAJO TAC   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Medicación Específica.  |
| 26.50.01 | CENTELLOGRAMA   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Codificar REGIÓN según Nomenclador Nacional. El monto excluye Material Radiactivo (valor CEDIM Interior) a cargo de la cartera prestacional   |
| 22.01.08 | CEPILLADO DE EPITELIO VAGINAL Y CERVICAL  | Se autorizará únicamente en aquellas pacientes cuyo Papanicolau resulte anormal o dudoso   |
| 07.90.23 | CIERRE PERCUTANEO DE MALFORMACIONES CARDIACAS CONGENITAS (CIERRE DE DUCTUS, CIA, CIV) | <b>REQUISITOS:</b> RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ORIENTADO A LA PRESTACIÓN. ECOCARDIOGRAMA DOPPLER (O RMN) CON MEDICIONES E INFORME. <b>Incluye:</b> honorarios y gastos.  |
| 07.90.22 | CIERRE PERCUTANEO DE OREJUELA IZQUIERDA   | <b>INDICACIONES:</b> FIBRILACION AURICULAR CRONICA NO VALVULAR CON ALTO RIESGO TROMBOEMBÓLICO + CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA DE ANTICOAGULACIÓN (determinada por especialista en hematología). <b>REQUISITOS:</b> RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA A LA PRESTACIÓN. ECOCARDIOGRAMA DOPPLER (INFORME E IMÁGENES). NTERCONSULTA CON HEMATOLOGÍA PARA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO Y CONTRAINDICACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN. <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |                        |  |
|----------|------------------------|--|
| 07.02.01 | CIRUGÍA CARDIOVASCULAR | <p>Cgías de malformaciones congénitas cardíacas, cirugías de revascularización miocárdicas, cirugía de reemplazo valvular, aneurisma de aorta torácica. <b>Incluye:</b> 6 DIAS DE PENSION (1 PRE-OPERATORIO Y 5 POST- OPERATORIOS). . EN CASO DE COMPLICACION, LA PENSION SE FACTURARA POR FUERA DE MODULO. Honorarios Cirujanos (estos corresponden al 40% del valor del Módulo), ayudantes, perfusionista, cardiólogos, infectólogos, kinesiólogos Derechos Quirúrgicos e instrumen- tista. Prácticas, medicamentos y material descartable inherentes a la Cgía.Cardiovascular. <b>Excluye:</b> HONORARIOS RECUPERACION CARDIOVASCULAR (MAR/23 \$ 15.225, MAY/23 \$ 16.248 Y JUL/23 \$ 17.016) Y HEMOTERAPIA (SE RECONOCERAN HASTA 8 TRANSFUSIONES DE ACUERDO A CRITERIO TRANSFUSIONAL DE SAH Y SUJETO A AUDITORIA). 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 Hemodinámia, 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. <b>Se excluyen Específicamente:</b> 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. <b>Observaciones:</b> 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> |
|----------|------------------------|--|

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 13.90.07 | CIRUGIA DE MOHS                                     | Cirugía oncológica-reconstructiva y funcional que permite la extirpación de tumores malignos de piel (CBC-CEC) no melanoma en sus formas más agresivas, con mejores tasas de curación que la escisión lesional ampliada o técnica convencional. <b>INDICACIONES: CLÍNICA: PRIMARIO:</b> Según tamaño tumoral y área corporal: Área H > 6 mm (párpados, cejas, nariz, labios, orejas); Área M > 10mm (mejillas, frente y pretibial); Área L >20mm (tronco y miembros). <b>RECIDIVA TUMORAL. HISTOPATOLOGÍA:</b> Subtipos histológicos indiferenciados: CBC: morfeiforme, esclerosante, metatípico, micronodular. CEC: acantolítico, adenoescamoso, pagetoide, queratoacantomatoso. Infiltrante. Invasión perineural o linfovascular. Compromiso de márgenes luego de una Escisión inicial. <b>ANTECEDENTES DEL PACIENTE:</b> Inmunodepresión (HIV, trasplantados, oncohematológicos, drogas inmunosupresoras, etc). Síndromes genéticos con tumores de piel múltiples. Radioterapia local previa. Antecedentes personales de tumores agresivos. <b>REQUISITOS:</b> Resumen de historia clínica realizado por especialista en dermatología. (ANTECEDENTES, EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD, MEDICIÓN DE TAMAÑO DE LA LESIÓN Y ZONA CORPORAL AFECTADA). Anatomía patológica. Fotografía de la lesión tomada por el profesional. <b>Incluye:</b> Honorarios. Gastos: facturar código 13.01.02 |
| 15.50.04 | CITOGENETICO DE MEDULA OSEA - INMUNOMARCACION       | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 15.01.06 | CITOLOGÍA EXFOLIATIVA ONCOLÓGICA - PAP              | Criterios de Autorización: 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. <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 23.50.16 | CITOMETRÍA DE FLUJO MÉDULA ÓSEA Y SANGRE PERIFÉRICA | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Incluye todos los órganos y/o regiones.   |
| 08.07.22 | COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA      | <b>Incluye:</b> Honorarios, Gastos y material descartable. <b>Excluye:</b> Anestesia y Sala de Recuperación (cuando se utilice).   |
| 34.50.59 | COLANGIORESONANCIA                                  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 08.07.16 | COLECISTECTOMÍA CON O SIN COLEDOCOTOMÍA<br>TRANSLAPAROSCÓPICA | <p><b>Incluye:</b> Pensión hasta 1 día, 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), Medicamentos. Las complicaciones devenidas la práctica realizada estarán a cargo del prestador, hasta dentro de los 15 días, de acuerdo al concepto de "PATOLOGÍA RESUELTA". Esto incluye eventuales drenajes percutáneos de colecciones post operatorias (con Materiales necesarios), reoperaciones, materiales descartables y demás elementos que estarán a cargo del equipo que intervino al paciente. <b>Excluye:</b> ANATOMIA PATOLOGICA DE LA/S PIEZA/S QUIRURGICA/S (las diferidas, no así las intraoperatorias que incluyan congelación) MATERIAL DESCARTABLE: UN (1) SOBRE DE SUTURA IRREABSORBIBLE, MONOFILAMENTO, DE NYLON, PARA LA SÍNTESIS DE LA PIEL EN LOS SITIOS DE INGRESO DE LOS TRÓCARES A VALORES CONVENIDOS Y 3 (TRES) LIGACLIPS HONORARIOS ANESTESIA. Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS.</p> <p><b>Observaciones:</b> En cirugías de urgencia las practicas no incluidas en el módulo se facturan fuera de módulo por prestación.</p>  |
| 08.90.01 | COLECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPICA                                | <p>Incluye: Pensión hasta 3 días, 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), Medicamentos. Las complicaciones devenidas la práctica realizada estarán a cargo del prestador, hasta dentro de los 15 días, de acuerdo al concepto de "PATOLOGÍA RESUELTA". Esto incluye eventuales drenajes percutáneos de colecciones post operatorias (con Materiales necesarios), reoperaciones, materiales descartables y demás elementos que estarán a cargo del equipo que intervino al paciente. <b>Excluye:</b> ANATOMIA PATOLOGICA DE LA/S PIEZA/S QUIRURGICA/S (las Diferidas, no así las intraoperatorias que incluyan congelación) MATERIAL DESCARTABLE: UN (1) SOBRE SE SUTURA REABSORBIBLE (POLIGLACTINA) PARA CIERRE DEL SITIO DE EXTRACCION LA PIEZA QUIRURGICO Y UN (1) SOBRE DE SUTURA IRREABSORBIBLE, MONOFILAMENTO, DE NYLON, PARA LA SÍNTESIS DE LA PIEL EN LOS SITIOS DE INGRESO DE LOS TRÓCARES A VALORES CONVENIDOS. SUTURAS MECANICAS DE ACUERDO A PROTOCOLOS IAPOS. HONORARIOS ANESTESIA. Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS. <b>Observaciones:</b> En cirugías de urgencia las practicas no incluidas en el módulo se facturan fuera de módulo por prestación.</p> |
| 07.90.02 | COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS DE AORTA                           | <p><b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos Operatorios. 24 hs. UTI y/o UCO, medicamentos y descartables inherentes al procedimiento. <b>Excluye:</b> Anestesia, resto de días de Pensión, cualquier prestación ajena la procedimiento. Endoprótesis (a cargo de lapos)</p>   |



**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 20.90.10 | COLOCACIÓN DE ENDOPROTESIS EN LA VIA BILIAR POR VIA ENDOSCOPICA | <b>Incluye:</b> 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.<br><b>Excluye:</b> Honorarios Anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.  |
| 20.90.01 | COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS ESOFAGICA                            | <b>Incluye:</b> Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponden al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.   |
| 36.90.01 | COLOCACIÓN O EXTRACCIÓN DE CATETER DOBLE J                      | <b>Incluye:</b> Honorarios <b>Excluye:</b> Pensión, Gastos Sanatoriales, Set completo con guia y cateter doble J a cargo de IAPOS de acuerdo a PROTOCOLO VIGENTE.  |
| 11.02.13 | CONIZACIÓN DE CUELLO  | <b>Incluye:</b> Honorarios, Gastos y Asa de Leep. <b>Excluye:</b> Pensión en habitación compartida.  |
| 17.50.04 | CONTROL TELEMETRICO DE DISPOSITIVOS CARDIACOS                   | <b>Incluye:</b> Honorarios.  |
| 07.07.03 | CORONARIOGRAFÍA SELECTIVA                                       | <b>Incluye:</b> Honorarios Médicos, Derechos de Hemodinamia, Prácticas de Rx, Medicamentos, Sustancia de Contraste (100ML) y Material Descartable inherente a la práctica. <b>Excluye:</b> Cualquier otro procedimiento adicional. Se deja aclarado que el modulo contempla solo lo inherente a la realización de la cinecoronariografía. Anestesia. <b>Observación:</b> Cuando se realice Cinecoronariografía y Angioplastia en el mismo acto se abonará: 60% de la Cinecoronariografía y 100% de la Angioplastia |
| 24.12.01 | CRIOPRESERVACIÓN  | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente.   |
| 26.50.04 | CURVA DE CAPTACIÓN TIROIDEA                                     | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Codificar REGIÓN según Nomenclador Nacional. El monto excluye Material Radiactivo (valor CEDIM Interior) a cargo de la cartera prestacional   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 34.12.01 | DENSITOMETRÍA ÓSEA                                    | <p><b>Criterios de Autorización - Para Diagnóstico:</b> 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 &lt; 65 años que tiene uno o más factores de riesgo para fractura. Todas las mujeres mayores de 65 años. <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Si es por dos regiones, se factura 50% adicional.</p> |
| 04.99.02 | DENTASCAN POR TCV MULTISLICE AMBOS MAXILARES          | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 04.99.01 | DENTASCAN POR TCV MULTISLICE UN MAXILAR               | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 13.90.05 | DERMATOSCOPIA DIGITAL CON MAPEO CORPORAL TOTAL        | <b>Criterios de autorización:</b> 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 <b>Incluye:</b> Honorarios y gastos.   |
| 08.90.04 | DERMOLIPECTOMÍA POST DESCENSO MASIVO DE PESO          | <b>INDICACIONES:</b> DESCENSO MASIVO DE PESO (post bariátrica o no) + COLGAJOS CUTÁNEOS QUE REQUIERAN CORRECCIÓN POR PATOLOGÍA FUNCIONAL, EN CUALQUIER ÁREA DEL CUERPO (ABDOMEN, BRAZOS O MUSLOS). El plan quirúrgico establecido debe estar debidamente justificado por el profesional tratante, desde el inicio del tratamiento (requisito para la autorización de cada solicitud). <b>REQUISITOS:</b> RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA A LA PRESTACIÓN CON DESCRIPCIÓN DE COLGAJOS Y TRANSTORNO FUNCIONAL QUE JUSTIFIQUE LA PRÁCTICA. FOTOGRAFÍAS DEL ÁREA AFECTADA TOMADAS POR EL PROFESIONAL. Corresponde: Honorarios 70% y Gastos 30% del valor de la práctica.  |
| 26.50.02 | DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA                        | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos de la detección.  |
| 26.50.03 | DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA CON USO DE GAMMA PROBE | <b>Criterios de autorización:</b> carcinoma mamario, melanoma cutáneo, carcinoma de vulva. <b>Incluye:</b> Honorarios. Uso de aparato Gamma Probe (ALQUILER=50% del valor del módulo). <b>Excluye:</b> Pensión. Material radiactivo a cargo de cartera prestacional, centellograma linfático. Anestesia.  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 20.90.02 | DILATACIÓN ESOFÁGICA ENDOSCOPICA                                     | <b>Incluye:</b> Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponde al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.  |
| 28.50.11 | DLCO (PRUEBA DE DIFUSIÓN PULMONAR DE MONÓXIDO DE CARBONO)            | <b>Indicaciones:</b> Definir inicio de tratamiento de la Fibrosis Pulmonar Idiopática y su seguimiento anual. Evaluación pretrasplante pulmonar. Elección de tratamiento en pacientes EPOC de alto riesgo (VEF1 <50%, 2 o más exacerbaciones por año o al menos 1 internación por año). Elección farmacológica en Enfermedades intersticiales Pulmonares (en las que las alteraciones en la DLCO son anteriores a la clínica y a la espirometría). Solo en: esclerodermia, enfermedad mixta del tejido conectivo, LES, AR, sarcoidosis, dermato-polimiositis, vasculitis. <b>Requisitos:</b> Resumen HC orientado a la prestación. Laboratorio con EAB. Espirometría. RxTx o TAC |
| 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  | <b>Incluye:</b> Instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponden al 40% del valor total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> LOS MATERIALES NECESARIOS (SET DRENAJE BILIAR PERCUTANEO) PARA LA PRÁCTICAS, ESTARÁN A CARGO DE I.A.P.O.S., SEGÚN NORMATIVAS Y PROTOCOLOS VIGENTES. TAC O ECOGRAFIA (SOLO UNA) NECESARIA PARA REALIZAR EL PROCEDIENDO. PENSION (HASTA 1 DIA) EN PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS AMBULATORIOS. Honorarios Anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.   |
| 18.03.01 | ECO-DOPPLER CARDÍACO COLOR   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.50.41 | ECO-DOPPLER OTRAS REGIONES   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.04.02 | ECO-DOPPLER TRANSESOFÁGICO COLOR                                     | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.50.40 | ECO-DOPPLER VASCULAR FETAL   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.02.02 | ECO-DOPPLER VASCULAR PERIFÉRICO                                      | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.01.01 | ECOCARDIOGRAMA COMPLETO A M y B                                      | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.03.02 | ECOCARDIOGRAMA DE STRESS FÍSICO O FARMACOLÓGICO                      | <b>Incluye:</b> Honorarios , Gastos y Medicamentos.  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 20.50.04 | ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREÁTICA CON O SIN PUNCIÓN   | La realización o no de la punción diagnóstica quedará sujeto a auditoría posterior, según protocolo. En caso de realizarse punción diagnóstica la misma deberá realizarse en el mismo procedimiento, y gestionarse el elemento (aguja de puncion especifica) por la vía de reposición.<br><b>INDICACIONES: CARACTERÍSTICAS PREOCUPANTES: ECOENDOSCOPIA Y EVENTUAL PUNCIÓN.</b> Quiste mayor a 3 cm, nódulos murales, engrosamientos de la pared quística. Wirsung entre 5 – 9 mm, cambio abrupto del mismo con atrofia pancreática, linfadenopatías regionales, y Ca 19-9 elevado con un crecimiento del quiste > 5 mm en dos años. <b>ESTIGMAS DE ALTO RIESGO: CONDUCTA QUIRÚRGICA PRIMERA ELECCIÓN (NO ECOENDOSCOPIA NI PUNCIÓN).</b> Obstrucción del Wirsung con lesión en cabeza pancreática. Wirsung > 10 mm. <b>SEGUIMIENTO IMAGENOLÓGICO (NO ECOENDOSCOPIA NI PUNCIÓN):</b> TODOS LOS PACIENTES CON QUISTES MENORES DE 3 CM, SIN CARACTERISTICAS PREOCUPANTES. <b>REQUISITOS:</b> Resumen de historia clínica orientado a la patología. RMI de abdomen o colangio RMI |
| 18.01.07 | ECOGRAFÍA CEREBRAL CON MODO B y A                  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.01.12 | ECOGRAFÍA COMPLETA DE ABDOMEN                      | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.50.01 | ECOGRAFÍA CON TRANSLUCENCIA NUCAL                  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.01.17 | ECOGRAFÍA DE AORTA ABDOMINAL (DINÁMICA Y ESTÁTICA) | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.50.02 | ECOGRAFÍA DE CADERA                                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.06.01 | ECOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS                        | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.01.11 | ECOGRAFÍA DE TESTÍCULOS                            | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.50.04 | ECOGRAFÍA ENDOANAL                                 | <b>Criterios de autorización:</b> 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 <b>Incluye:</b> Honorarios y gastos.  |
| 18.50.07 | ECOGRAFÍA ENDOCAVITARIA PROSTÁTICA                 | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 18.50.05 | ECOGRAFÍA ENDOCAVITARIA VAGINAL                               | <b>Criterios de Autorización:</b> 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. <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. |
| 18.01.13 | ECOGRAFÍA HEPÁTICA, BILIAR, ESPLÉNICA O TORÁCICA              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.50.03 | ECOGRAFÍA INTRAOPERATORIA                                     | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.01.06 | ECOGRAFÍA MAMARIA UNI O BILATERAL                             | <b>Criterios de Autorización:</b> 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 diagnóstico presuntivo y estudios complementarios. <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos   |
| 18.50.06 | ECOGRAFÍA OTRAS REGIONES                                      | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.01.18 | ECOGRAFÍA PANCREÁTICA O SUPRARRENAL                           | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.01.21 | ECOGRAFÍA PARA LA AMNIOCENTESIS                               | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.50.85 | ECOGRAFIA RENOVESICOPROSTATICA COMPLETA                       | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 18.01.10 | ECOGRAFÍA TIROIDEA  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 29.50.05 | EEG DIGITAL   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 29.50.04 | EEG SUEÑO VIGILIA PROLONGADO                                  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 17.01.18 | ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTER POR 24 HS                        | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 29.01.05 | ELECTROMIOGRAFÍA CUATRO MIEMBROS                              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material Descartable  |
| 29.01.04 | ELECTROMIOGRAFÍA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES O FACIAL | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material Descartable  |
| 29.50.03 | ELECTRORETINOGRAMA COMPUTARIZADO                              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 07.90.03 | EMBOLIZACIÓN SELECTIVA ARTERIAL PERIFERICA (EXCLUYE CEREBRAL) | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Excluye:</b> Coils (a cargo de IAPOS). Pensión en habitación compartida (Por Cartera perstacional)  |
| 28.50.09 | ENDOSCOPIA RESPIRATORIA DIGANOSTICA (PEDIATRICA-ADULTO)       | <b>INDICACIONES:</b> DECANULACIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA, BAL para citología o cultivo, SOSPECHA DE PATOLOGÍA DE VÍA AÉREA (ESTRIDOR, HEMOPTISIS, ATELECTASIAS RECURRENTES, GRAN QUEMADO CON RIESGO DE COMPROMISO DE VIA AÉREA) .<br><b>REQUISITOS:</b> RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ORIENTADO A LA PRESTACIÓN. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX FRENTE (INFORME E IMAGEN) U OTRO ESTUDIO POR IMAGEN QUE PRESENTE. Corresponde: Honorarios 70% y Gastos 30% del valor de la práctica   |
| 28.50.10 | ENDOSCOPIA RESPIRATORIA TERAPEUTICA (PEDIATRICA-ADIULTO)      | <b>INDICACIONES:</b> TRATAMIENTO DE ESTENOSIS TRAQUEAL (presentar estudios diagnosticos que demuestren grado de estrechez y nivel). TRATAMIENTO DE LESIONES O MALFORMACIONES DE LA VÍA AÉREA (presentar estudios que lo documenten).<br><b>REQUISITOS:</b> RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ORIENTADO A LA PRESTACIÓN. ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA (SI FUE REALIZADA). TAC DE TÓRAX U OTRO ESTUDIO QUE DOCUMENTE LA PATOLOGÍA. Corresponde: Honorarios 70% y Gastos 30% del valor de la práctica  |
| 20.90.04 | ENTEROCLISIS BAJO TAC   | <b>Requisitos generales:</b> Resumen de historia clínica orientado a la patología. Estudios de laboratorio y de imágenes según sospecha diagnostica (estudios de anemia, reactantes de fase aguda, endoscopías, tomografías, etc). <b>Indicaciones:</b> 1) Sospecha de tumores o pólipos de intestino delgado. <b>Requisitos:</b> Resumen de HC orientado a la prestación, estudios por imágenes realizados. 2) Sospecha de estenosis parcial de intestino delgado. <b>Requisitos:</b> Resumen de HC orientado a la prestación, estudios por imágenes realizados que orienten a esta sospecha. 3) Evaluación de complicaciones, extensión y gravedad de Enfermedad de Crohn y Evaluación de hemorragia digestiva de origen oscuro. <b>Requisitos:</b> Resumen de HC orientado a la prestación, laboratorio que demuestre ferropenia, 2 VCC, 2 VEDA. |
| 17.50.03 | ERGOMETRÍA COMPUTARIZADA                                      | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 20.90.05 | ESCLEROSIS DE LESIÓN SANGRANTE GÁSTRICA O ESOFÁGICA           | <b>Incluye:</b> Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponden al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.  |
| 20.90.06 | ESCLEROSIS DE VÁRICES ESOFÁGICAS                              | <b>Incluye:</b> Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponde al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.   |
| 28.50.01 | ESPIROMETRÍA COMPUTADA  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 23.50.03 | ESTUDIO BASICO DE COAGULACION   | Estudio inicial de coagulopatias. Preoperatorio de cirugía cardiovascular o general. Inicio del tratamiento Anticoagulante. <b>Incluye:</b> -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. |
| 23.50.04 | ESTUDIO BASICO DE LAS HEMOGLOBINOPATIAS   | <b>Incluye:</b> 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.   |
| 23.50.06 | ESTUDIO DE CITOPENIAS (SEGUIMIENTO)   | <b>Incluye:</b> 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.   |
| 17.02.02 | ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO COMPLETO   | <b>Incluye:</b> 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.<br><b>Excluye:</b> Colocación de marcapaso definitivo, Estudios Hemodinamicos. Anestesia.   |
| 26.02.34 | ESTUDIO FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA Y PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON SPECT (SPECT CARDIACO) | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Excluye:</b> El monto excluye Material Radiactivo (valor CEDIM Interior) a cargo de la cartera prestacional  |
| 23.50.05 | ESTUDIO INICIAL DE CITOPENIAS AISLADAS O COMBINADAS                                     | 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.   |
| 36.01.11 | ESTUDIO URODINÁMICO COMPLETO  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 20.90.08 | EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO   | <b>Incluye:</b> Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponden al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 03.50.01 | EXUDADO FARÍNGEO METODO RÁPIDO                              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 31.01.24 | FARINGOLARINGOFIBROSCOPIA                                   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Uso de video.  |
| 26.05.29 | FLEBOGRAFIA RADIOISOTÓPICA POR ÁREAS                        | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Codificar REGIÓN según Nomenclador Nacional. <b>Excluye:</b> El monto excluye Material Radiactivo (valor CEDIM Interior) a cargo de la cartera prestacional  |
| 36.50.01 | FLUJOMETRÍA URINARIA  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 08.04.07 | GASTROTOMÍA POR RADIOSCOPIA / FIBROSCOPIA                   | <b>Incluye:</b> Pensión, Uso de eco o TAC e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponden al 40% del valor total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> Honorarios Anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS. |
| 24.90.01 | HEMOTERAPIA / TRANSFUSION                                   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos inherentes a la prestación, Pruebas de Compatibilidad, Serología, Materiales Descartables. Biología Molecular. Filtro.  |
| 15.50.01 | HIBRIDACIÓN IN SITU   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 26.90.01 | IRRADIACIÓN DE SANGRE Y PLAQUETAS                           | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 20.90.07 | LIGADURAS DE VÁRICES ESOFÁGICAS                             | <b>Incluye:</b> Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponde al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.       |
| 10.01.25 | LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA RENAL                              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 20.50.02 | MANOMETRÍA ANORECTAL  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 20.01.11 | MANOMETRÍA ESOFÁGICA  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 15.50.11 | MICROSCOPIA OPTICA MAS INMUNOFLUORESCENCIA RENAL            | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 03.90.06 | MIRINGOPLASTIA TIPO I                                       | <b>Incluye:</b> honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos, descartables. <b>Excluye:</b> Anestesia, elementos protésicos (diabolo a cargo de IAPOS) y sala de recuperación.  |
| 03.90.07 | MIRINGOPLASTIA TIPO II                                      | <b>Incluye:</b> honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos, descartables. <b>Excluye:</b> Anestesia, elementos protésicos (diabolo a cargo de IAPOS) y sala de recuperación.  |
| 03.02.03 | MIRINGOTOMIA CON O SIN COLOCACION DE TUBO DRENAJE           | <b>Incluye:</b> honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos, descartables. <b>Excluye:</b> Anestesia, elementos protésicos (diabolo a cargo de IAPOS) y sala de recuperación.  |
| 16.90.01 | MODULO 1: DROGAS ANESTESICAS EN PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS | <b>Incluye:</b> 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 | <b>Incluye:</b> 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  |



**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|   |  |   |
|---|--|---|
| 23.50.12  | MODULO DE ADMINISTRACION DE DROGAS ESPECIALES    | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Excluye:</b> Medicamentos (Aminomux, Ciclofosfamida, Pamidronato). Pensión (facturar sala de recuperación).   |
| 25.90.04  | MÓDULO DE ATENCIÓN KINÉSICA INTEGRAL             | Incluye: Todos los tratamientos kinésicos y tecnología asociada a la práctica que sea necesaria según cada caso (fisioterapia, kinesioterapia, magnetoterapia, etc.).   |
| 25.01.06  | MÓDULO DE ATENCIÓN KINÉSICA INTEGRAL A DOMICILIO |   |
| 23.50.13  | MODULO ESTUDIO DE MEDULA OSEA I                  | <b>Incluye:</b> Punción aspirado de Médula Osea (esternal o Cresta Ilíaca Unilateral) - Medulograma - Hemosiderina medular - Sideroblastos - (% y clasificación) - Búsqueda de células neoplásicas - Descartables. Indicaciones: Controles de Seguimiento de patologías onco-hematológicas, según protocolo aplicado y criterio del médico tratante. <b>Excluye:</b> Aguja de Punción (a cargo de IAPOS)  |
| 23.50.14  | MODULO ESTUDIO DE MEDULA OSEA II                 | <b>Incluye:</b> Punción aspirado de Médula Osea (esternal o Cresta Ilíaca Unilateral) - Biopsia de Médula Osea Unilateral - Medulograma - Hemosiderina Medular - Sideroblastos (% y clasificación) - Búsque de células neoplásicas - 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 Seguimieto 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. <b>Excluye:</b> Aguja de Punción (a cargo de IAPOS) |
| 23.50.15  | MODULO ESTUDIO DE MEDULA OSEA III                | <b>Incluye:</b> Punción aspirado Médula Osea para otros estudios. Ej. Estudio de Síndrome Febril prolongado para medulocultivos.. <b>Excluye:</b> Aguja de Punción (a cargo de IAPOS)   |
| <b>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</b> |  |   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>MÓDULOS SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL:</b> <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                     | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |
| 50.70.02  | MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL - SEGUNDO MES                    | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |
| 50.70.03  | MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL - TERCER MES                     | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |
| 50.70.04  | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (SEGUNDO TRIMESTRE) - PRIMER MES | <b>Incluye:</b> 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.                    |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 50.70.05 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (SEGUNDO TRIMESTRE) - SEGUNDO MES | <b>Incluye:</b> 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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  | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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   | <b>Incluye:</b> 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.                                      |
| 50.70.08 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (TERCER TRIMESTRE) - SEGUNDO MES  | <b>Incluye:</b> 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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   | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 50.70.10 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (CUARTO TRIMESTRE) - PRIMER MES  | <b>Incluye:</b> 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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 | <b>Incluye:</b> 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.                                      |
| 50.70.12 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL (CUARTO TRIMESTRE) - TERCER MES  | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |
| 50.70.13 | MODULO 3 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL - PRIMER MES                     | <b>Incluye:</b> 1 Consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Uremia, Glucemia, Ionograma, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.                                      |
| 50.70.14 | MODULO 3 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL - TERCER MES                     | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|  |   |   |
|--|---|---|
| 50.70.15   | MODULO 4 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENAL                                  | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.   |
| <b>MÓDULOS SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PÁNCREAS SIMULTÁNEO:</b> <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. |   |   |
| 50.70.16   | MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO - PRIMER MES  | <b>Incluye:</b> 4 consultas / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 2 Creatinemas / 2 Dosajes de FK-506 / 1 Dosaje de Peptico C. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |
| 50.70.17   | MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO - SEGUNDO MES | <b>Incluye:</b> 2 consultas / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 2 Creatinemas / 2 Dosajes de FK-506 / 1 Dosaje de Peptico C. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |
| 50.70.18   | MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO - TERCER MES  | <b>Incluye:</b> 2 consultas / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 2 Creatinemas / 2 Dosajes de FK-506 / 1 Dosaje de Peptico C. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 50.70.19 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (SEGUNDO TRIMESTRE) - PRIMER MES  | <b>Incluye:</b> 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.   |
| 50.70.20 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (SEGUNDO TRIMESTRE) - SEGUNDO MES | <b>Incluye:</b> 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.   |
| 50.70.21 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (SEGUNDO TRIMESTRE) - TERCER MES  | <b>Incluye:</b> 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 . <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |
| 50.70.22 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO ( TERCER TRIMESTRE) - PRIMER MES  | <b>Incluye:</b> 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.   |
| 50.70.23 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO ( TERCER TRIMESTRE) - SEGUNDO MES | <b>Incluye:</b> 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 50.70.24 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO ( TERCER TRIMESTRE) - TERCER MES | <b>Incluye:</b> 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 . <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |
| 50.70.25 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (CUARTO TRIMESTRE) - PRIMER MES  | <b>Incluye:</b> 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.   |
| 50.70.26 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (CUARTO TRIMESTRE) – SEGUNDO MES | <b>Incluye:</b> 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.   |
| 50.70.27 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO (CUARTO TRIMESTRE) – TERCER MES  | <b>Incluye:</b> 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 . <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |
| 50.70.28 | MODULO 3 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO - PRIMER MES                     | <b>Incluye:</b> 1 consulta / 1 Laboratorio basico (Hemograma, Glucemia, Uremia, Ionograma, Amilasa, Calcemia, Fosfatemia, Uricemia, Orina Completa, índice Albúmina/Creatinina urinaria) / 1 Dosaje de FK-506. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|   |  |   |
|---|--|---|
| 50.70.29  | MODULO 3 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO - TERCER MES | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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. |
| 50.70.30  | MODULO 4 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE RENO-PANCREAS SIMULTANEO              | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.                                  |
| <b>MÓDULOS SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE HEPÁTICO:</b> <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. |  |   |
| 50.70.31  | MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPATICO                              | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.  |
| 50.70.32  | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPATICO - PRIMER MES                 | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> 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.  |



**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|   |  |   |
|---|--|---|
| 50.70.33  | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPATICO - CUARTO MES | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye</b> (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.  |
| 50.70.34  | MODULO 3 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPATICO              | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye</b> (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. |
| <b>MÓDULOS SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE CARDÍACO:</b> <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. |  |   |
| 50.70.35  | MODULO 1 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE CARDIACO              | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> Ecocardiograma BD / Doppler. Biopsia endomiocardica (valor grilla). Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.   |
| 50.70.36  | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE CARDIACO - PRIMER MES | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> Ecocardiograma BD / Doppler. Biopsia endomiocardica (valor grilla). Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 50.70.37 | MODULO 2 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE CARDIACO - CUARTO MES | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> Ecocardiograma BD / Doppler. Biopsia endomiocardica (valor grilla). Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.  |
| 50.70.38 | MODULO 3 SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE CARDIACO              | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye (Facturar fuera del modulo con documentacion requerida):</b> Ecocardiograma BD / Doppler. Biopsia endomiocardica (valor grilla). Resto de las prestaciones no incluida en el Modulo.  |
| 50.07.02 | MÓDULO PRE-TRASPLANTE CARDÍACO                             | <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida. Estudios nomenclados 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 nomenclados de histocompatibilidad. Medicamentos y descartables inherentes al procediniento. Cateter de Swan Ganz. <b>Excluye:</b> Anestesia. Prácticas quirúrgicas. Prestaciones no nomencladas que no figuren tácitamente como incluidas. 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. |
| 50.08.06 | MÓDULO PRE-TRASPLANTE HEPÁTICO DONANTE                     | <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida. Estudio hemodinámico simple. Estudios complementarios necesarios. Interconsultas con diversas espacialidades 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. <b>Excluye:</b> Tac, Rmn, cualquier tipo de práctica quirúrgica, tratamiento derivado de interconsultas a otras especialidades médicas. Medicamentos específicos.  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 50.08.07 | MÓDULO PRE-TRANSPLANTE HEPÁTICO RECEPTOR                  | <p><b>Incluye:</b> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico y técnico, asignado por el equipo de trasplante habilitado por el INCUCAI. Estudios radiológicos, ecográficos nomenclados. Exámen funcional respiratorio, laboratorio, prácticas cardiológicas nomencladas. Hemoterapia (Estudios Inmunoematológicos). Estudio de Histocompatibilidad. Interconsultas con distintas especialidades médicas. Inscripción en lista de espera de trasplante 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><b>Excluye:</b> 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><b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida. Arteriografía renal selectiva. Estudios radiológicos y ecográficos nomenclados. Exámen funcional respiratorio, Laboratorio. Prácticas cardiológicas nomencladas. Medicina transfusional - 1 módulo de serología. Consultas con distintas especialidades. Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico y técnico. Estudios de histocompatibilidad (metodo Luminex): determinacion de Antigeno HLA y ABC. Determinacion de antigeno HLA-DR. Cultivo mixto de linfocitos. Grupo sanguineo y factor. Crossmatch c/panel receptor. Crossmatch D-R (luminex)</p> <p><b>Excluye:</b> Prácticas quirúrgicas. Tratamientos derivados de diagnósticos que se establezcan. Tac, Biopsias y sus estudios anatomopatológicos. Medicamentos específicos.</p>   |
| 50.10.03 | MÓDULO PRE-TRANSPLANTE RENAL RECEPTOR                     | <p><b>Incluye:</b> Estudios Inmunoematológicos, Análisis Clínicos, Riesgo quirúrgico, Exámen 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.</p> <p><b>Excluye:</b> Prácticas quirúrgicas. Tratamientos derivados de diagnósticos que se establezcan.</p>   |
| 50.10.04 | MÓDULO PRE-TRANSPLANTE RENAL RECEPTOR - SEGUIMIENTO ANUAL | <p><b>Incluye:</b> Análisis Clínicos, Crossmatch contra panel, Endoscopía. Ecografía. Electrocardiograma. Ecocardiograma. Rx de Tórax. En caso de pacientes mujeres se agrega Mamografía, Papanicolau y control ginecológico. Pensión en habitación compartida.</p>   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 50.10.08 | MÓDULO PRE-TRASPLANTE RENOPANCREATICO                       | <p><b>Incluye:</b> Honorarios del equipo médico clínico, quirúrgico y técnico, habilitado por el INCUCAI. Estudios radiológicos, ecográficos, de laboratorio clínicos y bacteriológicos e infectológicos nomenclados. 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. <b>Excluye:</b> Estudios de hemodinamia, electrofisiológicos, radiocardiograma. Resonancia magnética nuclear. Implante de cardiodesfibrilador con resincronizador.</p> |
| 50.10.09 | MÓDULO PRE-TRASPLANTE RENOPANCREATICO SEGUIMIENTO ANUAL     | <p>Incluye las prácticas mencionadas, que requieren ser actualizadas con una periodicidad anual. <b>Incluye:</b> 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, Ecografia 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.</p>   |
| 50.10.01 | TRASPLANTE RENAL CADAVERICO - INCLUYE ANESTESIA NIVEL 7 X 2 | <p><b>Incluye:</b> biopsia renal. Anestesia Nivel 7 x 2. Resto según Anexo IV Disposición G N.º 025/18.</p>  |
| 20.90.09 | MÓDULO QUIMIOEMBOLIZACIÓN DE NÓDULOS HEPÁTICOS              | <p><b>Criterios de autorización:</b> en tumores hipervascularizados de progresion locoregional, sólo como alternativa a cirugía cuando esté formalmente contraindicada (u otros métodos ablativos percutáneos), con función hepática estable, sin enfermedad extrahepatica, sin colestasis y con vena porta permeable. <b>Incluye:</b> Pensión hasta 2 días. Cateterismo y arteriografía selectiva de la zona de probable sangrado. Embolización. Medicamentos y descartables inherentes a la práctica. Catéteres. Honorarios médicos, hemodinamista, radiólogo. <b>Excluye:</b> LIPIODOL POR 2(DOS) AMPOLLAS Y DROGA CITOSTATICA POR FARMACIA. CATETER CORRESPONDIENTE (GESTION COMPRAS IAPOS). Anestesia.</p>  |
| 20.90.18 | MÓDULO RECAMBIO BOTON GASTRICO                              | <p><b>Incluye:</b> Honorarios profesionales (valor dos consultas médicas). <b>Excluye:</b> Botón de Gastrostomía a cargo de IAPOS</p>  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 17.90.03 | MODULO REHABILITACION<br>CARDIOVASCULAR-PULMONAR          | <p>DESTINADO A PACIENTES CON: ENFERMEDADES CARDIO-CEREBRO-VASCULARES: CARDIOPATIA ISQUEMICA estable, REPARACION O REEMPLAZO VALVULAR, TRASPLANTE CARDIACO-CARDIOPULMONAR, INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA CF II-III estable, PORTADORES DE DISPOSITIVOS CARDIACOS (MCP-CDI), ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ATROSCLEROTICA EN ETAPA CRONICA, ENFERMEDAD VASCULAR ARTERIAL PERIFERICA, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (ESTADIO III-IV-V) Y PACIENTES CON MULTIPLES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (PREVENCION DE ALTO RIESGO: SCORE OMS/ISH o FRAMINGHAM &gt;20% a 10 años). ENFERMEDADES PULMONARES: EPOC GOLD B-C-D, FIBROSIS PULMONAR, FIBROSIS QUISTICA. TODOS LOS PACIENTES CON ESTAS CARACTERISTICAS TIENEN QUE HABER SIDO DIAGNOSTICADOS DENTRO DEL AÑO PRECEDENTE PARA SER INCORPORADOS A RCP.</p> <p><b>MODALIDAD:</b> 12 SESIONES MENSUALES de una duración de 45 a 60 MINUTOS cada sesión con inclusión de control médico e intervención de auxiliar de enfermería, kinesiólogo y profesor de educación física. <b>DURACION:</b> 6 MESES. <b>PRESTADORES:</b> Centros habilitados por IAPOS para realización de la prestación que incluyan los siguientes recursos: A) HUMANOS: presencia permanente de un médico cardiólogo y/o clínico, profesor de educación física especializado en rehabilitación cardiopulmonar y auxiliar de enfermería B) ESTRUCTURA EDILICIA: sala adecuadamente climatizada con una superficie mínima de 7 mts cuadrados por paciente, con sanitarios y vestuarios adyacentes Y C) EQUIPAMIENTO: elementos propios para el trabajo de rehabilitación (cicloergometros, cintas caminadoras, etc.) ES INDISPENSABLE CONTAR CON LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA CONTROL PERMANENTE DE SIGNOS VITALES Y REANIMACION CARDIACA AVANZADA CON CARDIODESFIBRILADOR. <b>AUDITORIA MEDICA:</b> Vía sistema informático de gestión de prestaciones IAPOS (SIOS) con presentación de pedido médico, historia clínica completa y toda información médica (informe de estudios y/o practicas) que objetive naturaleza de la patología objeto de rehabilitación en el INICIO de la prestación. De corresponder por patología, las autorizaciones se emitirán por periodos trimestrales (2 periodos en total para el semestre) con facturación mensual por parte del prestador de acuerdo a sesiones efectivamente realizadas en el mes prestacional. Esto es, para el inicio y renovaciones se solicitarán 36 sesiones (3 meses x 12 sesiones) con un tope de consumo de 12 sesiones mensuales. En la RENOVACION se debe presentar sólo la prescripción médica de la prestación. <b>FACTURACION:</b> Además de la documentación administrativa necesaria para facturación de prestaciones, es indispensable incluir el pedido medico original del mes prestacional y constancias de asistencia de los pacientes (firma/fecha/horario) en planilla anexa. <b>COSEGURO:</b> 1 bono internación por modulo completo.</p> |
| 20.50.10 | MODULO VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA (VEDA + VCC) | <p><b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Uso de video. <b>Excluye:</b> Sala de Recuperación (1/6 valor pensión cuando se utilice). Anestesia. Medicamentos anestésicos y descartables.</p>  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 12.90.10 | MOVILIZACIÓN FORZADA DE ARTICULACIÓN BAJO ANESTESIA GENERAL  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos  |
| 17.01.20 | MONITOREO AMBULATORIO DE LA TENSIÓN ARTERIAL - PRESUROMETRÍA | Indicaciones: Sospecha de HTA guardapolvo blanco (3 mediciones en consultorio > ó = 140/90 mmHg con 3 mediciones fuera del consultorio < 140/90 sin evidencia de daño en órgano blando, Sospecha de HTA episódica o HTA sistólica aislada en > 60 años, HTA resistente (en pacientes tratados con dosis máximas de 3 o más medicamentos), Sospecha de episodios hipotensivos relacionados a medicación o síndromes neurológicos, Disfunción autonómica. Profesionales autorizados; cardiólogos. <b>Incluye:</b> Honorarios y gastos. Equipamiento de monitoreo.  |
| 20.90.12 | MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA                                     | <b>Incluye:</b> Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponde al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.  |
| 10.90.02 | NEFRECTOMIA POR VIDEOSCOPIA                                  | <b>Incluye:</b> Pensión hasta 2 días, 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), Medicamentos. Las complicaciones devenidas la práctica realizada estarán a cargo del prestador, hasta dentro de los 15 días, de acuerdo al concepto de "PATOLOGÍA RESUELTA". Esto incluye eventuales drenajes percutáneos de colecciones post operatorias (con Materiales necesarios), reoperaciones, materiales descartables y demás elementos que estarán a cargo del equipo que intervino al paciente. <b>Excluye:</b> ANATOMIA PATOLOGICA DE LA/S PIEZA/S QUIRURGICA/S (las Diferidas, no así las intraoperatoria, que incluyan congelación) MATERIAL DESCARTABLE: UN (1) SOBRE DE MATERIAL IRREABSORBIBLE, MONOFILAMENTO, DE NYLON, PARA LA SÍNTESIS DE LA PIEL EN LOS SITIOS DE INGRESO DE LOS TRÓCARES A VALORES CONVENIDOS. PARA NEFRECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA: DOS (2) BLISTERS DE CLIPS VASCULARES. PARA NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA: UNA (1) SUTURA LINEAL MAS UNA (1) RECARGA Y UN (1) BLISTER DE CLIPS VASCULARES. HONORARIOS DE ANESTESIA. <b>Observaciones:</b> En cirugías de urgencia las practicas no incluidas en el módulo se facturan fuera de módulo por prestación. |
| 36.90.02 | NEFROLITOTRIZIA PERCUTÁNEA POR VIDEO                         | <b>Indicaciones:</b> 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 <b>Inclusiones:</b> Honorarios y gastos (incluye uso de quirófano, video y todo el instrumental específico inherente al procedimiento) <b>Exclusiones:</b> Pensión – Anestesia – Medicamentos y descartables – Material de Contraste – Catéter Doble J  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 10.01.17 | NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA                                     | <b>Incluye:</b> Instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponden al 40% del valor total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> LOS MATERIALES NECESARIOS (SET NEFROSTOMIA) PARA LA PRÁCTICAS, ESTARÁN A CARGO DE I.A.P.O.S., SEGÚN NORMATIVAS Y PROTOCOLOS VIGENTES. TAC O ECOGRAFIA (SOLO UNA) NECESARIA PARA REALIZAR EL PROCESAMIENTO. PENSION (HASTA 1 DIA) EN PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS AMBULATORIOS .Honorarios Anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS. |
| 01.90.02 | NEUROCIRUGÍA POR RADIOFRECUENCIA                           | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Medicamentos y Materiales Descartables inherentes al procedimiento. Aplicación. Pensión en habitación compartida <b>Excluye:</b> Anestesia.   |
| 01.07.02 | PANARTERIOGRAFÍA CEREBRAL POR CATETERISMO                  | <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos, Derechos de Hemodinámica, Prácticas de Rx , Medicamentos, Sustancia de Contraste y Material Descartable específico. <b>Excluye:</b> Cualquier otro procedimiento adicional. Anestesia, TAC, RMN. <b>Observaciones:</b> En caso de complicaciones se factura toda la internación por prestación.  |
| 08.07.23 | PAPILOESFINTEROTOMÍA ENDOSCÓPICA CON EXTRACCIÓN DE CÁLCULO | <b>Incluye:</b> Pensión, Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponde al 40% del total del modulo), Medicamentos, canastilla y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.  |
| 23.50.07 | PDF (PRODUCTO DEGRADACION DE FIBRINOGENO)                  | Sugerencia: De acuerdo a necesidad en estudio de sangrado y/o coagulopatías.   |
| 20.05.01 | PH METRÍA ESOFÁGICA EN LACTANTES                           | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 24.10.05 | PLASMAFERESIS  | <b>Incluye:</b> 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. <b>Excluye:</b> Alburnima Humana. Sangre. Plasma o Derivados.  |
| 28.50.02 | POLIGRAFÍA RESPIRATORIA                                    | <b>Indicación:</b> SAHO (Síndrome de Apneas Obstructivas del Sueño). Sólo por Neumólogo con especialización en Medicina del Sueño. <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos   |
| 20.01.35 | POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA                          | <b>Incluye:</b> Pensión, Videocolonofibroscoopia diagnóstica (VCC). Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponden al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.  |
| 20.01.34 | POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA                          | <b>Incluye:</b> Pensión, Videoesofagogastroduodenofibroscoopia diagnóstica (VEDA). Uso de endoscopio e instrumental inherente a la práctica, Honorarios médicos (corresponden al 40% del total del modulo), Medicamentos y Materiales descartables. <b>Excluye:</b> Honorarios anestesia, Elementos médicos específicos de acuerdo a patología según normativas IAPOS.   |
| 29.02.02 | POLISOMNOGRAFÍA  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Incluye calibración de CPAP   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 29.01.11 | POTENCIALES EVOCADOS                                     | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 14.50.01 | PRICK TEST   | <b>Incluye:</b> Honorarios + Gastos + Materiales.   |
| 18.50.80 | PUNCIÓN BIOPSIA DE OVARIO BAJO ECOGRAFÍA                 | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Excluye:</b> Anatomía Patológica.   |
| 18.50.81 | PUNCIÓN BIOPSIA DE PRÓSTATA BAJO ECOGRAFÍA               | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Excluye:</b> Anatomía Patológica.   |
| 18.50.82 | PUNCIÓN BIOPSIA DE TIROIDES BAJO ECOGRAFÍA               | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Excluye:</b> Anatomía Patológica.   |
| 18.90.01 | PUNCIÓN BIOPSIA ESTEREOTÁXICA INTRA-AXIAL GUIADA POR TAC | <b>Incluye:</b> Honorarios neurocirugía, derechos, medicamentos y descartables. <b>Excluye:</b> Pensión, anatomía patológica, cultivos. Alquiler marco estereotáxico por parte de la Institución Prestadora: MAR/23 36.478, MAY/23 \$ 38.931 Y JUL/23 \$ 40.770 y Aguja de punción: MAR/23 \$ 19.295, MAY/23 \$ 20.592 Y JUL/23 \$ 21.565). |
| 34.90.01 | PUNCIÓN BIOPSIA PERCUTÁNEA POR TAC                       | <b>Incluye:</b> Honorarios médicos, Derechos, Medicamentos y Material Descartable, Aguja. <b>Excluye:</b> Anatomía Patológica, pensión en habitación compartida.  |
| 18.50.83 | PUNCIÓN BIOPSIA RENAL BAJO ECOGRAFÍA                     | <b>Incluye:</b> Honorarios médicos, Derechos, Medicamentos y Material Descartable, Aguja. <b>Excluye:</b> Anatomía Patológica, pensión en habitación compartida.  |
| 18.50.84 | PUNCIÓN DE MAMA BAJO ECOGRAFÍA                           | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos, por mama, por lesión <b>Excluye:</b> Anatomía Patológica.  |
| 06.50.02 | PUNCIÓN ESTEREOTÁXICA DE MAMA                            | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos, por mama, por lesión <b>Excluye:</b> Anatomía Patológica.  |
| 38.90.03 | PUNCIÓN LUMBAR CON QUIMIOTERAPIA INTRATECAL              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Aguja de Punción. <b>Excluye:</b> Pensión en habitación compartida. Medicamentos Oncológicos a cargo de lapos.   |
| 38.90.07 | PUNCIÓN LUMBAR DIAGNÓSTICA                               | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Aguja de Punción. Sala de recuperación. <b>Excluye:</b> Estudio de LCR.  |
| 06.50.05 | PUNCIÓN MAMOGRÁFICA CON SISTEMA ATEC / SUROS             | <b>Criterios de autorización:</b> biopsia nódulos mamarios definidos, como opción no quirúrgica. <b>Incluye:</b> Honorarios y derechos. Aguja ATEC <b>Excluye:</b> Anatomía patológica. Anestesia.  |
| 38.90.01 | QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA                                | <b>Incluye:</b> Honorarios Médicos, Derechos, Uso de bomba infusora. Pensión (Sillón). <b>Excluye:</b> Medicamentos Oncológicos (a cargo de lapos).   |
| 38.90.02 | QUIMIOTERAPIA EN INTERNACIÓN                             | <b>Incluye:</b> Honorarios Médicos, Derechos, Uso de bomba infusora. <b>Excluye:</b> Pensión en habitación compartida . Medicamentos Oncológicos a (cargo de lapos).  |
| 35.90.07 | RADIONEUROCIROLOGÍA ESTEREOTAXICA                        | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Medicamentos y Materiales Descartables inherentes al procedimiento. Simulación, Planificación, Radiografías, Tac y Aplicaciones. Pensión en habitación compartida. <b>Excluye:</b> Anestesia.  |
| 35.03.05 | RADIOTERAPIA TRIDIMENSIONAL CONFORMADA                   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Simulación, Planificación, Radiografías, Tac y Aplicaciones. <b>Excluye:</b> Anestesia. Toda otra prestación no expresamente incluida.   |
| 15.02.01 | RECEPTORES CON TÉCNICA INMUNOHISTOQUÍMICA                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 20.01.26 | RECTOSIGMOIDEOFIBROSCOPIA                                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Uso de video.  |
| 31.01.23 | RINOSINUSOFIBROSCOPIA DIAGNÓSTICA                        | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |



**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

| <b>TODAS LAS RMN QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN INCLUYEN BAJO Y ALTO CAMPO MAGNÉTICO (Mayor a 1,5T)</b> |  |  |
|---|--|--|
| 34.50.55  | RMN CARDIACA FUNCIONAL                               | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.69  | RMN CARDIACA FUNCIONAL CON CONTRASTE                 | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |
| 34.20.01  | RMN CEREBRAL   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.70  | RMN CEREBRAL CON CONTRASTE                           | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |
| 34.20.08  | RMN COMPLETA DE ABDOMEN                              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.71  | RMN COMPLETA DE ABDOMEN CON CONTRASTE                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |
| 34.20.14  | RMN DE ARTICULACIONES                                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.72  | RMN DE ARTICULACIONES CON CONTRASTE                  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |
| 34.20.13  | RMN DE COLUMNA 1 REGIÓN                              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.73  | RMN DE COLUMNA 1 REGIÓN CON CONTRASTE                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |
| 34.50.65  | RMN DE COLUMNA 2 REGIONES                            | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.74  | RMN DE COLUMNA 2 REGIONES CON CONTRASTE              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |
| 34.50.66  | RMN DE COLUMNA 3 REGIONES                            | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.75  | RMN DE COLUMNA 3 REGIONES CON CONTRASTE              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |
| 34.50.56  | RMN DE PARTES BLANDAS (BRAZO - MUSLO)                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.76  | RMN DE PARTES BLANDAS (BRAZO - MUSLO) CON CONTRASTE  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |
| 34.50.52  | RMN DE PELVIS  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.77  | RMN DE PELVIS CON CONTRASTE                          | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |
| 34.20.11  | RMN DE VEJIGA Y PRÓSTATA                             | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.78  | RMN DE VEJIGA Y PRÓSTATA CON CONTRASTE               | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |
| 34.50.62  | RMN GINECOLÓGICA                                     | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.79  | RMN GINECOLÓGICA CON CONTRASTE                       | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |
| 34.20.09  | RMN HEPATOBILIAR ESPLÉNICO PANCREÁTICA               | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.80  | RMN HEPATOBILIAR ESPLÉNICO PANCREÁTICA CON CONTRASTE | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |
| 34.50.51  | RMN MAMARIA  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.                       |
| 34.50.81  | RMN MAMARIA CON CONTRASTE                            | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |                                  |   |
|----------|----------------------------------|---|
| 34.50.64 | RMN OFTALMOLÓGICA                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 34.50.82 | RMN OFTALMOLÓGICA CON CONTRASTE  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste  |
| 34.50.63 | RMN OIDO                         | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 34.50.83 | RMN OIDO CON CONTRASTE           | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste  |
| 34.50.54 | RMN OTRAS REGIONES               | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 34.50.84 | RMN OTRAS REGIONES CON CONTRASTE | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste  |
| 34.50.57 | RMN RENAL                        | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 34.50.85 | RMN RENAL CON CONTRASTE          | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste  |
| 34.50.50 | RMN SUPRARRENAL                  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 34.50.86 | RMN SUPRARRENAL CON CONTRASTE    | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste  |
| 34.20.10 | RMN TORÁCICA                     | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 34.50.87 | RMN TORÁCICA CON CONTRASTE       | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste  |
| 34.51.01 | RMI ABDOMEN CON DIFUSIÓN         | <b>Indicaciones:</b> CA de recto irradiado y/o con tto quirúrgico: para Diag./Dif. de recidiva local vs. engrosamiento inflamatorio postquirúrgico o actínico. CA de útero irradiado sin tratamiento quirúrgico: para Diag./Dif. de recidiva local vs. lesión cicatrizal actínica. Caracterización de lesiones en pacientes con contraindicación de contraste EV (ej. insuficiencia renal). Para el resto de las patologías oncológicas existen diferentes estudios por imágenes con mayor utilidad clínica (ej. toma de biopsia, PET, etc). <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la patología a evaluar. Estudio por Imagen previo (TAC/RMN/ECO) que objetive la lesión a evaluar. |
| 34.51.02 | RMI DE PELVIS CON DIFUSIÓN       | <b>Indicaciones:</b> CA de recto irradiado y/o con tto quirúrgico: para Diag./Dif. de recidiva local vs. engrosamiento inflamatorio postquirúrgico o actínico. CA de útero irradiado sin tratamiento quirúrgico: para Diag./Dif. de recidiva local vs. lesión cicatrizal actínica. Caracterización de lesiones en pacientes con contraindicación de contraste EV (ej. insuficiencia renal). Para el resto de las patologías oncológicas existen diferentes estudios por imágenes con mayor utilidad clínica (ej. toma de biopsia, PET, etc). <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la patología a evaluar. Estudio por Imagen previo (TAC/RMN/ECO) que objetive la lesión a evaluar. |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |                                  |   |
|----------|----------------------------------|---|
| 34.51.03 | RMN DE PELVIS DINÁMICA           | <p><b>Indicaciones:</b> El examen clínico es suficiente en la evaluación de la mayoría de las disfunciones del piso pelviano, ya sea incontinencia urinaria de esfuerzo o incontinencia anal. Las guías de práctica clínica condicionan su uso al compartimento medio o posterior, aunque sin establecer superioridad ante otros estudios por imágenes. Podría tener algún beneficio, por lo que se cubrirá evaluando previamente cada caso: Compartimento anterior: sospecha de hipermotilidad uretral (como causa de incontinencia urinaria). Compartimento medio: valorar gravedad de prolapso vaginal y de cuello de útero con el esfuerzo. Compartimento posterior: valorar gravedad del rectocele (mide profundidad de la protrusión de la pared rectal con el esfuerzo defecatorio).<br/> <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la patología. Estudios de laboratorio y de imágenes previos.</p>  |
| 34.51.04 | ENTEROGRAFIA POR RMN             | <p>La ERM tiene un rendimiento diagnóstico similar a la TAC en la Enfermedad de Crohn.<br/> <b>Indicaciones:</b> Evaluar extensión y gravedad en enfermedad de Crohn al diagnóstico o reactivaciones. Seguimiento de enfermedad de Crohn en pacientes asintomáticos con reactantes de fase aguda elevados, luego de estudios endoscópicos. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la patología. Estudios de laboratorio con reactantes de fase aguda. Estudios por imágenes previos (endoscopías).</p>  |
| 34.51.05 | RMN MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA | <p><b>Indicaciones:</b> Pacientes con biopsia prostática trans-rectal negativa y PSA en aumento, con la finalidad de detectar zonas sospechosas y posteriormente realizar biopsias guiadas por ecografía, con tomas dirigidas. Pacientes prostatectomizados con recaída bioquímica (PSA 0,2-2 ng/ml), con la finalidad de evaluar la fosa prostática y detectar focos de recaída local, si no se cuenta con PET/CT Colina. Pacientes candidatos a tratamiento con intención curativa de Riego intermedio/alto: Con la finalidad de excluir o confirmar la extensión extracapsular en este grupo, donde el riesgo de la misma es significativo. <b>Requisitos:</b> Pedido médico original. Edad menor a 75 años. Progresión del PSA en 2 determinaciones con 3 meses de diferencia como mínimo y valores entre 4 y 10 ng/dl. con Tacto Rectal normal. Uro cultivo y Espermocultivo (-) a gérmenes específicos e inespecíficos. Análisis de orina sin cristaluria. Pacientes con biopsia previa negativa y progresión de PSA. Pacientes en Vigilancia Activa por CA de próstata de bajo grado, 1 vez al año. Nota: No se autorizará como método de Screenig, ni estadificación loco regional.</p> |
| 34.51.06 | RMN DE CRÁNEO CON DIFUSIÓN       | <p><b>Indicaciones:</b> Evaluación de criterio de trombolisis en ACV isquémico en etapa aguda. Sospecha de patología desmielinizante en SNC, solo en los casos que otros estudios por imágenes no arriben al diagnóstico. Sospecha de encefalitis, solo en los casos que otros estudios por imágenes no arriben al diagnóstico. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la patología. Estudios de laboratorio y de imágenes previos.</p>   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 34.51.07 | RMN DE CRÁNEO CON PERFUSIÓN                              | <b>Indicaciones:</b> Evaluación de criterio de trombolisis en ACV isquémico en etapa aguda. Sospecha de patología desmielinizante en SNC, en los casos que otros estudios por imágenes no arriben al diagnóstico. Sospecha de encefalitis, en los casos que otros estudios por imágenes no arriben al diagnóstico. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la patología. Estudios de laboratorio y de imágenes previos.  |
| 34.51.08 | RMN DE CRÁNEO CON ESPECTROSCOPIA                         | Si bien la espectroscopía podría ayudar a distinguir una lesión maligna de una benigna, su precisión no es tan elevada como para evitar una biopsia cerebral. Su uso rutinario en el estudio de una masa cerebral retrasaría el diagnóstico. <b>Indicaciones:</b> Diagnóstico diferencial de lesión expansiva cerebral profundas o de difícil abordaje para la biopsia esterotáxica. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la prestación. Estudio por imagen previo. |
| 34.51.09 | RMN DE CRÁNEO CON TRACTOGRAFIA                           | <b>Indicaciones:</b> Diagnóstico de tumores de Tronco Encefálico (neoplasias gliales difusas). <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la patología. Estudio por imagen previo.  |
| 34.51.10 | RMN DE CRÁNEO CON EVALUACIÓN MOTORA Y LENGUAJE           | <b>Indicaciones:</b> Evaluación de área elocuente en epilepsia refractaria en candidatos a lobectomía temporal. Tumores temporoparietales. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la prestación (donde consten todos los antiepilépticos indicados) + EEG. Estudio por imagen previo.   |
| 34.51.11 | RMN DE CRÁNEO CON DOS O MÁS DE DOS TÉCNICAS ESPECIALES   | <b>Incluye:</b> Difusión, Perfusión, Espectroscopía, Tractografía, evaluación Área Elocuente, o cualquier otra técnica que se requiera en RMN cerebral.   |
| 34.51.21 | MODULO TECNICAS ESPECIALES EN IMAGENES                   | <b>Incluye:</b> Difusión, Perfusión, Espectroscopía, Tractografía. Este código se utilizará cuando se superpongan los módulos de estudios que se realicen en un mismo acto y tengan incluidos la misma técnica (Se aceptará la facturación de hasta dos técnicas).  |
| 34.51.22 | RMN DE ENCÉFALO CON DINAMICA DE LCR                      | <b>Indicación:</b> Hidrocefalia normotensiva: para evaluar conducta diagnóstico/terapéutica cuando no pudo evaluarse con RMN de encéfalo+cisternografía radioisotópica + punción evacuadora. Solicitud por neurocirujano.   |
| 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) | <b>Sugerencia:</b> Uno por día por cuatro días. Luego sigue con esquema de seguimiento de anticoagulación oral.   |
| 23.50.10 | SEGUIMIENTO ANTICOAGULACION HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR | <b>Incluye:</b> 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.  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|  |  |  |
|--|--|--|
| 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                                 | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 06.50.03   | SENOGRAFÍA AMPLIADA Y FOCALIZADA UNILATERAL                                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 03.90.06   | SINUSOTOMÍA + SEPTUMPLASTIA POR VIDEO                                      | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Uso de video.   |
| 03.05.17   | SINUSOTOMÍA CON FIBRA ÓPTICA Y VIDEOSCOPIA                                 | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Uso de video.   |
| <b>TODAS LAS TAC SEGÚN PATOLOGÍA A ESTUDIAR, INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE CORTES O SLICES</b> |  |  |
| 34.10.01   | TAC CEREBRAL   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 34.10.03   | TAC CEREBRAL DE CONTROL (CON O SIN REFUERZO)                               | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 34.50.88   | TAC CEREBRAL CON CONTRASTE   | Incluye: Honorarios y Gastos. Material de contraste.   |
| 34.10.08   | TAC COMPLETA ABDOMEN   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 34.50.89   | TAC COMPLETA ABDOMEN CON CONTRASTE   | Incluye: Honorarios y Gastos. Material de contraste.   |
| 34.10.13   | TAC DE COLUMNA 1 REGIÓN  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la prestación, informe e imágenes de estudios previos realizados, que justifiquen la solicitud.  |
| 34.50.90   | TAC DE COLUMNA CON CONTRASTE 1 REGIÓN                                      | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la prestación, informe e imágenes de estudios previos realizados, que justifiquen la solicitud.  |
| 34.10.12   | TAC DE OTROS ORGANOS O REGIONES  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 34.50.91   | TAC DE OTROS ORGANOS O REGIONES CON CONTRASTE                              | Incluye: Honorarios y Gastos. Material de contraste.   |
| 34.10.07   | TAC GINECOLOGICA   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 34.50.92   | TAC GINECOLOGICA CON CONTRASTE   | Incluye: Honorarios y Gastos. Material de contraste.   |
| 34.10.09   | TAC HEPATOBILIAR, ESPLÉNICA, PANCREÁTICA, RENAL, SUPRARRENAL               | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 34.50.93   | TAC HEPATOBILIAR, ESPLÉNICA, PANCREÁTICA, RENAL, SUPRARRENAL CON CONTRASTE | Incluye: Honorarios y Gastos. Material de contraste.   |
| 34.10.06   | TAC MAMARIA  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 34.50.94   | TAC MAMARIA CON CONTRASTE  | Incluye: Honorarios y Gastos. Material de contraste.   |
| 34.10.04   | TAC OFTALMOLOGICA  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos .  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 34.50.95 | TAC OFTALMOLOGICA CON CONTRASTE                        | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste.   |
| 34.10.05 | TAC TIROIDEA   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos .   |
| 34.50.95 | TAC TIROIDEA CON CONTRASTE                             | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste.   |
| 34.10.10 | TAC TORACICA   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos .   |
| 34.50.96 | TAC TORACICA CON CONTRASTE                             | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste.   |
| 34.10.11 | TAC VEJIGA Y PROSTATA                                  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos .   |
| 34.50.97 | TAC VEJIGA Y PROSTATA CON CONTRASTE                    | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Material de contraste.   |
| 34.51.12 | MIELO TAC  | <b>Indicaciones:</b> Pacientes con contraindicaciones de realizar RMI de columna. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la patología. Estudios de laboratorio y de imágenes previos.   |
| 34.51.13 | COLONOGRAFÍA POR TAC MULTISLICE (COLONOSCOPIA VIRTUAL) | <b>Indicaciones:</b> Estenosis infranqueable con endoscopio. 2 videocolonofibroscopías previas incompletas. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la prestación. VCC previas que acrediten la indicación. <b>No indicado:</b> Antecedentes de cáncer colonico o pólipos. Antecedentes familiares de poliposis o cáncer de colon. EII. Diverticulitis aguda.  |
| 34.51.14 | TAC DE COLUMNA 2 REGIONES                              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la prestación, informe e imágenes de estudios previos realizados, que justifiquen la solicitud.   |
| 34.51.15 | TAC DE COLUMNA 3 REGIONES                              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la prestación, informe e imágenes de estudios previos realizados, que justifiquen la solicitud.   |
| 34.51.16 | TAC DE COLUMNA CON CONTRASTE 2 REGIONES                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la prestación, informe e imágenes de estudios previos realizados, que justifiquen la solicitud.   |
| 34.51.17 | TAC DE COLUMNA CON CONTRASTE 3 REGIONES                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la prestación, informe e imágenes de estudios previos realizados, que justifiquen la solicitud.   |
| 34.51.18 | TAC OSTEOARTICULAR CON RECONSTRUCCIÓN 3D               | Solo se justificará solicitud de reconstrucción 3D para las siguientes indicaciones: Fracturas complejas de acetábulo que requieran minuciosa evaluación preoperatoria. Fracturas complejas de la pelvis (más de 3 fragmentos). Displasias de pelvis o cadera. Fracturas multifragmentarias de columna que requieran minuciosa evaluación prequirúrgica. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la prestación, informe e imágenes de estudios previos realizados, que justifiquen la solicitud. |
| 34.51.19 | ANGIO TAC CORONARIA (CORONARIOGRAFÍA NO INVASIVA)      | <b>Indicaciones:</b> Sospecha de fistula coronaria. Sospecha de nacimiento anómalo coronario. <b>Requisitos:</b> Resumen de historia clínica orientado a la prestación. Estudios por imágenes previos.  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 34.51.20 | UROGRAFIA POR TAC  | <b>Indicaciones:</b> Malformación congénita renal. Malformación congénita vascular renal. Tumores con invasión a vasos renales. <b>Requisitos:</b> Resumen HC orientado a la prestación. Ecografía (sin definición dgca).  |
| 35.01.02 | TELECOBALTOTERAPIA POR SESIÓN  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos .  |
| 17.50.01 | TEST DE CAMINATA 6´  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos .  |
| 17.50.02 | TEST DE CAMINATA 6´ CON OXÍGENO  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos .  |
| 28.50.03 | TEST DE VASOREACTIVIDAD PULMONAR C/REGISTRO DE RESISTENCIA Y PRESIONES | <b>Criterios de autorización:</b> para valoración de estrategia terapéutica en HTP 1a (excepcional// 2a) <b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida. Evaluación pre, intra y post-procedimiento. Honorarios médicos. Medicamentos y descartables inherentes a la práctica. <b>Excluye:</b> Anestesia. Droga (ampollas de adenosina). |
| 17.01.19 | TILT TEST  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos .  |
| 03.90.08 | TIMPANOPLASTIA   | <b>Incluye:</b> honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos, descartables. <b>Excluye:</b> Anestesia, elementos protésicos (diabolo a cargo de IAPOS) y sala de recuperación.   |
| 03.90.09 | TIMPANOPLASTIA + MASTOIDES   | <b>Incluye:</b> honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos, descartables. <b>Excluye:</b> Anestesia, elementos protésicos (diabolo a cargo de IAPOS) y sala de recuperación.   |
| 34.50.20 | TOMOGRFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET-CT) - SANTA FE                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Excluye:</b> El material radioactivo F18-FDG (26.76.01) y F18-Colina (26.76.02) se facturará a valor CEDIM Interior.   |
| 34.50.21 | TOMOGRFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET-CT) - ROSARIO                 | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Excluye:</b> El material radioactivo F18-FDG (26.76.03) y F18-Colina (26.76.04) se facturará a valor CEDIM Interior.   |
| 35.03.01 | TRATAMIENTO CON ACELERADOR LINEAL X SESION                             | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos .  |
| 13.90.06 | TRATAMIENTO DEL QUEMADO - SESIÓN BALNEOTERAPIA                         | Su uso se adecua según gravedad de la quemadura por clasificación de Benain y evolución. Cada consumo deberá estar debidamente documentado en la indicación médica, evolución y hoja de enfermería.  |
| 07.90.24 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE COARTACIÓN DE AORTA                        | <b>REQUISITOS:</b> RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ORIENTADO A LA PRESTACIÓN. ECOCARDIOGRAMA DOPPLER-ANGIO TAC O RMN CON MEDICIONES E INFORME. <b>Incluye:</b> honorarios y gastos.  |
| 36.90.06 | URETEROLITOTRICA ENDOSCÓPICA   | <b>Incluye:</b> Honorarios, Gastos y materiales específicos.   |
| 36.01.02 | URETROCISTOFIBROSCOPIA   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos .  |
| 36.01.08 | URETROCISTOURETEROFIBROSCOPIA CON VIDEO                                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Uso de video.   |
| 36.90.03 | URETRORENOSCOPIA INFERIOR  | <b>Incluye:</b> Honorarios.  |
| 36.90.04 | URETRORENOSCOPIA MEDIA   | <b>Incluye:</b> Honorarios.  |
| 36.90.05 | URETRORENOSCOPIA SUPERIOR  | <b>Incluye:</b> Honorarios.  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 34.50.60 | URORESONANCIA   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos .   |
| 20.90.11 | USO DE ARGÓN PLASMA   | <b>Indicaciones:</b> Lesiones vasculares o angiodisplasias con signo de sangrado activo severo en estómago, colon y recto - Ectasia vascular antral gástrica - Proctitis actínica <b>Requisitos:</b> Se deberá adjuntar historia clínica justificando el pedido describiendo características de la lesión y tamaño, con informe de estudios endoscópicos previos. <b>Incluye:</b> Honorarios – Derechos - Uso de aparatología, 1/3 de la sonda/catéter y elementos específicos <b>Excluye:</b> Endoscopía - Anestesia - Medicamentos - Sala de recuperación.  |
| 38.50.03 | USO DE MICROSCOPIO  | <b>Incluye:</b> Gastos.   |
| 07.90.04 | VALVULOPLASTIA AÓRTICA CON BALÓN O PROTESIS (IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATETER – TAVI) | <b>INDICACIONES:</b> ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA CON INDICACIÓN DE TRATAMIENTO INVASIVO CON RIESGO QUIRÚRGICO ALTO DETERMINADO POR AL MENOS 2 SCORES VALIDADOS (Adjuntar PRINT COMPLETO de cada score y todos los estudios que objetiven las variables incorporadas en los mismos) O MAL CANDIDATO QUIRÚRGICO POR OTRAS VARIABLES NO CONTEMPLADAS EN LOS SCORES (documentar Aorta en porcelana o Historia de Irradiación o cirugía torácica). EXPECTATIVA DE VIDA > 1 AÑO. DEBE DETERMINARSE CALIDAD DE VIDA ACTUAL DEL PACIENTE E IMPACTO EN SU MEJORÍA CON EL PROCEDIMIENTO; INDEPENDENCIA EN ABVD (Actividades básicas de la vida diaria). Incluir escalas acordes a las comorbilidades crónicas de cada paciente con especial atención en lo que respecta a fragilidad y esfera cognitiva, todo lo cual será evaluado por auditoria medica y podra requerir información adicional que considere pertinente. <b>REQUISITOS:</b> <b>RESUMEN HISTORIA CLINICA</b> orientado a la prestación con evaluación por Heart Team (con firma y sello de todos integrantes) donde se avale lo solicitado, expresando claramente los motivos de la no resolución por via quirúrgica convencional. <b>SCORES DE RIESGO QUIRÚRGICO:</b> ArgenScore, STS score o Euroscore impresos. Deben ejecutarse on line (pagina web especifica) y se deben imprimir en forma completa. Adjuntar todos los estudios que respalden las variables incorporadas en el calculo de los mismos (informes de laboratorio, estudios de iamgenes, otros) que llevaron a esa estratificación de riesgo quirúrgico. Ecocardiograma Doppler y Cateterismo que documente grado de estenosis aórtica y enfermedad coronaria asociada. Estudio de fragilidad y test neurocognitivo. <b>INCLUYE:</b> Honorarios equipo interviniente, derechos hemodinamia, gastos, medicamentos y descartables inherentes al procedimiento. <b>EXCLUYE:</b> honorarios anestesia, Eco-doppler intra-esofágico, prestaciones derivadas de complicaciones del procedimiento (por cartera prestacional), válvula percutánea (provista por IAPOS). |



**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 01.03.10 | VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA ACRÍLICA         | <b>Incluye:</b> Uso de aparato. Honorarios Médicos. Gastos Sanatoriales. <b>Excluye:</b> Anestesia. Tac diagnóstica, Tac de control, pensión en habitación compartida. Complicaciones. Set de vertebroplastia a cargo de IAPOS <b>Observaciones:</b> En caso de dos (2) Vértebras, se factura el 100% de la primer vértebra + el 50% de la segunda vértebra.   |
| 20.01.24 | VIDEOCOLONOFIBROSCOPIA (VCC)                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Uso de video. <b>Excluye:</b> Sala de Recuperación (1/6 valor pensión cuando se utilice). Anestesia. Medicamentos anestésicos y descartables.   |
| 20.50.03 | VIDEODEGLUCIÓN                              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Uso de video.   |
| 29.50.01 | VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA POR TELEMETRIA    | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Uso de video.   |
| 20.01.22 | VIDEOESOFAGOGASTRODUODENOFIBROSCOPIA (VEDA) | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Uso de video. <b>Excluye:</b> Sala de Recuperación (1/6 valor pensión cuando se utilice). Anestesia. Medicamentos anestésicos y descartables.   |
| 11.05.02 | VIDEOHISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Uso de video.   |
| 11.05.03 | VIDEOHISTEROSCOPIA TERAPÉUTICA              | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. ASA. <b>Excluye:</b> Pensión en habitación compartida. Anestesia. Medicamentos y Descartables   |
| 11.90.01 | VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLOGICA DIAGNOSTICA  | <b>Indicaciones:</b> Cuadros pelvianos agudos sin diagnóstico de certeza <b>Incluye:</b> Pensión hasta 1 día. 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), Medicamentos. Las complicaciones devenidas la práctica realizada estarán a cargo del prestador, hasta dentro de los 15 días, de acuerdo al concepto de "PATOLOGÍA RESUELTA". Esto incluye eventuales drenajes percutáneos de colecciones post operatorias (con Materiales necesarios), reoperaciones, materiales descartables y demás elementos que estarán a cargo del equipo que intervino al paciente. <b>Excluye:</b> ANATOMIA PATOLOGICA DE LA/S PIEZA/S QUIRURGICA/S (las Diferidas, no así las intraoperatorias que incluyan congelación) MATERIAL DESCARTABLE: UN (1) SOBRE DE MATERIAL IRREABSORBIBLE, MONOFILAMENTO, DE NYLON, PARA LA SÍNTESIS DE LA PIEL EN LOS SITIOS DE INGRESO DE LOS TRÓCARES A VALORES CONVENIDOS Y TRES (3) LIGACLIPS SISE JUSTIFICA SU UTILIZACION. 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. |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 11.90.03 | VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLOGICA TERAPEUTICA COMPLEJA | <p><b>Indicaciones:</b> Tumor de ovario. Miomatosis uterina. Histerectomía o Anexo Histerectomía</p> <p><b>Incluye:</b> Pensión hasta 3 días. 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), Medicamentos. Las complicaciones devenida la práctica realizada estarán a cargo del prestador, hasta dentro de los 15 días, de acuerdo al concepto de "PATOLOGÍA RESUELTA". Esto incluye eventuales drenajes percutáneos de colecciones post operatorias (con Materiales necesarios), reoperaciones, materiales descartables y demás elementos que estarán a cargo del equipo que intervino al paciente.</p> <p><b>Excluye:</b> ANATOMIA PATOLOGICA DE LA/S PIEZA/S QUIRURGICA/S (las Diferidas, no así las intraoperatorias, que incluyan congelación) MATERIAL DESCARTABLE: UN (1) SOBRE DE MATERIAL IRREABSORBIBLE, MONOFILAMENTO, DE NYLON, PARA LA SÍNTESIS DE LA PIEL EN LOS SITIOS DE INGRESO DE LOS TRÓCARES A VALORES CONVENIDOS Y 3 (TRES) LIGACLIPS HONORARIOS ANESTESIA. Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS.</p> <p><b>Observaciones:</b> En cirugías de urgencia las practicas no incluidas en el módulo se facturan fuera de módulo por prestación.</p>   |
| 11.90.02 | VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLOGICA TERAPEUTICA SIMPLE   | <p><b>Indicaciones:</b> Embarazo ectópico. Endometriosis. Quiste ovario con complicaciones (hemorrágico, sangrante, infectado). Adherencias pelvianas que compliquen la cirugía convencional</p> <p><b>Incluye:</b> Pensión hasta 1 día. 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), Medicamentos. Las complicaciones devenida la práctica realizada estarán a cargo del prestador, hasta dentro de los 15 días, de acuerdo al concepto de "PATOLOGÍA RESUELTA". Esto incluye eventuales drenajes percutáneos de colecciones post operatorias (con Materiales necesarios), reoperaciones, materiales descartables y demás elementos que estarán a cargo del equipo que intervino al paciente.</p> <p><b>Excluye:</b> ANATOMIA PATOLOGICA DE LA/S PIEZA/S QUIRURGICA/S (las Diferidas, no así las intraoperatorias que incluyan congelación) MATERIAL DESCARTABLE: UN (1) SOBRE DE MATERIAL IRREABSORBIBLE, MONOFILAMENTO, DE NYLON, PARA LA SÍNTESIS DE LA PIEL EN LOS SITIOS DE INGRESO DE LOS TRÓCARES A VALORES CONVENIDOS Y 3 (TRES) LIGACLIPS HONORARIOS ANESTESIA. Suturas mecánicas de acuerdo a patología según normativas IAPOS.</p> <p><b>Observaciones:</b> En cirugías de urgencia las practicas no incluidas en el módulo se facturan fuera de módulo por prestación.</p> |
| 29.50.02 | VIDEONISTAGMOGRAFÍA                                 | <p><b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Uso de video.</p>  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |                                       |  |
|----------|---------------------------------------|--|
| 28.90.01 | VIDEOTORACOSCOPIA TERAPÉUTICA GRUPO 1 | <p><b>Indicación:</b> Diagnóstica-Biopsia Pulmonar, Mediastinal, Pleural Pleurodesis. Tratamiento de Neumotorax recidivado. <b>Incluye:</b> uso de laparoscopia e instrumental inherente a la práctica (bisturí monopolar, bipolar, armónico), honorarios médicos (60% del valor del módulo), medicamentos y materiales descartables inherentes al procedimiento: trocares, drenajes, suturas no mecánicas, sistemas retractores y protectores de pared. Incluye Toracocentesis. <b>Excluye:</b> Anatomía Patológica, Insumos específicos de hemostasia (BERIPLAST SPONGOSTAN, etc.) cuando sean justificados su utilización. Pension, Honorarios de Anestesia, Suturas Mecanicas Auto-Suturas de acuerdo a la patología y en todo de acuerdo a las Normativas y protocolos de de IAPOS, vigentes y que figuren en la pagina oficial del instituto, en cuanto a tipo y numero.</p> |
| 28.90.04 | VIDEOTORACOSCOPIA TERAPÉUTICA GRUPO 2 | <p><b>Indicación:</b> Nodulectomias, Segmentectomias en todas sus variedades, Lobectomias en todas sus variedades. <b>Incluye:</b> uso de laparoscopia e instrumental inherente a la práctica (bisturí monopolar, bipolar, armónico), honorarios médicos (60% del valor del módulo), medicamentos y materiales descartables inherentes al procedimiento: trocares, drenajes, suturas no mecánicas, sistemas retractores y protectores de pared. Incluye Toracocentesis. <b>Excluye:</b> Anatomía Patológica, Insumos específicos de hemostasia (BERIPLAST SPONGOSTAN, etc.) cuando sean justificados su utilización. Pension, Honorarios de Anestesia, Suturas Mecanicas Auto-Suturas de acuerdo a la patología y en todo de acuerdo a las Normativas y protocolos de de IAPOS, vigentes y que figuren en la pagina oficial del instituto, en cuanto a tipo y numero.</p>          |
| 28.90.05 | VIDEOTORACOSCOPIA TERAPÉUTICA GRUPO 3 | <p><b>Indicación:</b> Neumonectomias, Esofagectomia Total. <b>Incluye:</b> uso de laparoscopia e instrumental inherente a la práctica (bisturí monopolar, bipolar, armónico), honorarios médicos (60% del valor del módulo), medicamentos y materiales descartables inherentes al procedimiento: trocares, drenajes, suturas no mecánicas, sistemas retractores y protectores de pared. Incluye Toracocentesis. <b>Excluye:</b> Anatomía Patológica, Insumos específicos de hemostasia (BERIPLAST SPONGOSTAN, etc.) cuando sean justificados su utilización. Pension, Honorarios de Anestesia, Suturas Mecanicas Auto-Suturas de acuerdo a la patología y en todo de acuerdo a las Normativas y protocolos de de IAPOS, vigentes y que figuren en la pagina oficial del instituto, en cuanto a tipo y numero</p>   |

**TRATAMIENTOS NEUROVASCULARES**

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 01.90.09 | MODULO DE TROMBOLISIS PARA ACV ISQUEMICO                                      | <p><b>CRITERIOS:</b> ACV isquémico con ventana de hasta 4.5 horas de comenzado los síntomas. Escala de NIHSS entre 4 y 22, realizada por Neurólogo vascular; o paciente con afasia global, independientemente de la valoración en la escala NIHSS. Sin contraindicaciones médicas para TTO de trombolisis endovenosa con r-TPA. <b>Incluye:</b> Honorarios médicos para el Neurólogo vascular o el médico inIntensivista que realice y controle el procedimiento. <b>Excluye:</b> Medicación r-TPA que será facturada con la internación según normas de convenio. Pensión, gastos, estudios complementarios, medicamentos y descartables según valores convenidos.</p>   |
| 01.90.10 | MODULO DE TROMBECTOMIA MECANICA PARA ACV ISQUEMICO                            | <p><b>CRITERIOS:</b> ACV isquémico con compromiso de gran vaso que presenten alguna de estas dos situaciones: Menos de 6 horas de evolución y que tengan contraindicación médica o que estén fuera de ventana terapéutica para el TTO trombolítico. En caso de centros que realicen RMN con Difusión/Perfusión y método Rapid, la ventana terapéutica puede extenderse hasta 12 horas de iniciada la sintomatología. Mala respuesta al TTO trombolítico definido como no mejoría de la sintomatología objetivada por la escala NIHSS luego de 30' de iniciada la infusión de r-TPA o empeoramiento de los síntomas con más de 4 puntos de progresión en la escala NIHSS, respecto al basal, independientemente del tiempo de iniciada la infusión del trombolítico. <b>Incluye: Honorarios NEUROINTERVENCIONISTA:</b> MAR/23 \$ 344.215, MAY/23 \$ 367.355 y JUL/23 \$ 384.710, técnicos. Catéter balón, Microguías. Catéter extractor de trombos. Microcatéteres. Medicamentos. Angiografía digital y medio de contraste. Materiales descartables. Uso y gastos de quirófano. <b>Excluye:</b> Honorarios Médicos para Neurólogo vascular: MAR/23 \$ 32.253, MAY/23 \$ 34.421 Y \$ 36.047 Medicación r-TPA que será facturada con la internación según normas de convenio. Pensión (UTI, Piso) Traslados. Estudios complementarios: TAC, Doppler, Análisi, Transfusiones.</p> |
| 01.90.03 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS CEREBRALES                             | <p><b>Incluye:</b> Medicamentos, Angiografía Digital y medio de contraste. Materiales descartables. Uso y gastos de quirófano / Sala hemodinamia. <b>Honorarios NEUROINTERVENCIONISTA:</b> MAR/23 \$ 344.215, MAY/23 \$ 367.355 y JUL/23 \$ 384.710, técnicos y auxiliares. Microcoils de Platino (cantidad necesaria). <b>Excluye:</b> Honorarios Médico Anestesiólogo. Pensión (UTI, Piso). Traslados. Estudios complementarios: TAC, Doppler, RMN, Análisis, Transfusiones. Según técnica empleada uno de los siguientes (a cargo de IAPOS): Balón Remodeling / Stent Intracraneal / Endoprótesis diversora de flujo.</p>  |
| 01.90.08 | TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMACIONES VASCULARES CEREBRALES (por sesión) | <p><b>Incluye:</b> Medicamentos, Angiografía Digital y medio de contraste. Materiales descartables. Uso y gasto de quirófano / Sala hemodinamia. <b>Honorarios NEUROINTERVENCIONISTA:</b> MAR/23 \$ 344.215, MAY/23 \$ 367.355 y JUL/23 \$ 384.710, técnicos y auxiliares. Material de embolización histoacryl u onix (cantidad necesaria). <b>Catéter balón de oclusión hidrofílico específico TIPO SCEPTER u otros.</b> <b>Excluye:</b> Honorarios Médico Anestesiólogo. Pensión (UTI, Piso). Traslados. Estudios complementarios: TAC, Doppler, RMN, Análisis, Transfusiones.</p>  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

**MÓDULOS ABLACIÓN DE ARRITMIAS CARDIACAS (AAC)**

Estos módulos tratan de agrupar diversas arritmias cardiacas de acuerdo a la complejidad terapéutica creciente relacionado con el sitio de origen de las mismas, accesibilidad al foco arritmogénico, tiempo requerido para su tratamiento, mayor riesgo de complicaciones y mayor utilización de recursos. Los módulos **INCLUYEN**: honorarios y gastos de materiales convencionales y **EXCLUYEN**: pensión (en promedio 1- 2 días de internación), anestesia y materiales específicos de acuerdo a la complejidad de la ablación: set de punción transeptal (1 aguja + 1-2 vainas según arritmia a tratar) para focos arritmogénicos izquierdos cuando no se utilice la vía retrógrada aórtica, sistema de mapeo electro anatómico tridimensional (MEAT) ya sea CARTO® o EnSite® con sus insumos necesarios de acuerdo a arritmia a tratar y sistema a utilizar (catéter lazo –FA-/catéter de ablación irrigado/parche-EnSite®/consola) y sistema de crio-ablación focal (bajo radioscopia) con sus insumos para determinadas arritmias específicas y estudios de imágenes relacionados al tratamiento ablativo (TAC-RMN-ETE-ETT) o prácticas devenidas por complicaciones eventuales del procedimiento (pericardiocentesis-cirugía cardíaca). Estos insumos excluidos serán gestionados para su adquisición por mecanismos de licitación de IAPOS o facturados por fuera del módulo. A efectos de la evaluación por auditoria medica será requerido la siguiente documentación: Solicitud de módulo de AAC correspondiente (1,2 o 3) por médico especialista que realizará el procedimiento, historia clínica completa detallando cuadro clínico actual, antecedentes relevantes de la patología cardiovascular-arrítmica y detalle de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos realizados, ECG basal, registro gráfico que documente arritmia a tratar (ECG/holter), estudios de imágenes que evidencien enfermedad cardíaca estructural (eco/RMN/cámara gamma/otros) y EEF si fue realizado como estrategia diagnóstica previa. Además, se debe adjuntar pedidos de materiales específicos requeridos para la realización de la AAC. Claramente todos estos módulos no contemplan todas las situaciones clínicas-características de un sustrato arritmogénico ablacionable de un paciente particular, pudiendo requerirse, por ejemplo, en caso de arritmias contempladas en el módulo de AAC grupo 1 de materiales específicos (por ej. Sistema de MEAT) inicialmente no contemplados en el módulo pero que es justificable su utilización (por antecedentes cardiológicos, cuadro clínico actual, recidiva o recurrencia arrítmica post ablación o fracaso de la misma con técnica convencional, sustrato complejo, etc.) y requerirán evaluación por auditoria medica específica previa.

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 17.90.04 | MODULO ABLACION DE ARRITMIAS CARDIACAS - GRUPO 1 | Arritmias: <b>Taquicardia paroxística supraventricular</b> (Taquicardia reentrante intranodal AV, Taquicardia reentrante AV por vía accesoria derecha, Taquicardias de la unión no reentrantes, entre otras), <b>Taquicardia Auricular y Aleteo Auricular derecho</b> . Las indicaciones de tratamiento ablativo de estas arritmias se basan en las <b>recomendaciones clase 1</b> de las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de pacientes con taquicardia supraventricular 2019. Fuente de energía- Material específico: <b>Radiofrecuencia</b> . Se reconocerá, por excepción, sistema de <b>Crio-ablación</b> focal con sus insumos correspondientes para sustratos arritmogénicos próximos a Nódulo AV (Vías Accesorias para-hisianas, Taquicardia Reentrante Intranodal AV con alto riesgo de lesión de NAV, Taquicardias Auriculares para-hisianas) sobre todo en niños y adultos jóvenes, los cuales deben ser objetivados con estudios previos (EEF). Se reconoce valor proporcional de <b>catéter de ablación</b> 4/8 mm TIP por: MAR/23 \$ 65.490, MAY/23 \$ 69.893 y JUL/23 \$ 73.195 (actualizable de acuerdo al costo del insumo). |
|----------|--|--|

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 17.90.05 | MODULO ABLACION DE ARRITMIAS CARDIACAS - GRUPO 2 | <p>Arritmias: <b>taquicardia paroxística supraventricular</b> debido a vía/s accesoria/s <b>izquierdas</b>, con indicación de tratamiento ablativo según <b>recomendaciones clase 1</b> de las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de pacientes con taquicardia supraventricular 2019. Fuente de energía: <b>Radiofrecuencia</b>. Materiales específicos excluidos del módulo: <b>1 set de punción transeptal</b> (1 aguja de punción + 1 vaina larga). En caso de tratarse de ablación de vía anómala izquierda en pacientes menores de 18 años o vía anómala ubicada en seno coronario (postero-septales) se reconocerá utilización de <b>catéter de ablación irrigado</b> (para mayor seguridad del procedimiento) agregando al módulo un valor proporcional del catéter de. MAR/23 \$ 87.321, MAY/23 \$ 93.191 y JUL/23 \$ 97.594 (el cual se actualizará de acuerdo al costo del insumo). En el caso de indicación pre-establecida de catéter irrigado, esto debe ser aclarado en el pedido del Módulo de AAC 2 y se adicionara el valor pactado correspondiente reconociéndose valor proporcional de catéter de ablación 4/8 mm TIP por: MAR/23 \$ 65.490, MAY/23 \$ 69.893 y JUL/23 \$ 73.195 (actualizable de acuerdo al costo del insumo).</p> |
|----------|--|--|

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 17.90.06 | MODULO ABLACION DE ARRITMIAS CARDIACAS - GRUPO 3 | <p>Arritmias: comprende un grupo de arritmias con sustrato arritmogenico complejo tanto <b>auriculares</b> (Fibrilación- Taquicardia o aleteo auricular izquierdos) como <b>ventriculares</b> (extrasístoles muy frecuentes-carga &gt;25%- o taquicardia ventricular). <b>A- Fibrilación Auricular:</b> Las indicaciones de tratamiento ablativo de la Fibrilación Auricular se basan en las recomendaciones tipo 1 de las Guías 2017 HRS/EHRA/ECAS/APHRS/SOLAECE en pacientes con tratamiento farmacológico previo. Esto es: Fibrilación auricular <b>paroxística</b> (recomendación 1) sintomática, refractaria o con intolerancia al menos a una medicación antiarrítmica del grupo I o III. Fuente de Energía: <b>Radiofrecuencia</b>. Debido a que la Crio-Ablación no ha demostrado ser superior (eficacia-seguridad) a radiofrecuencia, IAPOS NO contempla actualmente la utilización de Crio-ablación en esta indicación. El uso de Crio-ablación para FA podría ser incorporado en un futuro de acuerdo a los costos diferenciales de las distintas tecnologías para la resolución de la patología. Materiales específicos del módulo: para ablación de FA se reconocerá sistema de MEAT (CARTO® o EnSite® según licitación IAPOS) y set de punción transeptal (1 aguja de punción + 2 vainas largas). <b>B- Taquicardia- Aleteo Auricular Izquierdo:</b> las indicaciones de tratamiento ablativo se basan en las recomendaciones tipo 1 de las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de pacientes con taquicardia supraventricular 2019. Fuente de Energía: Radiofrecuencia. Materiales específicos excluidos del módulo: sistema de MEAT con sus insumos (CARTO® o EnSite® según licitación IAPOS) y set de punción transeptal (1 aguja de punción + 1 vaina larga). <b>C- Arritmia Ventricular:</b> las indicaciones se basan las recomendaciones clase 1 del consenso de expertos 2019 de la HRS/EHRA/APHRS/LAHRs sobre ablación por catéter de arritmias ventriculares. Fuente de Energía: Radiofrecuencia. Determinadas arritmias ventriculares para-hisianas u originada en músculos papilares podrían requerir crio-ablación focal. Materiales específicos excluidos del módulo: sistema MEAT tanto para arritmias con o sin patología cardiaca estructural. Puede requerirse set transeptal de acuerdo a localización izquierda de foco arritmogenico si no se utiliza la vía retrograda aortica.</p> |
|----------|--|---|

**CIRUGIA TUMORES DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: Se solicitará PET/Centellograma e informe del oncólogo de cabecera**

|          |                          |   |
|----------|--------------------------|---|
| 12.90.11 | MODULO DE CONSERVACION I | <p>Incluye las siguientes intervenciones: Resección marginal de tumores de partes blandas benignos y profundos a la fascia que NO requieren reconstrucción de partes blandas ni liberación vasculo-nerviosas (Ej.: Mixomas-hemangiomas-lipomas profundos). Resección Oncológica de tumores de partes blandas malignos y superficiales que NO requieran reconstrucción de partes blandas ni liberación vasculo-nerviosas (Ej.: Dermatofibrosarcoma protuberans).</p> |
|----------|--------------------------|---|

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |                            |  |
|----------|----------------------------|--|
| 12.90.12 | MODULO DE CONSERVACION II  | Incluye las siguientes intervenciones: Resección de sarcomas de partes blandas profundos de los miembros. Resección de tumores de partes blandas (benignos o malignos) que requieran liberación de nervios principales (Ej.: Schwannomas) o vasos principales. Resección de tumores de partes blandas (benigno o maligno) que requieran reconstrucción de partes blandas asociadas. Resección de tumores óseos agresivos benignos o malignos SIN reconstrucción ósea. Resección intralesional de tumores óseos agresivos benignos o malignos CON reconstrucción óseas de tipo relleno (hueso autólogo, homologo, cemento o sustituto óseo).  |
| 12.9013  | MODULO DE CONSERVACION III | Incluye las siguientes intervenciones: Resección oncológica con criterio curativo de tumores malignos (primarios, TCG o metástasis únicas con pronóstico oncológico favorable (Ej.: adenocarcinoma renal de células claras) CON reconstrucción ósea estructural (de cualquier tipo de trasplante, prótesis, peroné autólogo, etc.). Tumores de partes blandas malignos o benignos agresivos (Ej.: fibromatosis agresiva) de la endopelvis-región inguinal-región axilar o que invaden secundariamente estas estructuras, requieran o no resección / reconstrucción ósea o reconstrucción de partes blandas. Resección oncológica de tumores óseos malignos o metástasis con la resección en block de la lesión, eliminación de partes blandas y reconstrucción con autoinjerto de resección previamente tratado con nitrógeno líquido. |

**PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION Y ALARGAMIENTOS OSEOS**

|          |           |  |
|----------|-----------|--|
| 12.90.14 | MÓDULO I  | Procedimiento de reconstrucción y/o alargamiento que involucre menos de 6 meses de utilización de fijación externa. <b>Incluye:</b> Honorarios médicos y provisión cuerpo fijador externo necesario para procedimiento. <b>Excluye:</b> Schanz de hidroxiapatita y set de colocación |
| 12.90.15 | MÓDULO II | Procedimiento de reconstrucción y/o alargamiento que involucre más de 6 meses de utilización de fijación externa. <b>Incluye:</b> Honorarios médicos y provisión cuerpo fijador externo necesario para procedimiento. <b>Excluye:</b> Schanz de hidroxiapatita y set de colocación.  |

**CIRUGIA DE COLUMNA**

|          |            |  |
|----------|------------|--|
| 12.90.16 | MODULO I   | FIJACION HASTA CINCO NIVELES INCLUSIVE VALOR HONORARIOS GASTOS SANATORIALES: 01.03.02 AL 100%  |
| 12.90.17 | MODULO II  | FIJACION DE SEIS A DIEZ NIVELES INCLUSIVE (REGION CERVICAL, DORSAL, LUMBAR). PATOLOGIA DEGENERATIVA. TUMORES. FRACTURAS. CIRUGÍA POSTERIOS SOLDA . GASTOS SANATORIALES: 01.03.02 AL 100% + 12.11.01 AL 50% |
| 12.90.18 | MODULO III | DEFORMIDADES. ESCOLIOSOS. CIFOSIS. FIJACIONES 11 O MAS NIVELES, COMBINADAS ANTERIORES Y POSTERIORES. GASTOS SANATORIALES: 01.03.02 AL 100% + 12.11.02 AL 50%   |



**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

| <b>PROGRAMA DE SALUD SEXUAL INTEGRAL Y REPRODUCTIVA</b>                       |  |  |
|---|--|--|
| <b>PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DEL DERECHO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO</b> |  |  |
| 117010  | MÓDULO1: CONSULTA ACCESO IVE/ILE                                     | Las personas gestantes concurrirán al profesional que elijan para la realización de la consulta médica inicial. En esta consulta, que podrá ser presencial o tele-asistida, se determinará: el diagnóstico de embarazo y se establecerá la edad gestacional. En el caso de considerar necesaria la indicación de una ecografía ginecológica, la misma podrá ser solicitada y realizada con prestadores de IAPOS con financiamiento directo por prestación y de acuerdo a aranceles vigentes. En el caso de no requerirse ningún estudio y la persona gestante haber tomado la decisión de seguir adelante con la interrupción, se completará la entrevista de asesoramiento en opciones (consejería) y la formalización del consentimiento informado (el cual se adjunta en la presente disposición) de acuerdo a la legislación vigente. Incluye: Prescripción de medicamento Misoprostol con o sin internación concurrente, si correspondiese. La solicitud de este módulo se realizará en el SIOS bajo la modalidad de autorización y consumo simultáneo. El médico tratante deberá informar datos de la persona gestante que accederá a la interrupción del embarazo (nombre-DNI-teléfono/mail de contacto) en mail institucional de IAPOS: <a href="mailto:ive.ile.iapos@santafe.gov.ar">ive.ile.iapos@santafe.gov.ar</a> a los fines de tomar contacto con afilada/o y evaluar calidad del proceso asistencial. Toda la documentación avalatoria de las prestaciones realizadas deben adjuntadas en SIOS para su auditoria posterior (pedido médico con breve historia clínica que incluya edad gestacional y consentimiento informado). |
| 117011  | MÓDULO 2: ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA IVE/ILE                             | Destinada a la evaluación pre y/o post procedimiento de interrupción del embarazo si fuese necesaria su utilización. Este modulo se solicitará en el SIOS bajo la modalidad de autorización y consumo simultaneo, y se podrán solicitar hasta 2 procedimientos. Se deberá adjuntar informe de la/s ecografía/s en cada solicitud para su auditoria posterior. Su facturación se realizará conjuntamente con el resto de los módulos solicitados.   |
| 117012/1<br>3   | MÓDULO 3: ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMUE) CON O SIN INTERNACIÓN | La práctica AMEU tendrá definido los honorarios profesionales y gastos sanatoriales eventuales. Se solicitará vía SIOS bajo la modalidad de autorización y consumo simultaneo. Se deberá adjuntar en el sistema pedido médico de la práctica y lugar donde se realizará el mismo   |
| 117013  | MÓDULO 4: CONSULTA CONTROL POST INTERVENCIÓN Y ANTICONCEPCIÓN        | Módulo utilizado para consulta post procedimiento de interrupción del embarazo (farmacológico o no) y para consejería/prestaciones relacionadas con la anticoncepción.   |
| 117014  | MÓDULO 5: ANTICONCEPCIÓN CON DIU POST IVE/ILE                        | Modulo destinado a la cobertura de colocación de DIU posterior a IVE/ILE, con financiamiento integral del elemento y la práctica.  |

**ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA ANTICONCEPCIÓN**

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 11.70.06 | MÓDULO LIGADURA TUBARIA (CON INTERNACIÓN) POR LAPAROTOMÍA       | <p><b>Diagnóstico:</b> ligadura posparto inmediato, ligadura post cesárea, ligadura tubaria en donde no se disponga de videolaparoscopia. <b>Incluye:</b> Honorarios profesionales. <b>Excluye:</b> interconsultas, tratamiento de complicaciones del procedimiento, honorarios anestesiología. <b>Comentarios:</b> 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. <b>Comentarios:</b> Para ligadura postcesárea inmediata sólo cubre HONORARIOS PROFESIONALES.</p> <p><b>MAR/23:</b> Honorarios profesionales \$ 26.361 - <b>MAY/23:</b> Honorarios profesionales \$ 28.133 - <b>JUL/23:</b> Honorarios profesionales \$ 29.462</p>   |
| 11.70.07 | MÓDULO LIGADURA TUBARIA (CON INTERNACIÓN) POR VIDEOLAPAROSCOPIA | <p><b>Diagnóstico:</b> ligadura tubaria por videolaparoscopia para anticoncepción. <b>Incluye:</b> Honorarios profesionales. Gastos sanatoriales, Descartables y Medicacion. <b>Excluye:</b> interconsultas, tratamiento quirúrgico de otras patologías ginecológicas, tratamiento de complicaciones del procedimiento, honorarios anestesiología. <b>Comentarios:</b> 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 HONORARIOS PROFESIONALES por ligadura.</p> <p><b>MAR/23:</b> Honorarios profesionales \$ 26.361 Gastos sanatoriales, descartables y medicación \$ 72.628 - <b>MAY/23:</b> Honorarios profesionales \$ 28.133 Gastos sanatoriales, descartables y medicación \$ 77.511 - <b>JUL/23:</b> Honorarios profesionales \$ 29.462 Gastos sanatoriales, descartables y medicación \$ 81.173.</p> |
| 11.70.08 | MÓDULO VASECTOMÍA-AMBULATORIO                                   | <p><b>Diagnóstico:</b> vasectomía. <b>Incluye:</b> Honorarios profesionales. Gastos sanatoriales. Descartables. En cuanto a la medicacion: 3 comp Ketorolac 10 mg sl 50, Lidocaina 2% y otros, la misma sera <b>facturada fuera del modulo</b> al valor KAIROS menos el 25%. <b>Excluye:</b> interconsultas, tratamiento de complicaciones del procedimiento, procedimientos que requieran internación.</p> <p><b>MAR/23:</b> Honorarios profesionales \$ 26.361 Gastos sanatoriales \$ 15.860 Descartables \$ 1.839 - <b>MAY/23:</b> Honorarios profesionales \$ 28.133 Gastos sanatoriales \$ 16.926 Descartables \$ 1.963 - <b>JUL/23:</b> Honorarios profesionales \$ 29.462 Gastos sanatoriales \$ 17.726 Descartables \$ 2.056..</p>  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |                                       |  |
|----------|---------------------------------------|--|
| 11.70.09 | MÓDULO COLOCACIÓN DE DIU- AMBULATORIO | <p><b>Incluye:</b> Colocación de DIU. Consulta de seguimiento. Se reconocerá DIU de cobre por reintegro hasta (\$ 6.500). En caso de tratarse de sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (SIU/DIU-LNG) con recomendación de uso para personas con menorragia, endometriosis, adenomiosis, leiomiomas uterinos u otra enfermedad sistémica que contraíndica el uso de anticonceptivos hormonales y DIU con cobre como método anticonceptivo la Obra Social lo reconocerá al 100% siendo su autorización y entrega a través de la red de Farmacias del convenio con Colegio de Farmacéuticos, incluyendo todas las presentaciones existentes en el mercado) <b>Excluye:</b> interconsultas, ecografía para seguimiento, tratamiento de complicaciones, extracción de DIU. Por la extracción del DIU se factura: MAR/23 \$ 1.892, MAY/23 \$ 2.019 y JUL/23 \$ 2.115.</p> |
|----------|---------------------------------------|--|

**SALUD MATERNO-INFANTIL**

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 11.04.01 | PARTO  | <p><b>Incluye:</b> Pensión en habitación compartida, Honorarios Médicos del Obstetra y Neonatólogo, Gastos Operatorios, Laboratorio del recién nacido. Monitoreo Fetal, Medicamentos y Material descartables.<br/><b>Excluye:</b> Todas las complicaciones de la parturienta y todas las patologías del bebé. Anestesia.<br/><b>Observaciones:</b> En caso de complicaciones se factura toda la internación por prestación.</p>  |
| 11.04.03 | CESÁREA  | <p><b>Incluye:</b> 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<br/><b>Excluye:</b> Todas las complicaciones de la parturienta y todas las patologías del bebé. Anestesia, NEO, TAC, RMN, Screening Neonatal, Sangre, Plasma.<br/><b>Observaciones:</b> En caso de complicaciones se factura toda la internación por prestación.</p> |
| 18.01.04 | ECOGRAFÍA TOCOGINECOLÓGICA                     | <p><b>Criterios de Autorización:</b> 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. <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.</p>                         |
| 18.50.60 | ECOGRAFÍA MORFOLOGICA DEL EMBARAZO             | <p><b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos</p>   |
| 32.90.01 | MÓDULO RECEPCIÓN RECIÉN NACIDO - ALTA CONJUNTA | <p><b>Incluye:</b> 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, FENILALANINA, TIR, BIOTINIDASA, GALACTOSEMIAY17HOPROGESTERONA (representa el 51% del valor total del módulo) y Saturometría.</p>  |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

**RESTITUCIÓN DE GÉNERO**

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 03.90.25 | FEMINIZACIÓN DE TERCIO FACIAL  | <b>Incluye:</b> Honorarios. Gastos: facturar código 03.04.08 + 12.03.03 X 2 (todos al 100%)   |
| 10.90.04 | GENITOPLASTÍA FEMINIZANTE  | <b>Incluye:</b> Honorarios. Gastos: facturar códigos 10.03.02 + 10.05.01 x 2 + 10.05.08 + 11.03.05 + 11.03.10 + 11.03.03 x 2 + 11.03.02 (todos al 100%) |
| 13.90.08 | GLUTEOPLASTIA (CON O SIN LIPOTRANSFERENCIA)                                    | <b>Incluye:</b> Honorarios. Gastos: facturar códigos 13.02.01 x 2 + 12.14.01 (ambos al 100%)  |
| 06.90.20 | TORACOPLASTÍA (FEMINIZANTE O MASCULINIZANTE: CON O SIN COLOCACIÓN DE PRÓTESIS) | <b>Incluye:</b> Honorarios. Gastos: facturar códigos 06.01.04 + 06.01.06 (ambos al 100%)  |

**IMPLANTE COCLEAR**

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

**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 descienda 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 | MODULO IMPLANTE COCLEAR (Honorarios Médicos)  | <b>Incluye:</b> Honorarios del Cirujano y ayudante + Monitoreo. <b>Excluye:</b> Gatos y Derechos sanatoriales. Medicamentos y Material Descartable. Elementos Médicos, Anestesia, Pensión. |
| 03.13.15 | MODULO IMPLANTE COCLEAR (Gastos Sanatoriales) | <b>Incluye:</b> Gastos y Derechos Sanatoriales. Medicamentos y Material Descartable. <b>Excluye:</b> Elementos Médicos, Anestesia, Pensión. Honorarios Profesionales.                      |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |                              |  |
|----------|------------------------------|--|
| 03.90.02 | MÓDULO POST-IMPLANTE COCLEAR | <b>Incluye:</b> 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 90 días. Este módulo será autorizado a fonoaudiólogos habilitados para este módulo y facturados por sistema SIOS  |
| 03.90.03 | CALIBRACIÓN IMPLANTE COCLEAR | <b>Incluye:</b> 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. |

**NOMENCLADOR OFTALMOLOGIA**

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 42.01.20 | CONSULTA VESTIDA   | <b>Incluye:</b> Consulta, Refractometría computada, Toma de agudeza visual, Biomicroscopía, Gonioscopia, Tonometría, 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. | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.01.05 | REPARACION PLASTICA DE LA ORBITA CON O SIN INJERTO DE PIEL INCLUYE TOMA DEL MISMO.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.01.06 | ENUCLEASION O EVISCERAC. DEL GLOBO OCULAR CON O SIN IMPLANTE   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Prótesis ocular a cargo de IAPOS  |
| 02.03.01 | CONJUNTIVOPLASTIA INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA O MEMBRAMA MUCOSA DEL LABIO. OPERACION COLGAJO: FLAPPING DE CONJUNTIVA                                 | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.03.02 | ESCISION DE LESION CONJUNTIVA  | <b>Incluye:</b> 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.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.03.05 | SUTURA DE CONJUNTIVA,INCLUIDA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO- BIOPSIA DE CONJUNTIVA.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.04.01 | QUERATOPLASTIA LAMINAR, INJERTO DE CORNEA.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 02.04.02 | QUERATOPROTESIS TOTAL QUERATOP LASTIA TOTAL.  | <b>Incluye:</b> 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. | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.07.01 | CIRUGÍA DE CATARATAS  | <b>Indicación: PARA PACIENTES CON MENOS DE 6 DÉCIMAS (6/10) DE AGUDEZA VISUAL. Incluye:</b> Honorarios Médicos, Derechos Quirúrgico, Monitoreo, Medicamentos. <b>Excluye:</b> Anestesia. Todo otro procedimiento adicional. Material Descartable inherentes al procedimiento, LIO+ suturas+sustancia.  |
| 30.01.15 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 30.01.16 | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CORNEA.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.90.02 | COLOCACIÓN DE ANILLOS INTRAESTROMALES   | <b>Incluye:</b> Honorarios   |
| 02.90.23 | CROSS LINKING UNILATERAL  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Descartables <b>Indicación:</b> Queratocono rápidamente evolutivo en pacientes menores de 40 años   |
| 02.01.07 | ASPIRACION, LAVADO E IMPLANTE DEL VITREO.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.90.04 | VITRECTOMÍA COMPLEJA  | <b>Descripción:</b> Vitrectomía + extracción de membrana + fotocoagulación + gas/aceite <b>Indicaciones:</b> 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) <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Todos los materiales descartables y específicos al procedimiento. |
| 02.90.01 | INYECCIÓN INTRAVITREA DE SUSTANCIAS ANTIANGIOGÉNICAS  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. Medicamentos  |
| 02.06.03 | RETINOPEXIA CON ESCLERECTOMIA E IMPLANTE.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.06.04 | RETINOPEXIA Y ESCLERECTOMIA.  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.06.05 | RETINOPEXIA (DIATERMIA, CRIO, ETC.)   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.09.01 | FOTOCOAGULACION CON YAG LASER   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.50.01 | ANGIOGRAFÍA DIGITAL C/ FLUORESCEÍNA UNILATERAL  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.50.02 | ANGIOGRAFÍA DIGITAL C/ FLUORESCEÍNA BILATERAL   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.06.02 | FOTOCOAGULACION CON RAYO LASER  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.90.05 | FOTOCOAGULACIÓN CON RAYO LASER ARGON  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.02.01 | RECONSTRUCCION TOTAL DEL PARPADO. TECNICA DE HUGJES O SIMILAR   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 02.02.02 | BLEFAROPLASTIA-INJERTO,CANTOPLASTIA,TRASOPLASTIA,RESTAURACION PLASTICA DE BASE CILIAR, CORRECCION DE PTOSIS- UNILATERAL                  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 02.02.03 | BLEFARORRAFIA PARCIAL O TOTAL.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 02.02.04 | BLEFAROCHALASIS.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 02.02.05 | ESCISION DE PARPADO, BLEFARECTOMIA-PIEL DE PARPADO. GLANDULA MEIBOMIANA,CHALAZIO, SUTURA DE PIEL DE PARPADO-BLEFAROTOMIA-ABSCESO-ORZUELO | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 02.08.01 | DACRIOCISTORRINOST.FISTULIZAC. SACO LAGRIMAL EN CAV.NASAL .OPERACION PLASTICA EN CANALICULOS.  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos. <b>Excluye.:</b> Set de intubación a cargo de IAPOS  |
| 02.08.03 | DRENAJE DE GLANDULA O SACO LAGRIMAL-ABS.SECC.PAPILA LAGRIMAL PILA LAGRIMAL-ESTRICTUROTOMIA.  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 02.08.04 | CATETERIZ. DE CONDUCTO LAGRIMO NASAL EN QUIR.CON ANEST.GRAL.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 30.01.18 | DILATACION DE CONDUCTO LACRIMO NASAL CON INTUBACION.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 30.01.21 | CATETERIZACION DE CONDUCTO LACRIMONASAL-   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 02.05.01 | TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL GLAUCOMA  | <b>Incluye:</b> honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos y descartables. <b>Excluye:</b> Anestesia y sala de recuperación.  |
| 02.05.02 | COREOPLASTIA.IRIDECTOMIA.  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 02.01.09 | TRATAMIENTO QUIRURGICO CORRECTIVO DEL ESTRABISMO UNI O BILATERAL   | <b>Incluye:</b> honorarios, derechos quirúrgicos, medicamentos y descartables. <b>Excluye:</b> Anestesia y sala de recuperación. Suturas Vicryl y Seda (A cargo de IAPOS) |
| 30.01.07 | EJERCICIOS ORTOPTICOS, POR SESION.   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 30.01.20 | ESTUDIO DE FIJACION EN EL ESTRABISMO -CON VISUSCOPIO-  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 18.01.09 | ECOGRAFÍA OFTALMOLÓGICA UNI O BILATERAL  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 30.01.04 | FONDO DE OJO Y/O ESQUIASCOPIA CON DILATACION PUPILAR.-   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 30.01.05 | TONOMETRIA.  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |
| 30.01.08 | GONIOSCOPIA  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.  |



**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |  |
|----------|--|--|
| 30.01.09 | CURVA TENSIONAL  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 30.01.11 | RETINOGRAFIA   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 30.01.13 | RETINOFLUORESCENCIA  | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 30.01.19 | OFTALMOSCOPIA INDIRECTA BINOCULAR CON ESQUEMA DE FONDO DE OJO. | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 30.02.01 | CAMPIMETRÍA COMPUTARIZADA                                      | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 30.02.02 | PAQUIMETRÍA COMPUTARIZADA                                      | <b>Incluye:</b> UNILATERAL. Honorarios y Gastos  |
| 30.02.04 | TOPOGRAFÍA CORNEAL   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 30.02.05 | ANGIOGRAFÍA DIGITAL C/ INDOCIANINA UNILATERAL.                 | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 30.02.06 | ANGIOGRAFÍA DIGITAL C/ INDOCIANINA BILATERAL                   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 30.50.01 | BIOMETRÍA OCULAR   | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 30.50.02 | TOMOGRAFÍA OCULAR DE COHERENCIA                                | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 30.50.03 | H.R.T. TOMOGRAFÍA CONFOCAL LASER UNI O BILATERAL               | <b>Incluye:</b> Honorarios y Gastos.   |
| 02.90.06 | TRATAMIENTO LASER DE RETINOPATIA DEL PREMATURO                 | <b>Incluye:</b> 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 lapos DPCA   |
| 27.90.04 | DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA                    | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a contrato IAPOS vigente |
| 27.90.03 | HEMODIÁLISIS X SESIÓN                                       | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a contrato IAPOS vigente |
| 27.80.23 | HEMODIÁLISIS X SESIÓN CON TRASLADO AMBULANCIA INCLUIDO      | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a contrato IAPOS vigente |
| 27.80.24 | HEMODIÁLISIS X SESIÓN PACIENTE HIV+                         | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a contrato IAPOS vigente |
| 27.90.02 | RECOLOCACIÓN DE CATÉTER PERITONEAL                          | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a contrato IAPOS vigente |

**OBESIDAD**

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 19.90.44 | CIRUGÍA BARIÁTRICA: BY PASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX (NO INCLUYE MATERIALES ESPECÍFICOS) - ANESTESIA NIVEL 7 + 50% | A cargo de IAPOS suturas mecánicas: 1 endosutura lineal cortante + 7 recargas |
|----------|---|---|

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 19.90.45 | CIRUGÍA BARIÁTRICA: GASTRECTOMÍA EN MANGA (SLEEVE) (NO INCLUYE MATERIALES ESPECÍFICOS) - ANESTESIA NIVEL 7 + 50% | A cargo de IAPOS suturas mecánicas: 1 endosutura lineal cortante + 5 recargas |
|----------|--|---|

| PROGRAMA REPRODUCCION HUMANA MEDICAMENTE ASISTIDA |   |  |
|---|---|--|
| 06.90.01  | MÓDULO INDUCCIÓN DE OVULACIÓN (MONITOREO ECOGRÁFICO Y HORMONAL) | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.02  | MÓDULO INSEMINACIÓN ARTIFICIAL INTRA UTERINA                    | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.03  | MÓDULO FIV / ICSI   | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.04  | MÓDULO CONGELACIÓN + CRIOPRESERVACIÓN DE EMBRIONES              | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.05  | MÓDULO DESCONGELACIÓN + TRANSFERENCIA DE EMBRIONES              | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.16  | VITRIFICACIÓN DE ÓVULOS   | <b>Incluye:</b> 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). <b>Excluye:</b> medicación para estimulación ovárica, técnicas especiales, estudios prequirúrgicos y cualquier otro procedimiento no incluido |
| 06.90.06  | PROVISION DE SEMEN DE BANCO                                     | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.07  | OVOCITOS FRESCOS  | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.08  | ESPERMOGRAMA BIOLOGICO  | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.09  | OVOCITOS DE BANCO   | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.10  | PUNCION BIOPSIA TESTICULAR (Programa Fertilidad)                | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.11  | SONOHISTEROGRAFIA   | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.12  | MONITOREO FOLICULAR   | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.13  | MÓDULO HORMONAL PARA FERTILIZACION ASISTIDA - TECNICA RAPIDA    | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.14  | MONITOREO ENDOMETRIAL   | <b>Inclusiones y Exclusiones:</b> de acuerdo a DG IAPOS vigente  |
| 06.90.17  | VITRIFICACIÓN DE SEMEN  | <b>Autorización:</b> Sujeto a auditoria médica previa. Para paciente con antecedentes de tratamiento quimioterapico o situación de ovodonacion   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

**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 kinesioterapia o terapia ocupacional, según indicación médica. Disponibilidad telefónica las 24hs. Material descartable: guantes, iodopovidona, tela adherente hipoalérgica, 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.

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |                                |  |
|----------|--------------------------------|--|
| 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 kinesiología con criterio de rehabilitación o mantenimiento de la funcionalidad muscular. <b>Incluye:</b> 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 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. Opioides: preparados magistrales de morfina, oxicodona y metadona. Morfina en ampollas. Logística, transporte y distribución de insumos. <b>Excluye:</b> oxigenoterapia, acompañantes en el domicilio, urgencias, medicación transdérmica, traslado del paciente y toda otra prestación no expresamente incluida. <b>Importante:</b> 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> |
|----------|--------------------------------|--|

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|          |                                     |   |
|----------|-------------------------------------|---|
| 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.). <b>Incluye:</b> 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 hipoalérgica, 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. Logística, transporte y distribución de insumos. <b>Excluye:</b> oxigenoterapia, acompañantes en el domicilio, urgencias, medicación transdérmica, traslado del paciente y toda otra prestación no expresamente incluida. <b>Importante:</b> 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><b>Indicación:</b> Pacientes con diagnóstico de cáncer. <b>Incluye:</b> Consulta médica especializada en cuidados paliativos y tratamiento del dolor: 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. Consulta Psicológica: 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). Consulta de kinesiología: 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 hipercalórica según requerimientos.</p>  |

**HOTELERIA**

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

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

**NOMENCLADOR DE CIRUGIA PEDIATRICA Y UROLOGIA**

**NOMENCLADOR DE CIRUGIA PEDIATRICA**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>01 - PIEL T.C. SUBCUTÁNEO</b>   | <b>NIVEL COMPLEJIDAD</b> |
|---------------|--|--------------------------|
| 01.01         | INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO SUPERFICIAL, HIDRASADENITIS. ANTRAX.   | 1                        |
| 01.02         | EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBDERMICO.   | 1                        |
| 01.03         | EXERESIS DE LESIONES DERMICAS Y SUBDERMICAS CONGENITAS, INFLAMATORIAS O TUMORALES BENIGNAS (NEVUS, VERRUGAS, QUISTE DERMOIDE, NEUROFIBROMA, PILAMATRIXOMA ETC.) POR UNIDAD | 1                        |
| 01.04         | EXERESIS DE LIPOMA   | 1                        |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>02 - CUELLO</b>   |                          |
| 02.01         | INCISION Y DRENAJE EN QUISTE TIROGLOSO O BRANQUIAL INFECTADO.  | 1                        |
| 02.02         | EXERESIS DE FISTULA O QUISTE BRANQUIAL.  | 2                        |
| 02.03         | EXERESIS DE QUISTE TIROGLOSO.  | 3                        |
| 02.04         | EXERESIS DE QUISTE TIROGLOSO RECIDIVADO.   | 4                        |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>03 - BOCA</b>   |                          |
| 03.01         | SUTURA DE LENGUA O PALADAR.  | 1                        |
| 03.02         | TRATAMIENTO DE LA RANULA.  | 2                        |
| 03.03         | QUISTE MUCOSO LABIAL YUGAL.  | 1                        |
| 03.04         | INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO DEL PISO DE LA BOCA.   | 1                        |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>04 - LENGUA</b>   |                          |
| 04.01         | FRENULOTOMIA GLOSOPLASTIA  | 3                        |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>05 - PABELLON AURICULAR</b>   |                          |
| 05.01         | EXERESIS DE TUBERCULO PREAURICULAR.  | 1                        |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|               |   |   |
|---------------|---|---|
| 05.02         | DRENAJE DE FISTULA PREAURICULAR.  | 1 |
| 05.03         | RESECCION DE FISTULA PREAURICULAR.  | 2 |
| Cod.          | <b>06 - VASOS</b>   |   |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL CORTA DURACION (NO IMPLANTABLE)</b>                   | 3 |
| 06.02         | COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL LARGA DURACION (SEMI-TOTALMENTE IMPLANTABLE)             | 4 |
| 06.03         | EXTRACCION DE CATETER VENOSO CENTRAL LARGA DURACION   | 2 |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>07 - GANGLIO Y SISTEMA LINFATICO</b>   |   |
| 07.01         | INCISIÓN Y DRENAJE DE ADENITIS SUPURADA. ADENOFLEMON  | 1 |
| 07.02         | LINFADENECTOMIA AXILAR, INGUINAL, CERVICAL UNILATERAL.  | 3 |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>08 - TORAX Y PLEURA</b>  |   |
| 08.01         | DRENAJE PLEURAL CON TROCAR O POR TORACOTOMIA MINIMA.  | 3 |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>09 - TRAQUEA Y BRONQUIOS</b>   |   |
| 09.01         | TRAQUEOSTOMIA.  | 3 |
| 09.02         | PLASTICA OSTOMA TRAQUEAL  | 4 |
| 09.03         | CIERRE DE TRAQUEOSTOMIA.  | 4 |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>10 - ABDOMEN, PAREDES Y CONTENIDOS</b>   |   |
| 10.01         | REDUCCION DE HERNIA INGUINAL ATASCADA.  | 1 |
| 10.02         | LAPAROSCOPIA EXPLORADORA CON/SIN TOMA DE BIOPSIA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. LAPAROSCOPICO. | 3 |
| 10.03         | CIERRE DE EVISCERACION.   | 4 |
| 10.04         | OPERACION PLASTICA EN OSTOMIAS.   | 3 |
| 10.05         | DESINVAGINACION RADIOSCOPICA NO-QUIRURGICA.   | 3 |
| 10.06         | ATENCIÓN DE PACIENTE CON ABDOMEN AGUDO NO QUIRURGICO.   | 2 |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|               |  |   |
|---------------|--|---|
| 10.07         | LAPAROTOMÍA Y DRENAJE DE ABSCESO SUBFRENICO, INTERASAS. OMENTECTOMIA. TORSION DE EPIPLON.                                | 4 |
| 10.08         | TRATAMIENTO PATOLOGIA CORDON INGUINAL UMBLICAL, OBTURATRIZ. ETC.   | 3 |
| 10.09         | EVENTRACION HERNIA RECIDIVADA.   | 4 |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>11 - INTESTINO DELGADO</b>  |   |
| 11.01         | ENTEROLISIS INTESTINAL (DEBRIDAMIENTO INTESTINAL COMO UNICA OPERACIÓN).  | 4 |
| 11.02         | ENTEROTOMIA, ENTEROSTOMIA TEMPORARIA O DEFINITIVA.   | 4 |
| 11.03         | ENTEROFIA, CIERRE DE ENTEROSTOMIAS, CIERRE DE FISTULAS ENTERO-CUTANEAS. DEVOLVULACION DESINVAGINACION MANUAL QUIRURGICA. | 4 |
| 11.04         | TRATAMIENTOS MEDICOS DEL PACIENTE FISTULADO.   | 2 |
| 11.05         | ESCISIÓN DE DIVERTICULO DE MECKEL PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO.   | 4 |
| 11.06         | ENTEROTOMIA PARA ALIMENTACIÓN (WITZEL O SIMILARES).  | 4 |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>12 - ESTOMAGO</b>   |   |
| 12.01         | GASTROSTOMIAS.   | 3 |
| 12.02         | COLOCACION DE BOTONES O SIMILARES PARA ALIMENTACIÓN CON GASTROSTOMIA PREVIA GASTROSTOMIA PREVIA.                         | 1 |
| 12.03         | CIERRE DE GASTROSTOMIA.  | 3 |
| 12.04         | PILOROMIOTOMIA. PILOROPLASTIA.   | 4 |
| 12.05         | CIERRE QUIRURGICO DE FISTULA GASTRICA. GASTRORRAFIA, EXTRACCIÓN DE BEZOAR, ETC.  | 3 |
| 12.06         | DERIVACIONES INTERNAS, GASTROENTERICAS CUALQUIER TIPO, GASTRECTOMIA.   | 4 |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>13 - COLON</b>  |   |



**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|               |  |   |
|---------------|--|---|
| 13.01         | APENDICECTOMIA.  | 3 |
| 13.02         | PERITONITIS.   | 4 |
| 13.03         | COLOSTOMIA   | 4 |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>14 - PROCTOLOGIA</b>  |   |
| 14.01         | INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO PERIANAL.  | 1 |
| 14.02         | EXTRACCION MANUAL DE FECALOMA.<br>DESIMPACTACION.  | 1 |
| 14.03         | EXERESIS DE POLIPO JUVENIL POR ANOSCOPIA.  | 1 |
| 14.04         | BIOPSIA RECTAL.  | 2 |
| 14.05         | TRATAMIENTO DE LA PATOLOGIA PERIANAL.  | 2 |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>15 - GENITALES</b>  |   |
| 15.01         | REDUCCION MANUAL DE PARAFIMOSIS.   | 1 |
| 15.02         | ORQUIDECTOMÍA SIMPLE VÍA INGUINAL O ESCROTAL.<br>UNILAT  | 3 |
| 15.03         | ORQUIDOPEXIA ELECTIVA EN TESTICULO ESCROTAL<br>(PROFILAXIS DE LA<br>TORSION TESTICULAR) UNILATERAL | 3 |
| 15.04         | TRATAMIENTO DE FIMOSIS   | 3 |
| 15.05         | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PARAFIMOSIS.<br>DESGARRO PREPUCIAL.                                   | 3 |
| 15.06         | SUTURA DE PREPUCIO. ESCROTO.<br>ESCROTOPLASTIA.  | 2 |
| 15.07         | ESCROTO AGUDO CUALQUIERA FUESE SU CAUSA.   | 3 |
| 15.08         | REOPERACIÓN POR CRIPTORQUÍDIA RECIDIVADA O<br>RETRACCIÓN TEST SECUNDARIA                           | 4 |
| 15.09         | ORQUIDOPEXIA POR CRIPTORQUIDIA O ECTOPÍA<br>TEST CON TRATAMIENTO DE SACO<br>HERNIARIO ACOMPAÑANTE. | 4 |
| 15.10         | ORQUIECTOMÍA INGUINAL POR TUMOR TESTICULAR   | 4 |
| <b>CÓDIGO</b> | <b>16 - OVARIOS</b>  |   |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|       |  |   |
|-------|--|---|
| 16.01 | EXERESIS DE QUISTE DE OVARIO, TUMOR BENIGNO DE OVARIO.<br>TORSION DE QUISTE DE OVARIO. | 4 |
|-------|--|---|

| NOMENCLADOR DE UROLOGÍA |   |                   |
|-------------------------|---|-------------------|
| Cod.                    | RIÑONES Y URETERES  | NIVEL COMPLEJIDAD |
| 29.06                   | PIELOSTOMIA / URETEROSTOMIA   | 4                 |
| 29.09                   | PIELOURETEROPLASTIA   | 5                 |
| 29.10                   | NEFRECTOMIA SIMPLE  | 4                 |
| 29.11                   | NEFRECTOMIA COMPLEJA  | 5                 |
|                         | <b>VEJIGA</b>   |                   |
| 30.01                   | CISTOPLASTIA (UNICA TECNICA)  | 5                 |
| 30.02                   | CISTOPLASTIA CON OSTOMIAS Y CUELLO VESICAL                            | 6                 |
| 30.19                   | TRATAMIENTO VIDEOSCOPICO (RVI, BOTOX, URETEROCELE, VUP)               | 4                 |
| 30.16                   | CISTOSTOMIA POR PUNCION   | 3                 |
| 30.12                   | CISTOSTOMIA ABIERTA, VESICOTOMIA                                      | 4                 |
| 30.13                   | CIERRE DE FISTULA QUIRURGICA  | 4                 |
| 29.08                   | REIMPLANTE URETERAL TRANSVESICAL (+20% SI HAY RESECCION INTRAVESICAL) | 5                 |
|                         | <b>URETRA</b>   |                   |
| 31.01                   | URETROPLASTIA SIN COLGAJO NI INJERTO                                  | 5                 |
| 31.09                   | URETROPLASTIA CON COLGAJO O INJERTO                                   | 6                 |
| 31.11                   | FISTULECTOMIA URETRAL   | 4                 |
|                         | URETROTOMIA CON SUTURA  | 3                 |
|                         | <b>GENITALES EXTERNOS</b>   |                   |
| 32.01                   | REDUCCION MANUAL DE PARAFIMOSIS                                       | 1                 |
| 32.14                   | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PARAFIMOSIS                                 | 3                 |
| 32.02                   | LIBERACION DE ADHERENCIAS BALANOPREPUCIALES                           | 1                 |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 32.07 | BIOPSIA TESTICULAR  | 3   |
| 32.16 | PLASTICA DE PENE  | 3   |
| 32.30 | ESCROTOPLASTIA POR MALFORMACIONES                               | 4   |
|       | ORQUIDECTOMIA SIMPLE  | 3   |
| 32.13 | POSTIOPLASTIA CON FRENULOPLASTIA                                | 3   |
| 32.11 | ORQUIDOPEXIA ELECTIVA O PROFILACTICA                            | 3   |
| 32.23 | ORQUIDOPEXIA CON TRATAMIENTO DE SACO O CVP PERMEABLE            | 4   |
| 32.21 | ORQUIDOPEXIA DE TESTICULO RETROPERITONEAL O PRIMER TIEMPO       | 5   |
| 32.04 | SUTURA GENITALES SIMPLES AISLADAS                               | 2   |
| 32.20 | ESCROTO AGUDO   | 3   |
| 32.22 | REOPERACION DE CRIPTORQUIDIA O RETRACCION TESTICULAR SECUNDARIA | 4   |
| 32.24 | ORQUIFUNICULECTOMIA LIGADA ALTA POR TUMOR U OTRA CAUSA DE MASA  | 4   |
| 32.20 | VARICOCELECTOMIA/HIDROCELECTOMIA                                | 4   |
|       | <b>OTRAS PRESTACIONES</b>                                       |     |
|       | LITROTICIAS RENALES O URETERALES VIA ENDOSCOPICA                | 6   |
|       | UROFLUJOMETRIA INDIVIDUAL                                       | 1   |
|       | ESTUDIO URODINAMICO COMPLETO                                    | 2   |
|       | FLUJOMETRIA MAS ELECTROMIOGRAFIA                                | 1.5 |
|       | CISTOMANOMETRIA   | 1   |
|       | BIOFEEDBACK POR SESION  | 0.5 |
|       | ELECTROESTIMULACION POR SESION                                  | 0.5 |

**NORMAS DE TRABAJO NOMENCLADOR DE CIRUGIA PEDIATRICA Y UROLOGÍA**

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| PACIENTE MENOR DE 1 AÑO               | 20% MAS |
| PACIENTES CON PESO MENOR DE 1000 GRS. | 20% MAS |

**NORMAS DE TRABAJO PRÁCTICAS MÉDICAS NO NOMENCLADAS Y MODULADAS - ANEXO II DISP. G. 0022-2023  
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES**

|  |              |
|--|--------------|
| PACIENTES CON I.M.C.> 40 EN CIRUGIAS DE LAS SIGUIENTES REGIONES: CUELLO, TORAX Y ABDOMEN   | 20% MAS      |
| URGENCIA NOCTURNA ( DE 20 HS A 07 HS )<br>URGENCIA FIN DE SEMANA Y FERIADOS  | 20 % MAS     |
| PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO  | SUBE 1 NIVEL |
| PROCEDIMIENTOS MULTIPLES POR DISTINTAS VIAS, EL MAYOR AL 100% Y RESTANTE AL 75%  | 100% + 75%   |
| PROCEDIMIENTOS MULTIPLES POR MISMA VIA, EL MAYOR AL 100% Y RESTANTE AL 50%   | 100% + 50%   |
| HONORARIO CIRUJANO AYUDANTE (EN CIRUGIAS NIVEL 3 O SUPERIOR) SOLO 1 AYUDANTE   | 25 %         |
| PROCEDIMIENTO VIDEOQUIRURGICO: ADICIONAL ACORDABLE ENTRE PROFESIONAL Y GERENCIADORA  |              |
| *PRACTICAS NO INCLUIDAS EN ESTE NOMENCLADOR PERO CONTEMPLADAS EN NOMENCLADOR ACACIP SE ASUMIRA EL NIVEL CORRESPONDIENTE CON ARANCELAMIENTO IAPOS |              |
| *PRACTICA NO INCLUIDA EN ESTE NOMENCLADOR NI ACACIP SE AUTORIZARÁ CON PRESUPUESTO Y CON EVALUACION PREVIA POR AUDITORIA MEDICAS                  |              |