

NOMENCLADOR NACIONAL

Facturación de Prestaciones Médicas AMBULATORIAS



<https://saludygestioncba.com/>



@saludygestioncba



351 5 501336



saludygestioncordoba@gmail.com

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

PRACTICAS ESPECIALIZADAS

INTERPRETACIONES A ESTE P.M.O. CON NOMENCLADOR

INCLUYE **COSEGUROS MAXIMOS** QUE SE PUEDEN COBRAR POR LAS PRESTACIONES

LOS CODIGOS DE LA PRIMER COLUMNA CORRESPONDEN TANTO AL P.M.O. COMO AL NOMENCLADOR NACIONAL
 LOS CODIGOS, TEXTOS Y VALORES EXCLUIDOS DEL NOMENCLADOR POR EL P.M.O. SE INDICAN CON: Texto retirado por el PMO
 LOS TEXTOS EN NEGRILLA CORRESPONDEN AL NOMENCLADOR NACIONAL Y MANTENIDOS POR EL P.M.O.
 LOS VALORES Y UNIDADES CORRESPONDEN AL NOMENCLADOR NACIONAL. (VALORES A MARZO/1991)
 PARA UNA MEJOR ORIENTACION SE MANTUVIERON LAS NORMAS E INTERPRETACIONES DEL NOMENCLADOR NACIONAL.
 I/C= INCLUIDO EN CONSULTA

14	ALERGIA
----	----------------

Norma: Texto retirado por el PMO *La testificacion total o parcial no podra ser repetida en un plazo menor de un año por el mismo profesional.*

14.01.01	Texto retirado por el PMO <i>Testificacion total.</i>	U. \$	15 3.49	OG	25 3.07	6.55	50.00
14.01.02	Texto retirado por el PMO <i>Testificacion parcial (Hasta 4 sesiones)</i>	U. \$	6 1.40	OG	18 2.21	3.60	50.00
14.01.03	TESTIFICACION POR DROGAS, PARA ESTUDIOS O TRATAMIENTOS. por visita.	U. \$	1.50 0.35	OG	5 0.61	0.96	50.00
14.01.04	Texto retirado por el PMO <i>Tratamiento desensibilizante (incluye provision de alergeno y las consultas que fueren necesarias). Por mes de tratamiento.</i>	U. \$	6 1.40	OG	20 2.45	3.85	50.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

15	ANATOMIA PATOLOGICA
----	---------------------

15.01.01	BIOPSIA POR INCISION O POR PUNCION. [Texto retirado por el PMO] (ganglio, lesion de piel, trozo de ovario, cilindro de higado, etc.)	U. \$	26.25 6.11	GB	4 3.88	9.99	50.00
15.01.02	ESTUDIO MACRO Y MICROSCOPICO DE PIEZA OPERATORIA. [Texto retirado por el PMO] simple. Vesicula biliar, ovario, placenta, estomago, etc. (los cortes que fueran necesarios).	U. \$	39.75 9.25	GB	8 7.76	17.01	50.00
15.01.03	ESTUDIO MACRO Y MICROSCOPICO DE PIEZA DE RESECCION. [Texto retirado por el PMO] Oncologica ampliada. Organos y sus ganglios regionales (los cortes que fueran necesarios).	U. \$	66 15.35	GB	9 8.73	24.08	100.00
15.01.04	BIOPSIA POR CONGELACION Y ESTUDIO DIFERIDO. [Texto retirado por el PMO] del corte.	U. \$	54 12.56	GB	8 7.76	20.32	100.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] En caso de realizarse en forma diferida el estudio de una pieza biopsiada por congelacion, se agregara el correspondiente al código 15.01.02.						
15.01.05	ESTUDIO BIOPSIICO SERIADO Y SEMISERIADO. [Texto retirado por el PMO] minimo 15 (con autorizacion previa de la obra social)	U. \$	54 12.56	GB	8 7.76	20.32	50.00
15.01.06	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA. OBLIGACION DE COBERTURA: 1. EN TODA MUJER QUE HAYA INICIADO RELACIONES SEXUALES, O MAYORES DE 18 AÑOS. 2. LA COBERTURA ESTA INDICADA EN UN PAPANICOLAU ANUAL DURANTE TRES AÑOS Y DE SER ESTOS NORMALES COBERTURA DE UN PAPANICOLAU CADA DOS AÑOS, EN EL MARCO DE UN PROGRAMA DE RASTREO MASIVO.	U. \$	21.75 5.06	GB	4 3.88	8.94	50.00
15.01.07	CITOLOGIA EXFOLIATIVA HORMONAL. [Texto retirado por el PMO] (cada 4 extendidos)	U. \$	21.75 5.06	GB	4 3.88	8.94	50.00
15.01.08	NECROPSIA DE NEONATO O LACTANTE. [Texto retirado por el PMO] con autorizacion previa de la obra social	U. \$	212.25 49.37	GB	74 71.79	121.16	50.00
15.01.09	[Texto retirado por el PMO] Necropsia del joven y del adulto (con autorizacion previa de la obra social)	U. \$	266.25 61.93	gb	98 95.08	157.01	50.00
15.01.10	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA BRONQUIAL. [Texto retirado por el PMO] (por 3 muestras)	U. \$	36.75 8.55	GB	8 7.76	16.31	50.00
15.01.11	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA DE LIQUIDO LAVADOS TRASUDADOS. [Texto retirado por el PMO] (exudados, orinas, etc.)	U. \$	26.25 6.11	GB	4 3.88	9.99	50.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

15.02.	OTROS DE ANATOMIA PATOLOGICA
--------	------------------------------

15.02.01	RECEPTORES HORMONALES CON TECNICA INMUNOHISTOQUIMICA PARA CANCER DE MAMA. OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: 1. ESTABLECER INDICACION O NO DE TERAPIA HORMONAL (TAMOXIFENO) Y SU EVENTUAL NIVEL DE RESPUESTA 2. ESTABLECER PRONOSTICO (ESPECIALMENTE EN NEOPLASIAS CON METASTASIS GANGLIONARES)	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.	250.00
15.02.02	ANTICUERPOS MONOCLONALES CON TECNICA INMUNOHISTOQUIMICA PARA TUMORES. OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS 1. IMPOSIBILIDAD HISTOLOGICA O CITOLOGICA DE DETERMINAR DIAGNOSTICO DE HISTOTIPO TUMORAL 2. IMPOSIBILIDAD HISTOLOGICA O CITOLOGICA DE DETERMINAR ORIGEN TUMORAL 3. METASTASIS DE ORIGEN DESCONOCIDO 4. TODAS LAS PROLIFERACIONES LINFOIDEAS EN GENERAL; PARA SU CORRECTA TIPIFICACION 5. TIPIFICACIONES DE NEOPLASIAS INDETERMINADAS.		250.00

16	ANESTESIOLOGIA
----	----------------

16.01.01	ANESTESIA MINIMA PARA PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO. <u>Texto retirado por el PMO</u> o terapeuticos incluye anestesia general y regional, excluye anestesia local.	U. 120.38 \$ 28	GO 20 9.85	37.85	50.00
Norma:	<u>Texto retirado por el PMO</u> A partir del 1/5/89, por Res. 737/89 - MSAS, cuando corresponda facturar este codigo, como asi en toda intervencion quirurgica con anestesia general, se facturara como adicional el código 43.11.01 por cada acto quirurgico.				
16.01.02	ANALGESIA REGIONAL CONTINUA. <u>Texto retirado por el PMO</u> (cada 24 horas)	U. 30 \$ 6.98	GO 30 14.78	21.76	50.00
16.01.03	ANALGESIA REGIONAL POR BLOQUEO SUBARACNOIDEO. <u>Texto retirado por el PMO</u> con fenol o similar.	U. 15 \$ 3.49	GO 7 3.45	6.94	50.00
16.01.04	HIPOTERMIA CONTROLADA Y/O NEUROLEPTOANALGESIA. <u>Texto retirado por el PMO</u> Por cada 24 horas	U. 37.50 \$ 8.72	GO 35 17.24	25.97	50.00
Norma:	<u>Texto retirado por el PMO</u> La hipotermia controlada y/o neuroleptanalgesia, podra ser facturada solamente cuando se realice como unico tratamiento fuera del acto quirurgico.				
16.01.05	INTUBACION ENDOTRAQUEAL, FUERA ACTO OPERATORIO.	U. 7.50 \$ 1.74	GO 10 4.93	6.67	50.00

CÓDIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

17	CARDIOLOGIA
----	-------------

17.01.01	ELECTROCARDIOGRAMA EN CONSULTORIO. [Texto retirado por el PMO] (con o sin prueba de esfuerzo).	U. \$	7.50 1.74	OG	20 2.45	4.20	50.00
17.01.02	ELECTROCARDIOGRAMA EN DOMICILIO.	U. \$	7.50 1.74	OG	30 3.68	5.42	50.00
17.01.03	ELECTROCARDIOGRAMA DEL HAZ DE HIS. [Texto retirado por el PMO] (incluye el cateterismo)	U. \$	45 10.47	OG	80 9.81	20.28	50.00
17.01.04	ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTER -24 HORAS- 1 CANAL.	U. \$	60 13.96	OG	180 22.07	36.02	50.00
17.01.05	SOBREESTIMULACION CARDIACA. [Texto retirado por el PMO] (con electrocardiograma intracavitario, para diagnostico y tratamiento). Incluye el cateterismo.	U. \$	37.50 8.72	OG	80 9.81	18.53	50.00
17.01.06	ELECTROCARDIOGRAMA CON DERIVACION INTRAESOFAGICA.	U. \$	9 2.09	OG	25 3.07	5.16	50.00
17.01.07	VECTOCARDIOGRAMA.	U. \$	9 2.09	OG	25 3.07	5.16	50.00
17.01.08	[Texto retirado por el PMO] Fonomecanocardiograma, con 1 derivacion electrocardiografica de reparo.	U. \$	15 3.49	OG	30 3.68	7.17	50.00
17.01.09	MONITORAJE OPERATORIO. [Texto retirado por el PMO] (incluye el control osciloscopico, marcapaso externo, desfibrilador, respiracion con presion positiva). [Texto retirado por el PMO] El monitoreo operatorio se podra efectuar unicamente en pacientes con gran riesgo quirurgico debiendose adjuntar Historia Clinica que justifique su realizacion y orden del médico cardiologo. Norma: AMPLIACION DE LA NORMA: El monitoreo operatorio podra ser efectuado por cualquier profesional reconocido para estas practicas por la autoridad sanitaria en funcion de su capacitacion, a pesar de encuadrarse como un código de cardiologia. Cualquiera sea el numero de intervenciones que se realicen en el paciente, se facturara una sola vez el arancel indicado, cuando se de cumplimiento a la respectiva norma particular. Aun cuando se encuentre debidamente especializado para su realizacion, esta práctica no puede ser facturada por el anestesiolego que al mismo tiempo realizara la anestesia, por estar prevista para otro profesional expresamente incorporado al equipo quirurgico a ese efecto.	U. \$	25.50 5.93	OG	90 11.03	16.97	50.00
17.01.10	CARDIOVERSION. NO EN U.T.I. [Texto retirado por el PMO] en paciente no internado en sala de terapia intensiva.	U. \$	7.50 1.74	OG	20 2.45	4.20	50.00
17.01.11	ERGOMETRIA.	U. \$	15 3.49	OG	60 7.36	10.85	50.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] La ergometria y cicloergometria o prueba ergometrica graduable requiere ergometro electronico o mecanico, sistema de monitorizacion cardiaca, marcapaso y desfibrilador. Este arancel incluye el monitoreo y los trazados electrocardiograficos necesarios.						
17.01.12	CURVAS DE DILUCION. [Texto retirado por el PMO] con colorantes e hidrogeno.	U. \$	22.50 5.23	OG	30 3.68	8.91	50.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
17.01.13	Texto retirado por el PMO. <i>Oscilometria.</i>			I/C	
17.01.14	Texto retirado por el PMO. <i>Pletismografia.</i>			I/C	
17.01.15	FLUXOMETRIA DOPPLER. Texto retirado por el PMO. <i>con registro grafico. Incluye E.C.G. de referencia.</i>	U. 7.50 \$ 1.74	OG 20 2.45	4.20	50.00
17.01.16	TERMODILUCION.	U. 4.50 \$ 1.05	OG 20 2.45	3.50	50.00
17.01.17	REHABILITACION DEL CARDIOPATA. Texto retirado por el PMO. <i>Arancel global por un mes. (De ocho a doce sesiones).</i>	U. 45 \$ 10.47	OG 100 12.26	22.73	50.00
	<p>Texto retirado por el PMO.</p> <p>La rehabilitación del cardiopata unicamente podra realizarse en establecimientos con internacion que se adecuen a lo siguiente:</p> <p>A. RECURSOS:</p> <p>B. FISICOS: sala climatizada dedicada exclusivamente a este fin, con una superficie minima de 7 mts. cubiertos por paciente y con capacidad minima para 3. sanitarios, duchas y vestuarios adyacentes.</p> <p>C. MATERIALES: equipamiento exclusivo del area, ergometro electronico y/o mecanico, elementos necesarios para control permanente de signos vitales, que incluye como minimo: defibrilador, marcapasos y un monitor individual por cada ergometro, respirador con elementos de intubacion, oxigeno a disposicion, electrocardiografo, aparato de gimnasia, colchonetas, camillas y medicamentos.</p> <p>D. HUMANOS: Cardiólogo permanente para control directo de los pacientes, kinesiologo a demanda del paciente y auxiliar de enfermeria.</p> <p>2. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO:</p> <p>A. Las practicas de rehabilitacion cardiaca unicamente podran ser indicadas por el médico tratante.</p> <p>B. El enfermo debera estar encuadrado en el diagnostico infarto de miocardio evolucionado, post-operatorio, hipertension severa. Enfisema pulmonar severo.</p> <p>C. La rehabilitacion comprendera 2 o 3 sesiones semanales de ejercicios programados, de una hora de duracion, durante un periodo de hasta seis meses (salvo excepciones autorizadas por la obra social). Durante el transcurso de la sesion, incluido el reposo, los pacientes de alto riesgo deberan estar monitorizados, con atencion medica, kinesiologica y fisiatrica.</p> <p>Las pruebas ergometricas graduadas de evaluacion (una por mes) se facturaran por separado, de la misma manera que cualquier practica que se requiera.</p>				
17.01.18	ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTER 24 HORAS Texto retirado por el PMO. <i>dos canales MAS DE 1 CANAL.</i>	U. 60 \$ 13.96	OG 300 36.78	50.74	50.00
17.01.19	TILT - TEST.				100.00
17.01.20	MONITOREO AMBULATORIO DE TENSION ARTERIAL (PRESUROMETRIA).				50.00
				CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.	

17.02/3	OTROS DE CARDIOLOGIA
---------	-----------------------------

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
17.02.01	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO DEL HAZ DE HIS. IGUALES INDICACIONES QUE EL CODIGO 17.02.02	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.			250.00
17.02.02	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO COMPLETO CARDIACO CON PRUEBAS TERAPEUTICAS Y DE ESTIMULACION				250.00

OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. EVALUACION DE LA FUNCION DEL NODULO SINUSAL

- PACIENTES SIMTOMATICOS EN LOS CUALES LA DISFUNCION DEL NODULO SINUSAL (DNS) SE SOSPECHA COMO CAUSA DE SIMTOMAS PERO QUE LA RELACION ENTRE ARRITMIAS Y SIMTOMAS NO FUE CLARAMENTE ESTABLECIDA LUEGO DE UNA EVALUACION APROPIADA.
- PACIENTES CON DNS DOCUMENTADA EN LOS CUALES LA EVALUACION DE LA CONDUCCION AV O VA O LA SUSCEPTIBILIDAD A ARRITMIAS PUEDEN CONTRIBUIR A LA SELECCION MAS APROPIADA DE LA MODALIDAD DE MARCAPASEO.
- PACIENTES CON BRADIARRITMIAS DOCUMENTADAS ELECTROCARDIOGRAFICAMENTE PARA DETERMINAR SI ESAS ANORMALIDADES SON DEBIDAS A ENFERMEDAD INTRINSECA, DISFUNCION AUTONOMICA O EFECTOS DE DROGAS QUE PERMITAN SELECCIONAR ENTRE DIFERENTES OPCIONES TERAPEUTICAS.
- PACIENTES SIMTOMATICOS CON BRADIARRITMIAS CONOCIDAS PARA EVALUAR OTRAS POTENCIALES ARRITMIAS COMO CAUSANTE DE LOS SIMTOMAS.

2. EN PACIENTES CON BAVS ADQUIRIDOS

- PACIENTES SIMTOMATICOS EN LOS CUALES SE SOSPECHA UN BLOQUEO HIS PURKINJE COMO CAUSA DE LOS SIMTOMAS Y NO PUDO SER ESTABLECIDO.
- PACIENTES CON BAV DE 2 O 3 TRATADO CON MCP, QUE PERMANECE SIMTOMATICO Y EN QUIEN SE SOSPECHA OTRA ARRITMIA COMO CAUSA DE LOS SIMTOMAS.
- PACIENTES CON BAV DE 2 O 3 EN LOS CUALES CONOCER EL SITIO DEL BLOQUEO O SUS MECANISMOS O SU RESPUESTA A FARMACOS O A OTRAS INTERVENCIONES TEMPORARIAS PUEDAN AYUDAR A UNA TERAPIA DIRECTA O ESTABLECER PRONOSTICO.
- PACIENTES CON BAV DE 2 O 3
- PACIENTES SIMTOMATICOS EN LOS CUALES LOS SIMTOMAS Y LA PRESENCIA DEL BAV TIENEN CORRELACION ELECTROCARDIOGRAFICA.
- PACIENTES ASIMTOMATICOS CON BAV TRANSITORIOS ASOCIADOS A BRADICARDIA SINUSAL (POR EJEMPLO BAV DE 2 TIPO 1 OBSERVADA DURANTE EL SUEÑO)

3. EN PACIENTES CON DETERIORO CRONICO DE LA CONDUCCION AV

- PACIENTES ASIMTOMATICOS CON BLOQUEO COMPLETO DE RAMA EN LOS CUALES UN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PUEDA INCREMENTAR EL DETERIORO DE LA CONDUCCION O PRODUCIR UN BAVC.

4. EN PACIENTES CON TAQUICARDIAS DE QRS ANGOSTO

- PACIENTES CON EPISODIOS FRECUENTES O MAL TOLERADOS DE TAQUICARDIAS QUE NO RESPONDEN ADECUADAMENTE A DROGAS Y PARA QUIENES LA INFORMACION DEL SITIO DE ORIGEN, MECANISMO, PROPIEDADES ELECTROFISIOLOGICAS DE LAS VIAS DE LA TAQUICARDIA ES ESENCIAL PARA ELEGIR LA TERAPIA APROPIADA (FARMACOLOGICA, ABLACION MARCAPASEO O CIRUGIA)

- PACIENTES QUE REFIEREN PREFERENCIA POR EL TRATAMIENTO POR ABLACION CON RESPECTO AL FARMACOLOGICO.
- PACIENTES CON EPISODIOS FRECUENTES DE TAQUICARDIAS QUE REQUIEREN TRATAMIENTO CON DROGAS Y PARA QUIENES PODRIA EXISTIR EFECTO PROARRITMICO U OCASIONAR DETERIORO EN LA FUNCION DEL NODULO SINUSAL O DETERIORO EN LA CONDUCCION AV.

5. EN EL PACIENTE CON TAQUICARDIAS DE QRS ANCHO

- PACIENTES EN QUIENES EL DIAGNOSTICO NO ESTA CLARO LUEGO DEL ANALISIS DEL TRAZADO ELECTROCARDIOGRAFICO DISPONIBLE Y EN QUIEN EL CONOCIMIENTO DEL DIAGNOSTICO CORRECTO ES NECESARIO PARA SU CUIDADO.

6. EN PACIENTES CON SINDROME DE QT PROLONGADO

- IDENTIFICACION DE EFECTOS PROARRITMICOS DE DROGAS EN PACIENTES QUE EXPERIMENTARON TV SOSTENIDA O PARO CARDIACO DURANTE SU EMPLEO
- PACIENTES CON SINCOPE O ASIMTOMATICOS POR ARRITMIAS EN QUIENES LAS CATECOLAMINAS PUEDAN ENMASCARAR UNA ANORMALIDAD DEL QT

7. EN PACIENTES CON COMPLEJOS VENTRICULARES PREMATUROS, DUPLAS Y TVNS.

- PACIENTES CON OTROS FACTORES DE RIESGO DE FUTUROS EVENTOS ARRITMICOS TALES COMO BAJA FEVI, ECG DE SEÑAL PROMEDIADA POSITIVO Y TVNS O REGISTROS HOLTER EN LOS CUALES UN EEF PUEDA SER CONSIDERADO PARA EVALUACION DE RIESGO Y PARA LA GUIA DE LA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON TV INDUCIBLE.
- PACIENTES SIMTOMATICOS CON EV UNIFOCALES, DUPLAS Y TVNS QUE SON CANDIDATOS A ABLACION POR CATETER.

8. EN PACIENTES CON WOLF-PARKINSON-WHITE

- PACIENTES QUE ESTAN SIENDO EVALUADOS PARA UNA ABLACION O CIRUGIA DE HAZ ACCESORIO
- PACIENTES CON PREEITACION VENTRICULAR QUE SOBREVIVIERON A UN PARO CARDIACO O QUE PADECEN SINCOPE INEXPLICABLE.
- PACIENTES SIMTOMATICOS EN QUIENES DETERMINAR LA ARRITMIA O CONOCER PROPIEDADES DE LA VIA ACCESORIA Y EL SISTEMA DE CONDUCCION NORMAL AYUDARIAN A DETERMINAR EL TRATAMIENTO APROPIADO.
- PACIENTE ASIMTOMATICOS CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE MUERTE SUBITA O CON PREEITACION PERO SIN ARRITMIAS ESPONTANEAS, QUE DESARROLLA ACTIVIDADES DE RIESGO Y EN LOS CUALES SE DESEA CONOCER PROPIEDADES DE LA VIA ACCESORIA O SI PUEDEN INDUCIRSE TAQUICARDIAS, AYUDARIA A DAR RECOMENDACIONES PARA SUS ACTIVIDADES O BIEN PARA SELECCIONAR TRATAMIENTOS.
- PACIENTES CON PREEITACION VENTRICULAR QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA CARDIACA POR OTRAS RAZONES.

9. EN PACIENTES CON SINCOPE INEXPLICABLE

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

- PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD CARDIACA Y SINCOPE QUE PERMANECE INEXPLICABLE LUEGO DE EVALUACIONES APROPIADAS
10. EN PACIENTES SOBREVIVIENTES DE UN PARO CARDIACO
- SIN EVIDENCIA DE UN IAM TRANSMURAL
 - LOS QUE LOS HAN PADECIDO A MAS DE 48 HS. DE HABER SUFRIDO UN IAM EN AUSENCIA DE RECURRENCIA DE EVENTOS ISQUEMICOS.
 - SOBREVIVIENTES DE UN PARO CARDIACO CAUSADO POR BRADIARRITMIAS
 - LOS ASOCIADOS A TRASTORNOS DE LA REPOLARIZACION (SQTP)
 - EN QUIENES LOS RESULTADOS DE TESTS DIAGNOSTICOS SON CONFUSOS.

11. PARA GUIA DE TRATAMIENTO ANTIARRITMICO
- PACIENTES CON TV SOSTENIDA O PARO CARDIACO ESPECIALMENTE EN AQUELLOS CON IAM PREVIO.
 - PACIENTES CON TAQUICARDIA CON REENTRADA VENTRICULOATRIAL Y VIA ACCESORIA O FA ASOCIADA CON UNA VIA ACCESORIA PARA QUIENES SE PLANEA UN TRATAMIENTO CRONICO
 - PACIENTES CON TAQUICARDIA POR REENTRADA EN EL NODULO SINUSAL, FIBRILACION AURICULAR Y ALETEO AURICULAR SIN PREEITACION VENTRICULAR PARA QUIENES SE PLANTEA TRATAMIENTO CRONICO.

17.02.03	ABLACION POR RADIOFRECUENCIA DE ARRITMIAS CARDIACAS.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.	250.00
----------	--	-------------------------------	--------

OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. PROCEDIMIENTOS DE ABLACION POR CATETER EN PACIENTES CON TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXISTICA SINTOMATICA POR REENTRADA A NIVEL DEL NODO AURICULOVENTRICULAR, EN QUIENES LA FARMACOTERAPIA RESULTE INAPROPADA PARA CONTROLAR LA ARRITMIA.
2. PROCEDIMIENTOS DE ABLACION POR CATETER EN PACIENTES CON TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXISTICA SINTOMATICA POR REENTRADA AURICULOVENTRICULAR A TRAVES DE VIAS ACCESORIAS (SINDROME DE WOLF PARKINSON WHITE) EN QUIENES LA FARMACOTERAPIA RESULTE INAPROPADA PARA CONTROLAR LA ARRITMIA.
3. PROCEDIMIENTOS DE ABLACION POR CATETER EN PACIENTES CON ALETEO AURICULAR EN QUIENES LA FARMACOTERAPIA RESULTE INAPROPADA PARA CONTROLAR LA ARRITMIA.
4. PROCEDIMIENTOS DE ABLACION DEL NODO AURICULOVENTRICULAR CON COLOCACION DE MARCAPASO DEFINITIVO EN PACIENTES CON TAQUIARRITMIAS AURICULARES SINTOMATICAS EN QUIENES LA FARMACOTERAPIA RESULTE INAPROPADA PARA CONTROLAR LA FRECUENCIA VENTRICULAR (SI LA ABLACION PRIMARIA DE LA ARRITMIA AURICULAR NO ES VIABLE)

18	ECOGRAFIA – ECODOPPLER
----	------------------------

NORMAS

Texto retirado por el PMO

Los gastos de este código se facturan con unidad gastos radiológicos (por Resolución de la Secretaría de Salud N° 60/89). Normas para la acreditación: Para poder efectuar las prácticas de ecografía, el médico deberá cumplir los siguientes requisitos:

- A. Aportar antecedentes.
- B. Certificación habilitante dada por autoridad competente, o acreditar seis meses de concurrencia de post-gradó en una institución pública o privada reconocida, nacional o extranjera.
- C. Para efectuar y facturar las prácticas de ecocardiografía deberá ser también cardiólogo y cumplimentar lo referido en los puntos A y B.
- D. Para efectuar y facturar la ecografía oftalmológica, deberá ser también oftalmólogo y cumplimentar lo referido en los puntos A y B.

NORMAS GENERALES

1. Todas estas prácticas deben ser autorizadas previamente por la auditoría médica de la O.Social (en caso que no tuviera aud. médica por responsables de la O.Social)
 2. Se consideran incluidos todos los honorarios que demande la intervención de otros especialistas.
 3. En toda práctica de ecografía debe entregarse al paciente el informe y su registro correspondiente (fotografía, radiografía, etc.), cuyo costo está incluido en la práctica.
 4. Todo equipo de ecografía debe contar con el sistema de tonos de grises.
 5. Toda práctica de ecografía incluye, cuando sea necesario, el cálculo de volumen y estudio de tumores.
- No pueden agregarse a la práctica el valor de una consulta médica.

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos			
18.01.01	ECOCARDIOGRAMA COMPLETO A M Y B. [Texto retirado por el PMO] incluye electrocardiograma sincronico de referencia con o sin otros parametros. (Modo A y M).	U. \$	27 6.28	GR 17.83	51 24.11	50.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] Incluye electrocardiograma completo de referencia con o sin parametros.					
18.01.02	[Texto retirado por el PMO] Ecocardiograma completo, con registro continuo o video-tape (modo A y M).	U. \$	27 6.28	GR 20.28	58 26.56	50.00
18.01.03	[Texto retirado por el PMO] Ecocardiograma completo, con ecoscopia (modo B).	U. \$	33 7.68	GR 24.82	71 32.50	50.00
18.01.04	ECOGRAFIA TOCGINECOLOGICA CON O SIN TRANSDUCTOR VAGINAL.	U. \$	27 6.28	GR 20.28	58 26.56	50.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] Incluye todo el estudio ecografico fetal.					
18.01.06	ECOGRAFIA MAMARIA [Texto retirado por el PMO] uni o BILATERAL.	U. \$	27 6.28	GR 17.83	51 24.11	50.00
18.01.07	ECOGRAFIA CEREBRAL. [Texto retirado por el PMO] (con modo B y A).	U. \$	27 6.28	GR 17.83	51 24.11	50.00
18.01.09	ECOGRAFIA OFTALMOLOGICA UNI O BILATERAL.	U. \$	27 6.28	GR 12.94	37 19.22	50.00
18.01.10	ECOGRAFIA TIROIDEA.	U. \$	18 4.19	GR 11.89	34 16.07	50.00
18.01.11	ECOGRAFIA DE TESTICULOS.	U. \$	18 4.19	GR 8.39	24 12.58	50.00
18.01.12	ECOGRAFIA COMPLETA DE ABDOMEN.	U. \$	37.50 8.72	GR 24.82	71 33.54	50.00
18.01.13	ECOGRAFIA HEPATO [Texto retirado por el PMO] hepatica BILIAR, ESPLENICA O TORACICA.	U. \$	27 6.28	GR 24.82	71 31.10	50.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] En caso de estudiarse mas de un organo, se facturara ecografia completa de abdomen. Código 18.01.12					
18.01.14	ECOGRAFIA DE VEJIGA O PROSTATA. CON O SIN TRANSDUCTOR RECTAL.	U. \$	18 4.19	GR 17.83	51 22.02	50.00
18.01.16	ECOGRAFIA RENAL BILATERAL.	U. \$	27 6.28	GR 21.33	61 27.61	50.00
18.01.17	ECOGRAFIA AORTA ABDOMINAL DINAMICA Y ESTATICA. [Texto retirado por el PMO] (modo M)	U. \$	27 6.28	GR 17.83	51 24.11	50.00
18.01.18	ECOGRAFIA PANCREATICA O SUPRARRENAL.	U. \$	33 7.68	GR 17.83	51 25.51	50.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos			
18.01.21	Texto retirado por el PMO Ecografia para la amniocentesis.	U. \$	18 4.19	gr 51 17.83	22.02	50.00

18.02/3...	OTROS DE ECODOPPLER
------------	----------------------------

18.02.01	ECODOPPLER PERIFERICO BLANCO Y NEGRO.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.	100.00
18.02.02	ECODOPPLER PERIFERICO COLOR.		100.00
18.02.03	ECODOPPLER COLOR CIRCULACION PORTAL -SUPRAHEPatico- CAVA.		100.00
18.02.04	ECODOPPLER COLOR ESLENICO - CAVA.		100.00
18.03.01	ECODOPPLER CARDIACO COLOR.		100.00
18.03.02	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS FISICO Y/O FARMACOLOGICO. (CON IMAGEN DIGITALIZADA) OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: 1. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ISQUEMIA MIOCARDICA CON ERGOMETRIA DUDOSA 2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ISQUEMIA MIOCARDICA ASOCIADA A ENTIDADES QUE ALTERAN LA SENSIBILIDAD DE LA ERGOMETRIA (BCR), MIOCARDIOPATIAS, WOLF-PARKINSON-WHITE) 3. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA CONOCIDA Y POSTOPERATORIOS 4. INFORMACION PRONOSTICA EN PACIENTES CON IAM PASIBLES DE CIRUGIA DE REVASCULARIZACION Y PARA EVALUACION DE SU ISQUEMIA	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.	100.00
18.05.01	ECODOPPLER CARDIACO FETAL COLOR.		100.00
18.05.02	ECODOPPLER TRANSCRANEAL. OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: 1. LA DETECCION DE VASOESPASMO EN HSA (AUMENTO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO) 2. LA DETECCION NO INVASIVA DE ATROMATOSIS INTRACRANEAL EN EL ADULTO (AUMENTO FOCAL DE LA VELOCIDAD DE FLUJO) O HEMOGLOBINOPATIAS EN EL NIÑO. 3. MONITOREO INTRAOPERATORIO (DETECCION DE MICROENBOLOS) EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR O ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA 4. EN EL DIAGNOSTICO DE MUERTE ENCEFALICA COMO METODO COMPLEMENTARIO O EN LAS SITUACIONES ESPECIALES DESCRIPTAS		100.00
18.06.01	ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.	100.00

CÓDIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

19	ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION				
----	----------------------------	--	--	--	--

19.01.01	METABOLISMO BASAL.	U.	3		5			
		\$	0.70	OG	0.61	1.31	50.00	
19.01.02	REGIMEN INDIVIDUAL CON PREPARACION DE MENU DIETETICO.	U.	3.75					
		\$	0.87			0.87	50.00	
19.01.03	PREPARACION DE DIETA PARENTERAL Y/O ENTERAL.							
								CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O. 50.00

20	GASTROENTEROLOGIA				
----	-------------------	--	--	--	--

Norma: [Texto retirado por el PMO] Los valores consignados en los códigos 20.01.01 al 20.01.03 no incluyen el costo de las sustancias utilizadas para realizar las distintas pruebas.

20.01.01	[Texto retirado por el PMO] Estudio TEST DE BERNSTEIN - PRUEBA DE PERFUSION ESOFAGICA.	U.	7.50		7			
		\$	1.74	OG	0.86	2.60	50.00	
20.01.02	SONDEO GASTRICO FRACCIONADO PARA TEST SECRETORIO CON DROGAS. [Texto retirado por el PMO] Prueba de histamina, histalog, pentagastrina, test de Kay. (Incluye determinación de acidez basal)	U.	15		18			
		\$	3.49	OG	2.21	5.70	50.00	
20.01.03	[Texto retirado por el PMO] Sondeo gastrico en ayunas para determinacion de quimismo. (Incluye titulación)	U.	4.50		18			
		\$	1.05	OG	2.21	3.25	50.00	
20.01.04	SONDEO CON ELECTRODO INTRAGASTRICO PARA PH. [Texto retirado por el PMO] determinacion de (Radiotelemetría)	U.	4.50		18			
		\$	1.05	OG	2.21	3.25	50.00	
20.01.05	SONDEO GASTRICO PARA TEST SECRETORIO CON INSULINA. TEST DE HOLLANDER. [Texto retirado por el PMO] con extraccion de muestras de sangre para glucemia al comienzo de la prueba, a los 30 y 45 minutos. (Incluye titulación)	U.	18		7			
		\$	4.19	OG	0.86	5.05	50.00	
20.01.06	[Texto retirado por el PMO] Sondeo duodenal diagnostico con control radioscopico de sonda con o sin prueba de Meltzer-Lyon, con o sin extraccion de muestras para citologia exfoliativa. (Incluye estudio de sedimento biliar)	U.	18		15			
		\$	4.19	OG	1.84	6.03	50.00	
20.01.07	SONDEO DUODENAL [Texto retirado por el PMO] con sonda DE DOBLE LUZ, PARA ESTIMULACION PANCREATICA. [Texto retirado por el PMO] con control radioscopico, prueba funcional con estimulación con secretina. (Incluye dosaje de bicarbonato y/o enzimas)	U.	22.50		18			
		\$	5.23	OG	2.21	7.44	50.00	
20.01.08	[Texto retirado por el PMO] Clearance de bromosulfateleina	U.	15		15			
		\$	3.49	OG	1.84	5.33	50.00	

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES			TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos			
20.01.09	<u>Texto retirado por el PMO</u> Test de retencion de BSF a los 45 minutos mas prueba de Caroli.	U. 7.50 \$ 1.74	og 15 1.84	3.58	50.00	
20.01.10	<u>Texto retirado por el PMO</u> Test de retencion de bromosulfaleina a los 45 minutos.	U. 4.50 \$ 1.05	og 10 1.23	2.27	50.00	
20.01.11	MOTILIDAD ESOFAGICA MANOMETRIA. <u>Texto retirado por el PMO</u> Obtencion de registro grafico simultaneo de deglucion, respiracion y peristaltismo esofagico	U. 30 \$ 6.98	OG 20 2.45	9.43	50.00	
20.01.12	DETERMINACION DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO. <u>Texto retirado por el PMO</u> por medios de microelectrodos, phchímetros o capsula de Heidelberg, con registro grafico	U. 15 \$ 3.49	OG 15 1.84	5.33	50.00	
20.01.13	LAVADO GASTRICO O ESOFAGICO EN PACIENTE. <u>Texto retirado por el PMO</u> no internado en terapia intensiva	U. 3 \$ 0.70	OG 7 0.86	1.56	50.00	
20.01.14	<u>Texto retirado por el PMO</u> Extraccion de material de esofago o estomago para citologia exfoliativa (como unica practica).	U. 4.50 \$ 1.05	og 7 0.86	1.90	50.00	
20.01.15	COLOCACION DE SONDA BALON DE SENGSTAKEN. <u>Texto retirado por el PMO</u> Blakemore, Linton o similares en hemorragias digestivas por varices esofagicas	U. 4.50 \$ 1.05	OG 10 1.23	2.27	50.00	
20.01.16	BIOPSIA PERORAL ESOFAGICA O GASTRICA. (INCLUYE CEPILLADO) <u>Texto retirado por el PMO</u> por aspiracion con control radioscopico del instrumento	U. 4.50 \$ 1.05	OG 10 1.23	2.27	50.00	
20.01.17	<u>Texto retirado por el PMO</u> Biopsia peroral del intestino delgado por aspiración con control radioscopico con extracción unica Crosby.	U. 15 \$ 3.49	og 15 1.84	5.33	50.00	
20.01.18	<u>Texto retirado por el PMO</u> Biopsia peroral del intestino delgado por aspiración con control radioscopico. Extraccion multiple por succion hidraulica.	U. 22.50 \$ 5.23	og 18 2.21	7.44	50.00	
20.01.19	<u>Texto retirado por el PMO</u> Esofagoscopia con instrumental rigido.	U. 15 \$ 3.49	og 45 5.52	9.01	50.00	
20.01.20	ESOFAGOFIBROSCOPIA.	U. 37.50 \$ 8.72	OG 273 33.47	42.19	250.00	
20.01.21	<u>Texto retirado por el PMO</u> Gastroscopia con instrumental rigido	U. 22.50 \$ 5.23	og 45 5.52	10.75	50.00	
20.01.22	ESOFAGOGASTRODUODENOFIBROSCOPIA.	U. 45 \$ 10.47	OG 342 41.93	52.40	250.00	
20.01.23	CANULACION ENDOSCOPICA DE AMPOLLA <u>Texto retirado por el PMO</u> papila DE VATER PARA COLANGIOGRAFIA RETROGRADA. <u>Texto retirado por el PMO</u> con colangio y/o pancreatografia	U. 45 \$ 10.47	OG 100 12.26	22.73	250.00	
20.01.24	COLONOFIBROSCOPIA.	U. 52.50 \$ 12.21	OG 456 55.91	68.12	250.00	
20.01.25	RECTOSIGMOIDOSCOPIA. <u>Texto retirado por el PMO</u> con instrumental rigido	U. 15 \$ 3.49	OG 30 3.68	7.17	250.00	
20.01.26	RECTOSIGMOIDOFIBROSCOPIA.	U. 15 \$ 3.49	OG 228 27.95	31.44	250.00	

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
20.01.27	Texto retirado por el PMO Anoscopia.				I/C
20.01.28	DILATACION ESOFAGICA CON CONTROL ENDOSCOPICO POR CUALQUIER MECANISMO. Texto retirado por el PMO (por sesion, incluye la endoscopia)	U. \$	30 6.98	OG 20 2.45	9.43 250.00
20.01.29	Texto retirado por el PMO Dilatacion esofagica con sonda de mercurio sin endoscopia (por sesion).	U. \$	15 3.49	OG 10 1.23	4.72 50.00
20.01.30	Texto retirado por el PMO Reduccion no quirúrgica de la invaginacion intestinal (enema baritada, insuflacion controlada).	U. \$	15 3.49	OG 45 5.52	9.01 50.00
20.01.31	Texto retirado por el PMO Reduccion manual de recto. Dilatacion digital o instrumental de recto o ano.				I/C
20.01.32	Texto retirado por el PMO Gastrofibroscopia.	U. \$	37.50 8.72	OG 342 41.93	50.65 50.00
20.01.34	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA.	U. \$	22.50 5.23	OG 100 12.26	17.49 250.00
20.01.35	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA COLONICA.	U. \$	30 6.98	OG 150 18.39	25.37 250.00
20.01.36	Texto retirado por el PMO Hasta 3 fotografias realizadas durante el acto endoscopico, se recargara.	U. \$	1.50 0.35	OG 15 1.84	2.19 50.00

20.02/3/4/5/6 OTROS DE GASTROENTEROLOGIA

20.02.01	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA.				250.00
20.02.02	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA CON EXTRACCION DE CALCULO.				250.00
20.03.01	ESTUDIO DINAMICO DE GLANDULAS SALIVALES.				100.00
20.04.01	ABLACION DE TUMORES ESOFAGICOS POR METODOS FISICOS O QUIMICOS.				250.00
20.05.01	PHMETRIA ESOFAGICA PARA LACTANTES.				100.00
20.06.01	BUSQUEDA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA CON ERITROMARCADORES OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: PACIENTES CON HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL DETECTADA O SOSPECHADA Y NO LOCALIZADA POR LOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS Y /O ANGIOGRAFICOS.				250.00

CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

21	GENETICA HUMANA
----	-----------------

21.01	GENETICA HUMANA
-------	-----------------

21.01.01	ESTUDIO GENETICO. COMPRENDE CONSULTAS. <i>Texto retirado por el PMO asesoramiento, dermatoglifos</i>	U. \$	32.50 7.56	OG	5 0.61	8.17	250.00
21.01.01 A	CONSULTA GENETICA. SEGÚN RES. 58/17-MS POR SER ESPECIALISTA LE CORRESPONDE COSEGURO DE						150.00
21.01.02	DERMATOGLIFOS.	U. \$	15.50 3.61	OG	5 0.61	4.22	100.00
21.01.03	CROMATINA SEXUAL EN MUCOSA O <i>Texto retirado por el PMO. En SANGRE.</i>	U. \$	6.50 1.51	OG	10 1.23	2.74	100.00
21.01.04	ANALISIS CROMOSOMICO DE CARIOTIPO SIMPLE.	U. \$	39 9.07	OG	120 14.71	23.78	250.00
21.01.05	ANALISIS CROMOSOMICO DE CARIOTIPO CON BANDAS G	U. \$	52 12.10	OG	130 15.94	28.03	250.00
21.01.06	ANALISIS CROMOSOMICO DE CARIOTIPO CON BANDAS Q.	U. \$	52 12.10	OG	150 18.39	30.49	250.00
21.01.07	ANALISIS CROMOSOMICO DE CARIOTIPO CON BANDAS G-T Y Q.	U. \$	65 15.12	OG	280 34.33	49.45	250.00

21.02	HISTOCOMPATIBILIDAD
-------	---------------------

21.02.01	ESTUDIO COMPLETO DE HISTOCOMPATIBILIDAD PARA TRANSPLANTES DE ORGANOS HASTA CINCO PERSONAS.	U. \$	260 60.48	OG	2800 343.28	403.76	250.00
21.02.02	ESTUDIO COMPLETO DE HISTOCOMPATIBILIDAD PARA TRANSPLANTES DE ORGANOS POR PERSONA. <i>Texto retirado por el PMO (subsiguiente)</i>	U. \$	39 9.07	OG	500 61.30	70.37	250.00
21.02.03	CROSS-MATCH CONTRA PANEL DE LINFOCITOS EN RECEPTOR DE TRANSPLANTE RENAL. <i>Texto retirado por el PMO (anticuerpos anti HLA), (cada 3 meses)</i>	U. \$	43 10	OG	467 57.25	67.26	250.00
21.02.04	CROSS-MATCH CONTRA PANEL DE LINFOCITOS EN RECEPTOR DE TRANSPLANTE HIPERINMUNIZADO. <i>Texto retirado por el PMO (anticuerpos anti HLA) (Cross-match de rutina positivo mayor del 90%)</i>	U. \$	87 20.24	OG	933 114.39	134.62	250.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
21.02.05	CROSS-MATCH CONTRA DONANTE VIVO EN LINFOCITOS T Y B EN RECEPTOR DE TRANSPLANTE 48 HS. PREVIAS AL TRANSPLANTE. <i>[Texto retirado por el PMO.] (anticuerpos anti HLA), renal</i>	U. 260 \$ 60.48	OG 2800 343.28	403.76	250.00
21.02.06	DETERMINACION DE ANTIGENOS DR-DQ EN RECEPTOR O EN DONANTE DE TRANSPLANTE RENAL O DE MEDULA OSEA. <i>[Texto retirado por el PMO.] Por única vez.</i>	U. 78 \$ 18.14	OG 840 102.98	121.13	250.00
21.02.07	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS, PASO FINAL DEL TRANSPLANTE RENAL O DE MEDULA OSEA. <i>[Texto retirado por el PMO.] (con donante vivo) Por única vez.</i>	U. 87 \$ 20.24	OG 933 114.39	134.62	250.00
21.02.08	GENOTIPIFICACION VIRUS HEPATITIS C EN PACIENTES HIV POSITIVOS.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.			250.00

22	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
----	---------------------------

22.01	GINECOLOGIA
-------	-------------

22.01.01	COLPOSCOPIA. <i>[Texto retirado por el PMO.] Traqueloscopia</i> SE ASEGURA LA COBERTURA: 1. EN PACIENTES CUYO PAPANICOLAOU RESULTADO SEA ANORMAL O DUDOSA.	U. 4.50 \$ 1.05	OG 18 2.21	3.25	50.00
22.01.02	<i>[Texto retirado por el PMO.] Colpocitología, obtención del material por sesión (efectuado por otro profesional que no sea el citólogo)</i>			I/C	50.00
22.01.03	TEST DE SIMS-HUNER.	U. 3 \$ 0.70	OG 5 0.61	1.31	50.00
22.01.04	ESTUDIO del MOCO CERVICAL. <i>[Texto retirado por el PMO.] (Con microscopio)</i>	U. 3 \$ 0.70	OG 5 0.61	1.31	50.00
22.01.05	PERSUFLACION CON REGISTRO QUIMOGRAFICO.	U. 7.50 \$ 1.74	OG 7 0.86	2.60	50.00
22.01.06	PERSUFLACION, HIDROTUBACION. <i>[Texto retirado por el PMO.] (Por cada sesión)</i>	U. 3 \$ 0.70	OG 7 0.86	1.56	50.00
22.01.07	INSTILACION DE SUSTANCIA RADIOPACA. <i>[Texto retirado por el PMO.] Para histerosalpingografia, ginecografia, etc.</i>	U. 3 \$ 0.70	OG 7 0.86	1.56	50.00
22.01.08	CEPILLADO DE EPITELIO VAGINAL Y CERVICAL PARA DETECCION. HPV CA IN-SITU	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.			50.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES			TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios		Gastos		

22.02/03/ 04	OBSTETRICIA
--------------	-------------

22.02.01	AMNIOSCOPIA.	U.	4.50		5	1.66	250.00	
		\$	1.05	OG	0.61			
22.02.02	MONITOREO FETAL.	U.	15		50	9.62	50.00	
		\$	3.49	OG	6.13			
Norma:	Texto retirado por el PMO. El monitoreo fetal se podrá efectuar únicamente en partos de alto riesgo fetal o como prueba de tolerancia a las contracciones inducidas ante inminencia de ese riesgo. Incluye el control en dos canales de frecuencia cardíaca fetal y contracción uterina.							
22.02.03	PSICOPROFILAXIS DEL PARTO. METODO	U.	22.50		40	10.14	50.00	
		\$	5.23	OG	4.90			
Norma:	Texto retirado por el PMO. El método psicoprofiláctico del parto comprende curso completo teórico-práctico de un mínimo de ocho clases. Los aranceles establecidos cubren la participación de los integrantes del equipo (tocólogo, obstétrico, psicólogo, etc) y el gasto sanatorial cubre el curso completo. Excluye: la atención del parto.							
22.02.04	CONTROL OBSTETRICO DEL TRABAJO DE PARTO.	U.	67.50			15.70	50.00	
		\$	15.70					
Norma:	Texto retirado por el PMO. Sera admitida su facturación, únicamente cuando sea realizada en internación y por profesional obstétrica (no médico/a) . El arancel incluye el control y seguimiento del trabajo de parto en su totalidad. Se podrán facturar hasta 2 controles y seguimientos simultaneos, y siempre que ambas parturientas permanezcan en el mismo sector o área de internación. AMPLIACION DE LA NORMA: Para facturar este código deberá existir trabajo de parto, controlado por profesional obstetra en internación y el informe escrito y firmado de la misma.							
22.03.01	ESTUDIO DE MADURACION PULMONAR FETAL.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.						100.00
22.04.01	ESPECTROFOTOMETRIA DE LIQUIDO AMNIOTICO.							100.00

Capítulo del Nom.Nac. retirado por el PMO. A excepción del 23.02.34

23	HEMATOLOGIA - INMUNOLOGIA
----	---------------------------

23.01.01	Adhesividad plaquetaria in vivo o in vitro	U.	12		5	7.64	50.00
		\$	2.79	gb	4.85		
23.01.02	Agregacion plaquetaria. Mínimo tres sustancias inductoras	U.	18		8	11.95	50.00
		\$	4.19	gb	7.76		
23.01.03	Adenograma	U.	10.50		3	5.35	50.00
		\$	2.44	gb	2.91		
23.01.04	Investigacion de aglutininas. En medio salino, en medio albuminoso y prueba de Coombs indirecta. Prueba de compatibilidad	U.	4.50		2	2.99	50.00
		\$	1.05	gb	1.94		

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos			
23.01.05	Aglutininas del sistema ABO. (En medio salino, en medio albuminoso y cuantitativo)	U. \$	6 1.40	gb 1.46	1.50 2.85	50.00
23.01.06	Anticoagulante circulante. Determinacion de	U. \$	3 0.70	gb 2.43	2.50 3.12	50.00
23.01.07	Anticuerpo. Elucion de	U. \$	4.50 1.05	gb 1.46	1.50 2.50	50.00
23.01.08	Anticuerpos inmunes (Landsteiner)	U. \$	3 0.70	gb 1.46	1.50 2.15	50.00
23.01.09	Anticuerpos inmunes (Witebesky)	U. \$	3 0.70	gb 2.91	3 3.61	50.00
23.01.10	Antiglobulina humana con suero antinograma. Prueba de	U. \$	3 0.7	gb 1.46	1.50 2.15	50.00
23.01.11	Antitrombina. Titulacion de	U. \$	4.50 1.05	gb 1.46	1.50 2.50	50.00
23.01.12	Autohemolisis. Prueba de	U. \$	6 1.40	gb 1.46	1.50 2.85	50.00
23.01.13	Bence Jones. Proteina de	U. \$	1.50 0.35	gb 0.97	1 1.32	50.00
23.01.14	Bilirrubinemia total (directa, indirecta).	U. \$	1.50 0.35	gb 1.46	1.50 1.80	50.00
23.01.15	Celulas falciformes o drepanociticas o Sickle Cells (anaerobiosis).	U. \$	3 0.70	gb 0.97	1 1.67	50.00
23.01.16	Celulas L E (medula).	U. \$	9 2.09	gb 1.46	1.50 3.55	50.00
23.01.17	Celulas L E (sangre).	U. \$	4.50 1.05	gb 1.46	1.50 2.50	50.00
23.01.18	Coagulación y sangría. Tiempo de	U. \$	1.50 0.35	gb 0.97	1 1.32	50.00
23.01.19	Coagulo. Retraccion de	U. \$	1.50 0.35	gb 0.97	1 1.32	50.00
23.01.20	Coombs directa. Prueba de	U. \$	3 0.70	gb 1.46	1.50 2.15	50.00
23.01.21	Coombs indirecta. Prueba de, cualitativa	U. \$	3 0.70	gb 1.46	1.50 2.15	50.00
23.01.22	Coombs indirecta. Prueba de, cuantitativa	U. \$	4.50 1.05	gb 2.43	2.50 3.47	50.00
23.01.23	Crioaglutininas.	U. \$	1.50 0.35	gb 0.97	1 1.32	50.00
23.01.24	Crioglobulinas.	U. \$	3 0.70	gb 0.97	1 1.67	50.00
23.01.25	Cromatina sexual.	U. \$	3 0.70	gb 0.97	1 1.67	50.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
23.01.26	Dacie. Prueba de	U. 3	gb 1.50	2.15	50.00
		\$ 0.70	1.46		
23.01.27	Davidshon diferenciada. Prueba de	U. 4.50	gb 2.50	3.47	50.00
		\$ 1.05	2.43		
23.01.28	Donath-Landsteinner cuantitativa. Prueba de	U. 4.50	gb 1.50	2.50	50.00
		\$ 1.05	1.46		
23.01.29	Electroforesis sin papel (hemoglobina o suero).	U. 4.50	gb 3	3.96	50.00
		\$ 1.05	2.91		
23.01.30	Electroforesis poliacrilamida, cualitativa.	U. 4.50	gb 4	4.93	50.00
		\$ 1.05	3.88		
23.01.31	Electroforesis poliacrilamida, cuantitativa.	U. 9	gb 4	5.97	50.00
		\$ 2.09	3.88		
23.01.32	Eosinófilos. Recuento de	U. 1.50	gb 1	1.32	50.00
		\$ 0.35	0.97		
23.01.33	Eritrosedimentación.	U. 1.50	gb 1	1.32	50.00
		\$ 0.35	0.97		
23.01.34	Espectrofotometría del líquido amniótico.	U. 7.50	gb 1.50	3.20	50.00
		\$ 1.74	1.46		
23.01.35	Esplenograma.	U. 12	gb 5	7.64	50.00
		\$ 2.79	4.85		
23.01.36	Estado secretor.	U. 3	gb 1.50	2.15	50.00
		\$ 0.70	1.46		
23.01.37	Etanol. Prueba de gelificación con	U. 1.50	gb 1	1.32	50.00
		\$ 0.35	0.97		
23.01.38	Extón Rosse. Prueba de	U. 3	gb 4	4.58	50.00
		\$ 0.70	3.88		
23.01.39	Factor de coagulación II (protombina Duckert) en plasma o en suero.	U. 4.50	gb 1.50	2.50	50.00
		\$ 1.05	1.46		
23.01.40	Factor de coagulación V.	U. 4.50	gb 2	2.99	50.00
		\$ 1.05	1.94		
23.01.41	Factor de coagulación VII.	U. 4.50	gb 2	2.99	50.00
		\$ 1.05	1.94		
23.01.42	Factores de coagulación complejo VII-X.	U. 4.50	gb 2	2.99	50.00
		\$ 1.05	1.94		
23.01.43	Factor de coagulación VIII.	U. 6	gb 2	3.34	50.00
		\$ 1.40	1.94		
23.01.44	Factor de coagulación IX.	U. 6	gb 2	3.34	50.00
		\$ 1.40	1.94		
23.01.45	Factor de coagulación X.	U. 6	gb 2.50	3.82	50.00
		\$ 1.40	2.43		
23.01.46	Factor de coagulación XI.	U. 6	gb 2	3.34	50.00
		\$ 1.40	1.94		

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES			TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos				
23.01.47	Factor de coagulación XII.	U. \$	6 1.40	gb	2 1.94	3.34	50.00
23.01.48	Factor de coagulación XIII cualitativo.	U. \$	1.50 0.35	gb	1 0.97	1.32	50.00
23.01.49	Factor de coagulación XIII semicualitativo.	U. \$	6 1.40	gb	1 0.97	2.37	50.00
23.01.50	Ferremia. Sideremia.	U. \$	3 0.70	gb	2.50 2.43	3.12	50.00
23.01.51	Fibrinogeno (sangre).	U. \$	6 1.40	gb	1.50 1.46	2.85	50.00
23.01.52	Fibrinólisis (lisis de euglobulinas).	U. \$	6 1.40	gb	1.50 1.46	2.85	50.00
23.01.53	Folico ácido (microbiológico).	U. \$	6 1.40	gb	3 2.91	4.31	50.00
23.01.54	Fórmula leucocitaria.	U. \$	1.50 0.35	gb	1 0.97	1.32	50.00
23.01.55	Fosfatasa alcalina leucocitaria (citoquímica).	U. \$	3 0.70	gb	1.50 1.46	2.15	50.00
23.01.56	Globulina gamma (suero).	U. \$	1.50 0.35	gb	3 2.91	3.26	50.00
23.01.57	Globulina gamma (latex).	U. \$	4.50 1.05	gb	1.50 1.46	2.50	50.00
23.01.58	Globulos blancos. Recuento	U. \$	1.50 0.35	gb	1 0.97	1.32	50.00
23.01.59	Globulos rojos. Recuento	U. \$	1.50 0.35	gb	1 0.97	1.32	50.00
23.01.60	Glucogeno (citoquímico).	U. \$	3 0.70	gb	1.50 1.46	2.15	50.00
23.01.61	Glucogeno previa digestión (citoquímico).	U. \$	4.50 1.05	gb	2 1.94	2.99	50.00
23.01.62	Gota gruesa.	U. \$	1.50 0.35	gb	1 0.97	1.32	50.00
23.01.63	Grupo sanguíneo ABO.	U. \$	1.50 0.35	gb	1.50 1.46	1.80	50.00
23.01.64	Han. Prueba de	U. \$	3 0.70	gb	1.50 1.46	2.15	50.00
23.01.65	Heinz. Cuerpos de	U. \$	3 0.70	gb	1 0.97	1.67	50.00
23.01.66	Hematies. Resistencia globular osmotica de los	U. \$	3 0.70	gb	1.50 1.46	2.15	50.00
23.01.67	Hematies. Tripsinacion de los u otros métodos enzimáticos.	U. \$	1.50 0.35	gb	1 0.97	1.32	50.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
23.01.68	Hematocrito.	U. 1.50	gb 1	1.32	50.00
		\$ 0.35	0.97		
23.01.69	Hemoaglutinacion pasiva. Prueba de, hematies tanados.	U. 6	gb 3	4.31	50.00
		\$ 1.40	2.91		
23.01.70	Hemoaglutininas (Wlughan).	U. 3	gb 1.50	2.15	50.00
		\$ 0.70	1.46		
23.01.71	Hemoaglutinogenos (subtipos del sistema ABO). Cada determinación.	U. 3	gb 2	2.64	50.00
		\$ 0.70	1.94		
23.01.72	Hemoaglutinogenos DU.	U. 4.50	gb 2	2.99	50.00
		\$ 1.05	1.94		
23.01.73	Hemoglobulina. Dosaje	U. 1.50	gb 1	1.32	50.00
		\$ 0.35	0.97		
23.01.74	Hemoglobulina. Electroforesis de	U. 4.50	gb 3	3.96	50.00
		\$ 1.05	2.91		
23.01.75	Hemoglobina en plasma.	U. 3	gb 2	2.64	50.00
		\$ 0.70	1.94		
23.01.76	Hemoglobina. Solubilidad de la	U. 3	gb 2	2.64	50.00
		\$ 0.70	1.94		
23.01.77	Hemoglobina alcalirresistente.	U. 3	gb 1.50	2.15	50.00
		\$ 0.70	1.46		
23.01.78	Hemograma. Incluye recuento de hematies, leucocitos, fórmula leucocitaria y morfología, hematocrito y dosaje de hemoglobina.	U. 3	gb 1.30	1.96	50.00
		\$ 0.70	1.26		
23.01.79	Hemosilinas en caliente (titulación) o en frio, excluyendo anticuerpos de Donath-Landsteiner.	U. 3	gb 1.50	2.15	50.00
		\$ 0.70	1.46		
23.01.80	Hemosiderina. Investigacion (citoquimica).	U. 3	gb 1.50	2.15	50.00
		\$ 0.70	1.46		
23.01.81	Heparina. Resistencia a la, in vitro. -Soulie o similar-.	U. 4.50	gb 1.50	2.50	50.00
		\$ 1.05	1.46		
23.01.82	Heparina. Resistencia a la, in vivo. -de Takats-.	U. 4.50	gb 1.50	2.50	50.00
		\$ 1.05	1.46		
23.01.83	Hiperheparinemia.	U. 7.50	gb 2	3.68	50.00
		\$ 1.74	1.94		
23.01.84	IBC (Iron Binding Capacity).	U. 4.50	gb 2	2.99	50.00
		\$ 1.05	1.94		
23.01.85	Identificacion de anticuerpos con panel en medio salino o albuminoso (las pruebas de Coombs indirectas se facturan por separado).	U. 9	gb 8	9.86	50.00
		\$ 2.09	7.76		
23.01.86	Indice opsonocitofacigo.	U. 4.50	gb 4	4.93	50.00
		\$ 1.05	3.88		
23.01.87	Inmunolectroforesis.	U. 9	gb 6	7.91	50.00
		\$ 2.09	5.82		
23.01.88	Latex globulina gamma.	U. 4.50	gb 1.50	2.50	50.00
		\$ 1.05	1.46		

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
23.01.89	Latex LE.	U. 4.50	gb 3	3.96	50.00
		S 1.05	gb 2.91		
23.01.90	Lazo. Prueba de	U. 1/C	gb 1	0.97	50.00
		S	gb 0.97		
23.01.91	Leucinoaminopeptidasa. Test de	U. 9	gb 2	4.03	50.00
		S 2.09	gb 1.94		
23.01.92	Leucoaglutinacion. Inhibicion de	U. 4.50	gb 3.50	4.44	50.00
		S 1.05	gb 3.40		
23.01.93	Leucoaglutininas. Metodo directo	U. 3	gb 1.50	2.15	50.00
		S 0.70	gb 1.46		
23.01.94	Leucocitos. Resistencia de los	U. 3	gb 1.50	2.15	50.00
		S 0.70	gb 1.46		
23.01.95	Leucoprecipitinas.	U. 3	gb 1.50	2.15	50.00
		S 0.70	gb 1.46		
23.01.96	Magnesio (sangre).	U. 3	gb 1.50	2.15	50.00
		S 0.70	gb 1.46		
23.01.97	Medulograma, mielograma.	U. 12	gb 4	6.67	50.00
		S 2.79	gb 3.88		
23.01.98	Mononucleosis infecciosa. Reaccion para, monotest	U. 3	gb 3.50	4.09	50.00
		S 0.70	gb 3.40		
23.01.99	Parasitos hematicos.	U. 4.50	gb 1	2.02	50.00
		S 1.05	gb 0.97		
23.02.01	Paul Bunell. Reaccion de	U. 3	gb 2	2.64	50.00
		S 0.70	gb 1.94		
23.02.02	Peroxidasas.	U. 1.50	gb 1	1.32	50.00
		S 0.35	gb 0.97		
23.02.03	Plaquetas. Recuento de	U. 1.50	gb 1	1.32	50.00
		S 0.35	gb 0.97		
23.02.04	Plasma recalificado. Tiempo de	U. 1.50	gb 1	1.32	50.00
		S 0.35	gb 0.97		
23.02.05	Porfirinas (orina).	U. 1.50	gb 3	3.26	50.00
		S 0.35	gb 2.91		
23.02.06	PDF (producto de degradación fibrinogeno, fibrina).	U. 6	gb 5	6.25	50.00
		S 1.40	gb 4.85		
23.02.07	Proactivador plasminogeno.	U. 6	gb 2.50	3.82	50.00
		S 1.40	gb 2.43		
23.02.08	Protrombina (Ware, Seegers).	U. 6	gb 2.50	3.82	50.00
		S 1.40	gb 2.43		
23.02.09	Protrombina. Consumo de	U. 3	gb 2	2.64	50.00
		S 0.70	gb 1.94		
23.02.10	Protrombina. Tiempo de, Quick	U. 1.50	gb 2	2.29	50.00
		S 0.35	gb 1.94		

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos			
23.02.11	Recuento y formula.	U. \$	3 0.70	gb 0.97	1 1.67	50.00
23.02.12	Reffhus. Curva de	U. \$	3 0.70	gb 2.43	2.50 3.12	50.00
23.02.13	Rh.	U. \$	1.50 0.35	gb 1.46	1.50 1.80	50.00
23.02.14	Rh factor C (mayúscula).	U. \$	1.50 0.35	gb 1.94	2 2.29	50.00
23.02.15	Rh factor C (minúscula).	U. \$	1.50 0.35	gb 1.94	2 2.29	50.00
23.02.16	Rh factor D (mayúscula).	U. \$	1.50 0.35	gb 1.46	1.50 1.80	50.00
23.02.17	Rh factor E (mayúscula).	U. \$	1.50 0.35	gb 1.94	2 2.29	50.00
23.02.18	Rh factor E (minúscula).	U. \$	1.50 0.35	gb 1.46	1.50 1.80	50.00
23.02.19	Reticulocitos.	U. \$	1.50 0.35	gb 0.97	1 1.32	50.00
23.02.20	Sia. Test de	U. \$	1.50 0.35	gb 0.97	1 1.32	50.00
23.02.21	Sickle cells, inducción química.	U. \$	3 0.70	gb 0.97	1 1.67	50.00
23.02.22	Siderofilina. Capacidad de la saturación de la	U. \$	4.50 1.05	gb 1.94	2 2.99	50.00
23.02.23	Sulfato de protamina. Prueba de gelificación.	U. \$	6 1.40	gb 2.91	3 4.31	50.00
23.02.24	Trombina. Prueba de la generación de la	U. \$	6 1.40	gb 1.94	2 3.34	50.00
23.02.25	Trombina. Tiempo de	U. \$	1.50 0.35	gb 1.46	1.50 1.80	50.00
23.02.26	Tromboplastina. Prueba de la generación de (Biggs y Douglas).	U. \$	10.50 2.44	gb 3.88	4 6.32	50.00
23.02.27	Tromboplastina. Prueba de la generación de (Biggs y Douglas) sustituyendo cada reactivo, suero, plasma, plaquetas y sustrato.	U. \$	30 6.98	gb 6.79	7 13.77	50.00
23.02.28	Tromboplastina. Prueba de la generación simplificada. (Hicks, Pitney).	U. \$	6 1.40	gb 3.88	4 5.28	50.00
23.02.29	Tromboplastina. Tiempo de (parcial).	U. \$	3 0.70	gb 1.94	2 2.64	50.00
23.02.30	Trombo. Test de Owewn.	U. \$	3 0.70	gb 1.94	2 2.64	50.00
23.02.31	Tromboelastograma.	U. \$	6 1.40	gb 3.88	4 5.28	50.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos			
23.02.32	Xenodiagnostico (estudio completo).	U. \$	15 3.49	10 9.70	13.19	50.00
23.02.34	TRANSPLANTE DE MEDULA OSEA: INDICADO EN: - APLASIA MEDULAR IDIOPATICA O ADQUIRIDA NO SECUNDARIA A INVASION NEOPLASICA. - TUMORES HEMATICOS (LINFOMAS, LEUCEMIAS) - MIELOMA MULTIPLE - OTROS CON AVAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HEMATOLOGIA.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.				250.00

24	HEMOTERAPIA
----	--------------------

Texto retirado por el PMO El honorario médico que se consigna por cada unidad de transfusión incluye la determinación del grupo sanguíneo ABO y RH (D mayúscula) en dador, extracción, procesamiento, y transfusión de sangre y/o derivados. Las prácticas de este código que por causas clínicas del paciente se deberán realizar a domicilio, siempre que sean cumplimentadas por médico especializado, tendrán un recargo del 20%.

AMPLIACION DE LA NORMA: Excluye: reacciones serológicas para descarte de enfermedades transmisibles y pruebas de compatibilidad (reacciones complementarias).

Norma:

Reacciones complementarias:

1. Serología: en el suero del dador deberán efectuarse pruebas para descarte de sífilis (V.D.R.L.), brucelosis (Huddlesson), chagas (M. Guerreiro o hemoaglutinación o latex), y/o las que determine la legislación vigente.
2. Compatibilidad: entre el suero del receptor y los glóbulos del dador deberán realizarse pruebas de compatibilidad en medio salino, albuminoso y por test de Coombs indirecto en forma rutinaria. Estas reacciones complementarias y/u otras determinaciones (DU, Genotipo, Kell, etc.) se facturaran de acuerdo al arancel indicado en el capítulo de hemoterapia. La tipificación ABO y RH del receptor de primera vez, se factura solo los honorarios médicos una sola vez.

24.01.01	TRANSFUSION DE SANGRE <u>Texto retirado por el PMO</u> Total, por unidad de HASTA 500 CC.	U. \$	8.25 1.92	26 OG 3.19	5.11	100.00
24.01.02	TRANSFUSION DE PLASMA <u>Texto retirado por el PMO</u> Por unidad de HASTA 300 CC.	U. \$	8.25 1.92	33 OG 4.05	5.96	100.00
24.01.03	TRANSFUSION DE HEMATIES SEDIMENTADOS <u>Texto retirado por el PMO</u> (concentrado globular), por unidad de HASTA 300 CC.	U. \$	8.25 1.92	33 OG 4.05	5.96	100.00
24.01.04	TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS LAVADOS <u>Texto retirado por el PMO</u> Por unidad de HASTA 300 CC. <u>Texto retirado por el PMO</u> (incluye suero fisiológico)	U. \$	11.25 2.62	44 OG 5.39	8.01	100.00
24.01.05	PLASMAFERESIS O ERITROFERESIS <u>Texto retirado por el PMO</u> Con procesamiento de HASTA 500 CC. DE SANGRE TOTAL.	U. \$	8.25 1.92	66 OG 8.09	10.01	100.00
24.01.06	TRANSFUSION DE SANGRE SIN LEUCOCITOS CON O SIN PLAQUETAS. <u>Texto retirado por el PMO</u> Por unidad de HASTA 500 CC.	U. \$	11.25 2.62	66 OG 8.09	10.71	100.00
24.01.07	TRANSFUSION DE PLAQUETAS Y/O LEUCOCITOS PROVENIENTES DE <u>Texto retirado por el PMO</u> Hasta 500 CC. DE SANGRE.	U. \$	11.25 2.62	66 OG 8.09	10.71	100.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta		
		Honorarios	Gastos				
24.01.08	EXANGUINEO – TRANSFUSION POR LA PRIMERA. UNIDAD [Texto retirado por el PMO] De HASTA 500 CC.	U. \$	81.75 19.02	OG 21.58	176 21.58	40.59	100.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] En la exanguineo-transfusión, el gasto cubre el material utilizado y el uso de la sala correspondiente. El honorario cubre la cateterización venosa.						
24.01.09	EXANGUINEO – TRANSFUSION UNIDADES SUBSIGUIENTES DE 500 CC. O FRACCION.	U. \$	11.25 2.62	OG	110 13.49	16.10	100.00
24.01.10	TRANSFUSION FETAL INTRA-UTERO. [Texto retirado por el PMO] (incluye la parancetesis fetal intra-utero) por sesión	U. \$	98.25 22.85	OG	176 21.58	44.43	250.00
24.01.11	SANGRIA POR RECOLECCION CON EQUIPO AL VACIO.	U. \$	3 0.70	OG	44 5.39	6.09	100.00
24.01.12	TRANSFUSION INTRAAMNIOTICA.	U. \$	65.25 15.18	OG	132 16.18	31.36	250.00
24.01.13	TRANSFUSION DE CRIOPRECIPITADOS G A H PROVENIENTES DE 500 CC. DE SANGRE.	U. \$	15 3.49	OG	66 8.09	11.58	100.00
24.01.14	[Texto retirado por el PMO] V.D.R.L. en dador.	U. \$	1.50 0.35	gb	2 1.94	2.29	100.00
24.01.15	[Texto retirado por el PMO] Huddlesson de dador.	U. \$	1.50 0.35	gb	1.50 1.46	1.80	100.00
24.01.16	[Texto retirado por el PMO] Chagas latex en dador.	U. \$	1.50 0.35	gb	2.50 2.43	2.77	100.00
24.01.17	[Texto retirado por el PMO] Chagas fijación del complemento en dador.	U. \$	4.50 1.05	gb	2 1.94	2.99	100.00
24.01.18	[Texto retirado por el PMO] Chagas hemoaglutinación en dador.	U. \$	1.50 0.35	gb	3 2.91	3.26	100.00
24.01.19	[Texto retirado por el PMO] Antígeno de hepatitis B en dador.	U. \$	3 0.70	gb	5 4.85	5.55	100.00
24.01.20	[Texto retirado por el PMO] Anticuerpos anti VIH (método de Elisa), en dador.	U. \$	9 2.09	gb	20 19.40	21.50	100.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] A. Las bolsas de sangre que hubieran dado resultado positivo a cualquiera de las pruebas de selección para anticuerpos anti VIH, deberán ser enviadas al centro nacional de referencia o a algunos de los laboratorios que integran la red de colaboradores regionales, dentro de las 24 hs. De conocido el resultado y siguiendo las normas establecidas por dicho centro. B. Para facturar el código 24.01.20 sera requisito contar con espectrofotometro que permita mediciones en el orden de los 492 nm. C. Los códigos 24.01.20 y 24.01.21 no podrán facturarse en forma simultánea para una misma bolsa.						
24.01.21	[Texto retirado por el PMO] Anticuerpos anti VIH (método de aglutinación de partículas en gelatina), en dador.	U. \$	2.25 0.52	gb	11 10.67	11.20	
Norma:	[Texto retirado por el PMO] A. Las bolsas de sangre que hubieran dado resultado positivo a cualquiera de las pruebas de selección para anticuerpos anti VIH, deberán ser enviadas al centro nacional de referencia o a algunos de los laboratorios que integran la red de colaboradores regionales, dentro de las 24 hs.						

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

B. De conocido el resultado y siguiendo las normas establecidas por dicho centro.
 C. Para facturar el ítem 24.01.20 será requisito contar con espectrofotometro que permita mediciones en el orden de los 492 nm. Los códigos 24.01.20 y 24.01.21 no podrán facturarse en forma simultánea para una misma bolsa.

24.02/10/11/12	OTROS DE HEMOTERAPIA
----------------	----------------------

24.02.01	AUTOTRANSFUSION.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.	50.00
24.10.05	PLASMAFERESIS CON SEPARADOR CELULAR TIPO HAEMONETICS O SIMILAR.		100.00
24.10.06	AFERESIS DE PLAQUETAS. OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: TROMBOSIS ESENCIAL (SI EL RECUESTO DE PLAQUETAS ES MAYOR QUE 1.000.000/MM ³)		100.00
24.11.01	ULTRAFILTRACION.		100.00
24.11.02	ULTRAFILTRACION CON FILTROS DE PROSORVA O SIMILARES. (COMPLEMENTEMIA).		100.00
24.12.01	CRIOPRESERVACION.		250.00
24.12.02	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO.		250.00
24.12.03	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENEICO.		250.00

New Licel Salud

25	REHABILITACION MEDICA
----	-----------------------

Texto retirado por el PMO.

NORMAS GENERALES:

1. Todas estas prácticas deberán ser autorizadas previamente por la auditoría médica o persona responsable de la obra social.
2. La obra social, solicitará la prescripción del médico tratante, para que los profesionales citados en el punto 3, puedan facturarlas.

NORMAS PARTICULARES DE CADA CODIGO:

1. Cuando se realice una o mas practicas del código 25.01.01 en una sesión, se deberá facturar una sola vez el valor del código. Cuando se realice una o mas practicas del código 25.01.02 en una sesión se deberá facturar una sola vez el código.
2. Cuando se realice una o mas practicas del código 25.01.01 y una o mas practicas del código 25.01.02, en una misma sesión se facturará la suma de los

Norma:

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

valores correspondientes a ambos códigos una sola vez.

3. Las obras sociales autorizaran hasta 30 sesiones anuales, pudiendo excederse ese limite con la evaluación de cada caso y teniendo en cuenta la necesidad por cada paciente, según patologia.
4. Para los puntos 1, 2 y 3, se entiende "por sesión", al conjunto de una o mas practicas realizadas en un acto Kinesico (en consultorio, domicilio o institucion asistencial)

25.01.01	FISIOTERAPIA. <u>Texto retirado por el PMO</u> Agentes fisicos, horno de bier, rayos, infrarrojos, hidroterapia, parafina, fomentaciones, crioterapia, rayos ultravioletas, electroterapia en cualquiera de sus formas, onda corta, microondas, tracción cervical o pélvica, ultrasonido, iontoforesis, vibromasaje, por sesión	U. \$	2 0.47	OG	4 0.49	0.96	50.00
25.01.01 A	FISIOTERAPIA. HASTA 30 SESIONES POR AÑO. COSEGURO POR SESION.						50.00
25.01.01 B	FISIOTERAPIA. EXCEDENTE DE 30 Y HASTA 60 SESIONES POR AÑO. COSEGURO POR SESION.						90.00
25.01.02	KINESIOTERAPIA. <u>Texto retirado por el PMO</u> Terapia fisica o masajes, movlizacion pasiva o activa, reeducacion, ejercicios terapeuticos, gimnasia medica, fortalecimiento muscular rehabilitacion respiratoria por sesión	U. \$	5.50 1.28	OG	2 0.25	1.52	50.00
25.01.02 A	KINESIOTERAPIA. HASTA 30 SESIONES POR AÑO. COSEGURO POR SESION.						50.00
25.01.02 B	KINESIOTERAPIA. EXCEDENTE DE 30 Y HASTA 60 SESIONES POR AÑO. COSEGURO POR SESION.						90.00
25.01.03	TERAPIA OCUPACIONAL. POR SESION. <u>Texto retirado por el PMO</u> y por beneficiario	U. \$	5.50 1.28	OG	2 0.25	1.52	50.00
25.01.04	REHABILITACION DEL LENGUAJE. POR SESION. <u>Texto retirado por el PMO</u> y por beneficiario	U. \$	7 1.63	OG	2 0.25	1.87	50.00
25.01.05	PILONES PARA AMPUTADOS ALINEACION. <u>Texto retirado por el PMO</u> dinamica de amputados	U. \$	2.50 0.58	OG	4 0.49	1.07	50.00
25.01.06	KINESIOTERAPIA O FISIATRIA A DOMICILIO. <u>Texto retirado por el PMO</u> al código correspondiente se le adicionara	U. \$	2.50 0.58			0.58	50.00

26	MEDICINA NUCLEAR
----	------------------

Norma: Texto retirado por el PMO El costo del material radioactivo, en todos los casos en que no este aclarado, no se halla incluido en el honorario y se fijara de acuerdo con la lista de precios oficiales que rige en la Comision Nacional de Energia Atomica y se tomara como base el envio mínimo que esta Comision efectua.

26.01.01	CURVA DE CAPTACION TIROIDEA TRES DETERMINACIONES.	U. \$	10.50 2.44	OG	20 2.45		250.00
----------	---	----------	---------------	----	------------	--	--------

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
26.01.02	ESTUDIO COMPLETO DE LA FUNCION TIROIDEA CON IODO 131. <u>Texto retirado por el PMO</u> Incluye tres determinaciones de capacitacion, PBI 131 y relacion de conversion. Incluye material radio activo	U. \$	15 3.49	OG 20 2.45	250.00
26.01.03	EXCRECION URINARIA DE IODO 131. <u>Texto retirado por el PMO</u> Incluye material radioactivo	U. \$	15 3.49	OG 25 3.07	250.00
26.01.04	PRUEBA DE INHIBICION. TEST DE WERNER. <u>Texto retirado por el PMO</u> Incluye ambas curvas de captacion. Incluye material radioactivo	U. \$	18 4.19	OG 35 4.29	250.00
26.01.05	PRUEBAS DE ESTIMULACION. TEST DE QUERIDO. <u>Texto retirado por el PMO</u> Incluye curvas de captacion. No incluye costo de la tirotrófina. Incluye material reactivo	U. \$	18 4.19	OG 35 4.29	8.48 250.00
26.01.06	VIDA MEDIA EFECTIVA. <u>Texto retirado por el PMO</u> Incluye material reactivo	U. \$	22.50 5.23	OG 30 3.68	8.91 250.00
26.01.07	DOSIS TERAPEUTICA EN TIROTOXICOSIS. <u>Texto retirado por el PMO</u> Incluye vida media y control del paciente durante tres meses. Excluye los gastos de radioyodo	U. \$	75 17.45	OG 80 9.81	27.25 250.00
26.01.08	TRATAMIENTO DE CARCINOMA DE TIROIDES. <u>Texto retirado por el PMO</u> Incluye estudio dosimetrico y control del paciente durante tres meses. Excluye los gastos de radioyodo	U. \$	90 20.93	OG 140 17.16	38.10 250.00
26.01.09	DETECCION DE TROMBOSIS CON FIBRINOGENO MARCADO.	U. \$	75 17.45	OG 20 2.45	19.90 250.00
26.01.10	DETECCION DE SUPURACIONES ABDOMINALES CON FIBRINOGENO MARCADO. <u>Texto retirado por el PMO</u> (no menos de dos estudios)	U. \$	67.50 15.70	OG 80 9.81	25.51 250.00
26.01.11	RADIORRENOGRAMA ISOTOPICO SIMPLE.	U. \$	18 4.19	OG 60 7.36	11.54 250.00
26.01.12	RADIORRENOGRAMA CON CLEARENCE RENAL.	U. \$	15 3.49	OG 80 9.81	13.30 250.00
26.01.13	FILTRADO GLOMERULAR.	U. \$	18 4.19	OG 100 12.26	16.45 250.00
26.01.14	FLUJO PLASMATICO RENAL EFECTIVO.	U. \$	18 4.19	OG 100 12.26	16.45 250.00
26.01.15	FLUJO SANGUINEO TOTAL RENAL. <u>Texto retirado por el PMO</u> (no incluye cateterismo renal)	U. \$	22.50 5.23	OG 100 12.26	17.49 250.00
26.01.16	VOLUMEN MINUTO CARDIACO.	U. \$	30 6.98	OG 60 7.36	14.33 250.00
26.01.17	CLEARENCE TISULAR Y/O MUSCULAR. <u>Texto retirado por el PMO</u> con radioisotopos. Evaluacion sanguinea en piel y tejido subcutaneo	U. \$	30 6.98	OG 60 7.36	14.33 250.00
26.01.18	FLUJO CEREBRAL.	U. \$	12 2.79	OG 100 12.26	15.05 250.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos			
26.01.19	DETERMINACION DE AGUA CORPORAL TOTAL.	U. \$	30 6.98	OG 9.81	80 16.79	250.00
26.01.20	DETERMINACION DE AGUA EXTRACELULAR.	U. \$	30 6.98	OG 3.68	30 10.68	250.00
26.01.21	DETERMINACION DE SODIO TOTAL INTERCAMBIABLE Y ESPACIO DE SODIO.	U. \$	30 6.98	OG 6.13	50 13.11	250.00
26.01.22	DETERMINACION DE POTASIO TOTAL INTERCAMBIABLE.	U. \$	30 6.98	OG 6.13	50 13.11	250.00
26.01.23	DETERMINACION DEL VOLUMEN SANGUINEO TOTAL GLOBULAR Y PLASMATICO CON RADIOISOTOPOS.	U. \$	25.50 5.93	OG 11.03	90 16.97	250.00
26.01.24	VIDA MEDIA DE HEMATIES. RELACION HEPATO-ESPLENICA.	U. \$	36 8.37	OG 11.03	90 19.41	250.00
26.01.25	VIDA MEDIA DE HEMATIES.	U. \$	25.50 5.93	OG 11.03	90 16.97	250.00
26.01.26	VIDA MEDIA DE LEUCOCITOS Y/O PLAQUETAS.	U. \$	36 8.37	OG 14.71	120 23.09	250.00
26.01.27	TIEMPO MEDIO PLASMATICO DEL FE59.	U. \$	12 2.79	OG 11.03	90 13.83	250.00
26.01.28	CURVA DE UTILIZACION DEL FE59.	U. \$	25.50 5.93	OG 11.03	90 16.97	250.00
26.01.29	TIEMPO MEDIO PLASMATICO Y CURVA DE UTILIZACION DEL FE59.	U. \$	36 8.37	OG 17.16	140 25.54	250.00
26.01.30	DIAGNOSTICO DE ANEMIA PERNICIOSA CON VITAMINA B12 CO 60. <i>[Texto retirado por el PMO] (test de Xhilling)</i>	U. \$	12 2.79	OG 11.03	90 13.83	250.00
26.01.31	DOSIS TERAPEUTICA PARA TRATAMIENTO DE POLICITEMIA VERA. <i>[Texto retirado por el PMO] con P32</i>	U. \$	52.50 12.21	OG 9.81	80 22.02	250.00
26.01.32	ESTUDIO DE ABSORCION CON GRASAS MARCADAS CON RADIOISOTOPOS.	U. \$	15 3.49	OG 9.81	80 13.30	250.00
26.01.33	ESTUDIO DE ABSORCION Y EXCRECION DE GRASAS MARCADAS CON RADIOISOTOPOS.	U. \$	52.50 12.21	OG 19.62	160 31.83	250.00
26.01.34	RELACION PERFUSION VENTILACION CON XE133.	U. \$	22.50 5.23	OG 9.81	80 15.04	250.00
26.01.35	TRATAMIENTO INTRAARTICULAR CON P32 U AU198 COLOIDAL. <i>[Texto retirado por el PMO] (incluye artrocentesis)</i>	U. \$	52.50 12.21	OG 9.81	80 22.02	250.00
26.01.36	TRATAMIENTO PALIATIVO CON P32 DE CANCER DE MAMA CON METASTASIS OSEAS.	U. \$	75 17.45	OG 18.39	150 35.84	250.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

26.01.37	TRATAMIENTO CON P32 u AU198 POR DISEMINACION TUMORAL EN CAVIDADES SEROSAS. <u>Texto retirado por el PMO</u> (pleura, peritoneo, pericardio). Incluye pericardio-pleuro y peritoneo centesis	U. \$	45 10.47	OG 12.26	100 22.73	250.00
----------	---	----------	-------------	-------------	--------------	--------

26.02	CENTELLOGRAFIA A CABEZAL MOVIL - LINEAL -
-------	---

26.02.01	CENTELLOGRAMA DE CEREBRO. <u>Texto retirado por el PMO</u> (dos posiciones)	U. \$	35 8.14	OG 11.03	90 19.18	250.00
26.02.02	CENTELLOGRAMA DE CEREBRO. <u>Texto retirado por el PMO</u> Por cada posicion subsiguiente.	U. \$	5 1.16	OG 1.84	15 3.00	
26.02.03	CENTELLOGRAFIA DE MEDULA OSEA.	U. \$	15 3.49	OG 6.13	50 9.62	250.00
26.02.04	MIELOGRAFIA ISOTOPICA. <u>Texto retirado por el PMO</u> Excluido honorario del cirujano	U. \$	25 5.82	OG 7.36	60 13.17	250.00
26.02.05	CISTERNOGRAFIA ISOTOPICA. <u>Texto retirado por el PMO</u> Excluido honorario del cirujano	U. \$	45 10.47	OG 15.94	130 26.41	250.00
26.02.06	FISTULOGRAFIA ISOTOPICA DEL L.C.R. <u>Texto retirado por el PMO</u> Excluido honorario del cirujano	U. \$	35 8.14	OG 11.03	90 19.18	250.00
26.02.07	VENTRICULOGRAFIA ISOTOPICA. <u>Texto retirado por el PMO</u> Excluido honorario del cirujano	U. \$	45 10.47	OG 15.94	130 26.41	250.00
26.02.08	CENTELLOGRAMA OSEO. <u>Texto retirado por el PMO</u> (un area)	U. \$	25 5.82	OG 7.36	60 13.17	250.00
Norma	<u>Texto retirado por el PMO</u> En la centellografia osea se entiende por areas: Mbrs superiores: 2 areas, Miembros inferiores: 1 area, Pelvis: 1 area, Columna cervical, dorsal y/o lumbar: 1 area, Craneo: 1 area, Parrilla costal: 1 area.					
26.02.09	CENTELLOGRAMA OSEO. <u>Texto retirado por el PMO</u> Areas subsiguientes.	U. \$	10 2.33	OG 2.45	20 4.78	250.00
26.02.10	CENTELLOGRAFIA DE ARTICULACIONES. <u>Texto retirado por el PMO</u> Incluye artrocentesis	U. \$	15 3.49	OG 6.13	50 9.62	250.00
26.02.11	CENTELLOGRAMA DE TIROIDES.	U. \$	12 2.79	OG 3.68	30 6.47	250.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos			
26.02.12	CENTELLOGRAMA DE TIROIDES Y MEDIASTINO.	U. \$	20 4.65	OG 6.13	50 10.78	250.00
26.02.13	BARRIDO TOTAL PARA CARCINOMA DE TIROIDES.	U. \$	85 19.77	OG 15.94	130 35.71	250.00
26.02.14	CENTELLOGRAMA DE PARATIROIDES.	U. \$	12 2.79	OG 3.68	30 6.47	250.00
26.02.15	CENTELLOGRAMA DE GLANDULAS SALIVALES.	U. \$	15 3.49	OG 6.13	50 9.62	250.00
26.02.16	CENTELLOGRAMA DE PULMON. <i>Texto retirado por el PMO. (dos posiciones como mínimo)</i>	U. \$	30 6.98	OG 9.81	80 16.79	250.00
26.02.17	CENTELLOGRAMA HEPATICO. <i>Texto retirado por el PMO. (dos posiciones como mínimo)</i>	U. \$	30 6.98	OG 9.81	80 16.79	250.00
26.02.18	CENTELLOGRAFIA DEL POOL VASCULAR HEPATICO.	U. \$	30 6.98	OG 11.03	90 18.01	250.00
26.02.19	CENTELLOGRAMA DE PANCREAS.	U. \$	30 6.98	OG 9.81	80 16.79	250.00
26.02.20	CENTELLOGRAMA DE BAZO.	U. \$	30 6.98	OG 9.81	80 16.79	250.00
26.02.21	CENTELLOGRAMA RENAL BILATERAL.	U. \$	30 6.98	OG 7.36	60 14.33	250.00
26.02.22	CENTELLOGRAFIA DEL POOL VASCULAR RENAL.	U. \$	30 6.98	OG 9.81	80 16.79	250.00
26.02.23	CENTELLOGRAMA DE PLACENTA.	U. \$	30 6.98	OG 7.36	60 14.33	250.00
26.02.24	CENTELLOGRAMA DE VIAS LINFATICAS. <i>Texto retirado por el PMO. (abdominoinguinales axilares y/o mediastinales)</i>	U. \$	30 6.98	OG 9.81	80 16.79	250.00
26.02.25	CENTELLOGRAMA DE VIAS LINFATICAS. <i>Texto retirado por el PMO. Por posiciones adicionales.</i>	U. \$	5 1.16	OG 1.84	15 3.00	
26.02.31	SPECT CARDIACO-CORONARIO ESTUDIO DE PERFUSION CON TALIO 201 ESFUERZO Y REDISTRIBUCION.				CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.	250.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

ORGANO O TEJIDO REEMPLAZADO POR TRANSPLANTE (CORAZON),
 ORGAN O TEJIDO REEMPLAZADO POR TRANSPLANTE (VALVULA DEL CORAZON),
 ORGAN O TEJIDO REEMPLAZADO POR OTRO MEDIO (VALVULA DEL CORAZON),
 ESTENOSIS MITRAL INSUFICIENCIA MITRAL REUMATICA,
 ESTENOSIS MITRAL CON INSUFICIENCIA ,
 ENFERMEDADES DE LA VALVULA MITRAL
 ESTENOSIS AORTICA REUMATICA,
 INSUFICIENCIA AORTICA REUMATICA,
 ESTENOSIS CON INSUFICIENCIA AORTICA REUMATICA
 ENFERMEDADES DE LA VALVULA AORTICA,

ARTEROSCLEROSIS CORONARIA,
 ANEURISMA DEL CORAZON,
 ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON,
 FIBROSIS ENDOMICARDICA,
 CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA OBSTRUCTIVA,
 FIBROELASTOSIS ENDOCARDICA,
 CARDIOMIOPATIA,
 HEMBLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA DEL HAZ DE HIS,
 BLOQUEO DE LA RAMA IZQUIERDA,
 BLOQUEO DE LA RAMA DERECHA DEL HAZ DE HIS,
 TAQUICARDIA PAROXISTICA SUPRAVENTRICULAR,

TAQUICARDIA PAROXISTICA VENTRICULAR,
 TAQUICARDIA PAROXISTICA,
 PARO CARDIACO,
 DISRRITMIA CARDIACA,
 INSUFICIENCIA DEL CORAZON IZQUIERDO,
 INSUFICIENCIA CARDIACA,
 MIOCARDITIS,
 DEGENERACION MIOCARDICA,
 TRASTORNOS FUNCIONALES CONSECUTIVOS A CIRUJIA CARDIOVASCULAR,
 ROTURA DE CUERDA TENDINOSA,
 ROTURA DE MUSCULO PAPILAR,
 COMPLICACION MECANICA DE OTRO DISPOSITIVO,
 PROTESIS E INJERTO VASCULARES.

26.02.32	SPECT CARDIACO-CORONARIO ESTUDIO DE PERFUSION CON TALIO 201 DIPIRIDAMOL Y REDISTRIBUCION. OBLIGACION DE COBERTURA SEGUN NORMAS DEL CODIGO 26.02.31				250.00
26.02.33	SPECT CARDIACO-CORONARIO ESTUDIO DE PERFUSION CON TALIO 201 CON DOBUTAMINA Y 4 HS. OBLIGACION DE COBERTURA SEGUN NORMAS DEL CODIGO 26.02.31				250.00
26.02.34	ESTUDIO DE LA FUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA Y PERFUSION MIOCARDICA CON SPECT REPOSO, ESFUERZO C/Mibi TC 99M. OBLIGACION DE COBERTURA SEGUN NORMAS DEL CODIGO 26.02.31				250.00
CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.					

Sub-capitulo del Nom.Nac. retirado por el PMO.

26.03	DETERMINACIONES POR RADIOINMUNOENSAYO - RIE -
-------	---

ESTAS DETERMINACIONES SE EFECTUAN POR LABORATORIO POR LO TANTO SU VALOR SE ESTABLECE EN EL NOMENCLADOR BIOQUIMICO

26.03.01	ACTH.	U.	8	03	30	5.54	250.00
		S	1.86		3.68		
26.03.02	Aldosterona.	U.	9	03	40	7.00	250.00
		S	2.09		4.90		
26.03.03	Alfafetoproteinas.	U.	8	03	30	5.54	250.00
		S	1.86		3.68		

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
26.03.04	Anticuerpos antinucleares plasmaticos.	U. 10	og 70	10.91	250.00
		S 2.33	8.58		
26.03.05	Angiotensina I o II.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.06	Antigeno de la hepatitis B.	U. 10	og 70	10.91	250.00
		S 2.33	8.58		
26.03.07	AMP-Ciclico.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.08	Calcitonina.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.09	CEA (Carcinoma embriogenico).	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.10	Cortisol.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.11	Digitoxina.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.12	Digoxina.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.13	Estradiol.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.14	Estrogenos totales.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.15	Estriol plasmatico.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.16	Estrona.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.17	Ferritina plasmatica.	U. 9	og 30	5.77	250.00
		S 2.09	3.68		
26.03.18	F S H.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.19	Glucagon plasmatico.	U. 9	og 30	5.77	250.00
		S 2.09	3.68		
26.03.20	Lactogeno placentario.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.21	L H.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.22	Inmunoglobulina.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.23	Insulina.	U. 8	og 30	5.54	250.00
		S 1.86	3.68		
26.03.24	Parathormona.	U. 9	og 35	6.38	250.00
		S 2.09	4.29		

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES			TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos				
26.03.25	Polipeptido inhibidor gastrico (G.I.P.) plasmatico.	U.	8		30	5.54	250.00
		\$	1.86	OG	3.68		
26.03.26	Polipeptido intestinal vasoactivo (V.I.P.) plasma.	U.	8		30	5.54	250.00
		\$	1.86	OG	3.68		
26.03.27	Polipeptido pancreatico.	U.	8		30	5.54	250.00
		\$	1.86	OG	3.68		
26.03.28	Proinsulina.	U.	8		30	5.54	250.00
		\$	1.86	OG	3.68		
26.03.29	Progesterona.	U.	8		30	5.54	250.00
		\$	1.86	OG	3.68		
26.03.30	Prolactina.	U.	8		30	5.54	250.00
		\$	1.86	OG	3.68		
26.03.31	Prostaglandina E., o F., o P.G.A., o P.G.B., o P.G.F.I.	U.	9		35	6.38	250.00
		\$	2.09	OG	4.29		
26.03.32	Renina.	U.	8		30	5.54	250.00
		\$	1.86	OG	3.68		
26.03.33	Somatotrofina (STH).	U.	8		30	5.54	250.00
		\$	1.86	OG	3.68		
26.03.34	Testosterona.	U.	10		50	8.46	250.00
		\$	2.33	OG	6.13		
26.03.35	Tiroxina plasmatica total (T4).	U.	6		25	4.46	250.00
		\$	1.40	OG	3.07		
26.03.36	Tiroxina efectiva (ERT).	U.	6		25	4.46	250.00
		\$	1.40	OG	3.07		
26.03.37	Tri-iodotironina (T3).	U.	6		25	4.46	250.00
		\$	1.40	OG	3.07		
26.03.38	Tirotrrofina (TSH).	U.	8		30	5.54	250.00
		\$	1.86	OG	3.68		

26.04

Texto retirado por el PMO PRUEBAS A DETERMINAR EL RETROMECHANISMO HORMONAL

Texto retirado por el PMO. Aclaraciones de los códigos 26.04.01 al 26.04.14 Ningun código incluye el costo del medicamento a administrar.

Incluye 4 determinaciones de cada uno de los principios a determinar Incluye 2 determinaciones de cada uno de los principios a determinar. Incluye 3 determinaciones de cada uno de los principios a determinar

26.04.01	PRUEBA DE ESTIMULO DE LA SECRECIÓN DE SOMATOTROFINA CON DETERMINACION DE STH.	U.	30		150	25.37	250.00
	Texto retirado por el PMO -a-	\$	6.98	OG	18.39		
26.04.02	PRUEBA DE FRENO DE LA SECRECIÓN DE SOMATOTROFINA CON DETERMINACION DE SOMATOTROFINA.	U.	30		150	25.37	250.00
	Texto retirado por el PMO -a-	\$	6.98	OG	18.39		

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos			
26.04.03	PRUEBA DE ESTIMULO HIPOTALAMO-HIPOFISIARIA CON DETERMINACION DE FSH. [Texto retirado por el PMO] -c-	U. \$	25 5.82	OG 14.71	120 20.53	250.00
26.04.04	PRUEBA DE ESTIMULO HIPOTALAMO-HIPOFISIARIA CON DETERMINACION DE LH. [Texto retirado por el PMO] -c-	U. \$	25 5.82	OG 14.71	120 20.53	250.00
26.04.05	PRUEBA DE ESTIMULO GONADAL CON HORMONA GONATROPA CORIONICA HGG CON DETERMINACION DE ESTROGENOS TOTALES. [Texto retirado por el PMO] -b-	U. \$	15 3.49	OG 9.81	80 13.30	250.00
26.04.06	PRUEBA DE ESTIMULO GONADAL CON HGG CON DETERMINACION DE TESTOSTERONA. [Texto retirado por el PMO] -b-	U. \$	20 4.65	OG 12.26	100 16.91	250.00
26.04.07	PRUEBA DE ESTIMULO CON TRH CON DETERMINACION DE TSH Y TIROXINA PLASMATICA. [Texto retirado por el PMO] T4- -c-	U. \$	40 9.30	OG 19.62	160 28.92	250.00
26.04.08	PRUEBA DE ESTIMULO CON TRH CON DETERMINACION DE TSH. [Texto retirado por el PMO] -c-	U. \$	25 5.82	OG 14.71	120 20.53	250.00
26.04.09	ESTIMULO HIPOTALAMICO - HIPOFISIARIO CON DETERMINACION DE ACTH. [Texto retirado por el PMO] -c-	U. \$	25 5.82	OG 14.71	120 20.53	250.00
26.04.10	INHIBICION HIPOTALAMICO - HIPOFISIARIA CON DETERMINACION DE ACTH. [Texto retirado por el PMO] -c-	U. \$	25 5.82	OG 14.71	120 20.53	250.00
26.04.11	PRUEBAS DE INHIBICION DE MUQUET O SIMILARES CON DETERMINACION DE CORTISOL. [Texto retirado por el PMO] -b-	U. \$	15 3.49	OG 9.81	80 13.30	250.00
26.04.12	ESTUDIO DEL RITMO CIRCADIANO DE CORTISOL. [Texto retirado por el PMO] -b-	U. \$	15 3.49	OG 9.81	80 13.30	250.00
26.04.13	PRUEBA ESTIMULO HIPOTALAMICO - HIPOFISIARIA CON DETERMINACION DE PROLACTINA. [Texto retirado por el PMO] -c-	U. \$	25 5.82	OG 14.71	120 20.53	250.00
26.04.14	PRUEBA DE INHIBICION HIPOTALAMICO - HIPOFISIARIA CON DETERMINACION DE PROLACTINA. [Texto retirado por el PMO] -c-	U. \$	25 5.82	OG 14.71	120 20.53	250.00

26.05	CENTELLOGRAMA A CABEZAL FIJO [Texto retirado por el PMO] - CAMARA GAMMA -
-------	---

[Texto retirado por el PMO] ESTUDIOS ESTATICOS							
26.05.01	CENTELLOGRAMA DE CEREBRO. [Texto retirado por el PMO] (dos posiciones)	U. \$	52.50 12.21	GR	70 24.47	36.68	250.00
26.05.02	CENTELLOGRAMA DE CEREBRO. [Texto retirado por el PMO] Por cada posicion subsiguiente.	U. \$	7.50 1.74	GR	15 5.24	6.99	250.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES			TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios		Gastos		
26.05.03	CENTELLOGRAMA DE MEDULA OSEA.	U. \$	22.50 5.23	GR 24.47	70 24.47	29.71 250.00
26.05.04	MIELOGRAFIA ISOTOPICA. <i>[Texto retirado por el PMO] Excluido honorario del cirujano</i>	U. \$	37.50 8.72	GR 24.47	70 24.47	33.19 250.00
26.05.05	CISTERNOGRAFIA ISOTOPICA. <i>[Texto retirado por el PMO] Excluido honorario del cirujano.</i>	U. \$	67.50 15.70	GR 41.95	120 41.95	57.65 250.00
26.05.06	FISTULOGRAFIA ISOTOPICA DEL L.C.R. <i>[Texto retirado por el PMO] Excluido honorario del cirujano</i>	U. \$	52.50 12.21	GR 24.47	70 24.47	36.68 250.00
26.05.07	VENTRICULOGRAFIA ISOTOPICA. <i>[Texto retirado por el PMO] Excluido honorario del cirujano</i>	U. \$	67.50 15.70	GR 41.95	120 41.95	57.65 250.00
26.05.08	CENTELLOGRAMA OSEO. <i>[Texto retirado por el PMO] (un area). Idem a las areas enunciadas en el código 26.02.08</i>	U. \$	37.50 8.72	GR 24.47	70 24.47	33.19 250.00
26.05.09	CENTELLOGRAMA OSEO. <i>[Texto retirado por el PMO] Areas subsiguientes.</i>	U. \$	15 3.49	GR 5.24	15 5.24	8.73 250.00
26.05.10	CENTELLOGRAFIA DE ARTICULACIONES. <i>[Texto retirado por el PMO] Incluye artrocentesis</i>	U. \$	22.50 5.23	GR 24.47	70 24.47	29.71 250.00
26.05.11	CENTELLOGRAMA DE TIROIDES.	U. \$	18 4.19	GR 20.98	60 20.98	25.16 250.00
26.05.12	CENTELLOGRAMA DE TIROIDES Y MEDIASTINO.	U. \$	30 6.98	GR 24.47	70 24.47	31.45 250.00
26.05.13	BARRIDO TOTAL PARA CARCINOMA DE TIROIDES.	U. \$	127.50 29.66	GR 48.94	140 48.94	78.60 250.00
26.05.14	CENTELLOGRAMA DE PARATIROIDES.	U. \$	18 4.19	GR 20.98	60 20.98	25.16 250.00
26.05.15	CENTELLOGRAMA DE GLANDULAS SALIVALES.	U. \$	22.50 5.23	GR 20.98	60 20.98	26.21 250.00
26.05.16	CENTELLOGRAMA DE PULMON. <i>[Texto retirado por el PMO] (2 posiciones como minimo)</i>	U. \$	45 10.47	GR 24.47	70 24.47	34.94 250.00
26.05.17	CENTELLOGRAMA HEPATICO. <i>[Texto retirado por el PMO] (2 posiciones como minimo)</i>	U. \$	45 10.47	GR 20.98	60 20.98	31.44 250.00
26.05.18	CENTELLOGRAMA DEL POOL VASCULAR HEPATICO.	U. \$	45 10.47	GR 24.47	70 24.47	34.94 250.00
26.05.19	CENTELLOGRAMA DE PANCREAS.	U. \$	45 10.47	GR 24.47	70 24.47	34.94 250.00
26.05.20	CENTELLOGRAMA DE BAZO.	U. \$	45 10.47	GR 24.47	70 24.47	34.94 250.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES			TOTAL Practica	Coseguro Hasta		
		Honorarios		Gastos				
26.05.21	CENTELLOGRAMA RENAL BILATERAL.	U.	45	GR	70	34.94	250.00	
		\$	10.47		24.47			
26.05.22	CENTELLOGRAMA DEL POOL VASCULAR RENAL.	U.	45	GR	70	34.94	250.00	
		\$	10.47		24.47			
26.05.23	CENTELLOGRAMA DE PLACENTA.	U.	45	GR	70	34.94	250.00	
		\$	10.47		24.47			
26.05.24	CENTELLOGRAMA VIAS LINFATICAS, ABDOMINOINGUINALES AXILARES Y/O MEDIASTINALES.	U.	45	GR	70	34.94	250.00	
		\$	10.47		24.47			
	[Texto retirado por el PMO] ESTUDIOS DINAMICOS							
26.05.25	ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA POR AREA.	U.	30	GR	95	40.19	250.00	
	[Texto retirado por el PMO] Se entiende por areas	\$	6.98		33.21			
Areas:	ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA POR AREA. [Texto retirado por el PMO] Carotidea, cerebral anterior y medias (silvianas). Aorto-Iliacas. Iliacas-femorales. Pierna y Pie. Cavidades cardiacas (corto circuitos). Renales. Hepatica. -Por cada una-							
26.05.26	ESTUDIO DINAMICO RENAL.	U.	45	GR	120	52.42	250.00	
		\$	10.47		41.95			
Incluye:	ESTUDIO DINAMICO RENAL. [Texto retirado por el PMO] Primera circulacion sanguinea. Centellografia renal. Radiorrenograma.							
26.05.27	RADIOCARDIOGRAMA.	U.	60	GR	140	62.90	250.00	
		\$	13.96		48.94			
Norma:	RADIOCARDIOGRAMA. [Texto retirado por el PMO] El radiocardiograma completo incluye Indice cardiaco, volumen sistolico y diastolico, volumen de cada, camara volemia con poligrafo y electrocardiograma simultaneo.							
26.05.28	PERFUSION SANGUINEA MIOCARDICA CON RADIOISOTOPOS.	U.	30	GR	95	40.19	250.00	
	[Texto retirado por el PMO] A) En estado de reposo.	\$	6.98		33.21			
26.05.28	PERFUSION SANGUINEA MIOCARDICA CON RADIOISOTOPOS.	U.	60	GR	140	62.90	250.00	
	[Texto retirado por el PMO] Perfusion sanguinea miocardica con radioisotopos: B) Reposo y prueba de esfuerzo.	\$	13.96		48.94			
26.05.29	FLEBOGRAFIA RADIOISOTOPICA POR AREAS SAFENAS, FEMORALES, ILIACAS, HUMERAL.	U.	30	GR	95	40.19	250.00	
	[Texto retirado por el PMO] por cada una	\$	6.98		33.21			
26.05.30	FLEBOGRAFIA RADIOISOTOPICA POR AREAS SAFENAS, FEMORALES, ILIACAS, HUMERAL.	U.	15	GR	20	10.48	250.00	
	[Texto retirado por el PMO] Por area adicional.	\$	3.49		6.99			
26.05.31	DINAMICA DEL TRANSITO ESOFAGO GASTRICO.	U.	30	GR	95	40.19	250.00	
		\$	6.98		33.21			
26.05.32	DINAMICA TRANSITO INTESTINAL.	U.	30	GR	95	40.19	250.00	
		\$	6.98		33.21			

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

27	NEFROLOGIA
-----------	-------------------

27.01.01	HEMODIALISIS CON RIÑON ARTIFICIAL EN INSUFICIENCIA AGUDA. [Texto retirado por el PMO] <i>Por sesión</i> LA COBERTURA SERA DEL 100% SIENDO REQUISITO INDISPENSABLE LA INSCRIP- CION DE LOS PACIENTES EN EL INCUCAI DENTRO DE LOS PRIMEROS 30 DIAS DE INICIADO EL TRATAMIENTO.	U. \$	40 9.30	OG	440 53.94	63.25	100.00
27.01.02	HEMODIALISIS CON RIÑON ARTIFICIAL EN INSUFICIENCIA CRONICA. [Texto retirado por el PMO] <i>Por cada sesión</i> LA COBERTURA SERA DEL 100% SIENDO REQUISITO INDISPENSABLE LA INSCRIPCION DE LOS PACIENTES EN EL INCUCAI DENTRO DE LOS PRIMEROS 30 DIAS DE INICIADO EL TRATAMIENTO.	U. \$	20 4.65	OG	440 53.94	58.60	100.00
27.01.03	HEMODIALISIS PERITONEAL. LA COBERTURA SERA DEL 100% SIENDO REQUISITO INDISPENSABLE LA INSCRIPCION DE LOS PACIENTES EN EL INCUCAI DENTRO DE LOS PRIMEROS 30 DIAS DE INICIADO EL TRATAMIENTO.	U. \$	20 4.65	OG	220 26.97	31.62	100.00
27.01.04	HEMODIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.						100.00
27.02.01	EVALUACION PRETRASPLANTE RENAL EN RECEPTOR.						100.00
27.02.02	EVALUACION PRETRASPLANTE RENAL EN DADOR.						100.00

CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.

28	NEUMONOLOGIA
-----------	---------------------

28.01.01	ESPIROMETRIA. [Texto retirado por el PMO] <i>comprende: capacidad vital forzada, flujo espiratorio forzado, flujo medio forzado</i>	U. \$	7.50 1.74	OG	18 2.21	3.95	50.00
28.01.02	ESPIROMETRIA ANTES Y DESPUES DE BRONCODILADORES. [Texto retirado por el PMO] <i>(incluye broncodilatadores)</i>	U. \$	12 2.79	OG	18 2.21	5.00	50.00
28.01.03	BRONCOESPIROMETRIA.	U. \$	15 3.49	OG	45 5.52	9.01	50.00
28.01.04	TRAQUEOSCOPIA. [Texto retirado por el PMO] <i>Los estudios endoscopicos traqueobronquiales incluyen dentro del arancel consignado, eventual toma biopsica, extraccion de cuerpo extraño, instilaciones, irrigaciones, dilataciones, inserciones, escisiones, drenajes, aspiraciones, lavados, etc. Se facturara con unidad sanatorial otros gastos.</i>	U. \$	9 2.09	OG	20 2.45	4.55	50.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
28.01.05	BRONCOSCOPIA CON INSTRUMENTAL RIGIDO.	U. 37.50 \$ 8.72	OG 70 8.58	17.30	250.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] Los estudios endoscópicos traqueobronquiales incluyen dentro del arancel consignado, eventual toma biopsica, extracción de cuerpo extraño, instilaciones, irrigaciones, dilataciones, inserciones, escisiones, drenajes, aspiraciones, lavados, etc. Se facturara con unidad sanatorial otros gastos.				
28.01.06	BRONCOFIBROSCOPIA.	U. 45 \$ 10.47	OG 342 41.93	52.40	250.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] Los estudios endoscópicos traqueobronquiales incluyen dentro del arancel consignado, eventual toma biopsica, extracción de cuerpo extraño, instilaciones, irrigaciones, dilataciones, inserciones, escisiones, drenajes, aspiraciones, lavados, etc. Se facturara con unidad sanatorial otros gastos.				
28.01.07	CURVA DE FLUJO VOLUMEN CON O SIN ESPIROMETRIA.	U. 7.50 \$ 1.74	OG 10 1.23	2.97	50.00
28.01.08	DETERMINACION DE VOLUMENES PULMONARES. [Texto retirado por el PMO] (comprende capacidad vital, capacidad inspiratoria, volumen residual funcional, capacidad pulmonar total y volumen de reserva espiratoria)	U. 12 \$ 2.79	OG 20 2.45	5.24	50.00
28.01.09	ESTUDIO DE MECANICA PULMONAR. [Texto retirado por el PMO] (comprende distensibilidad pulmonar estatica y dinamica -compliance- resistencia de las vias aereas, conductancia y coeficiente de retraccion elastica)	U. 18 \$ 4.19	OG 20 2.45	6.64	50.00
28.01.10	ANALISIS DE GASES EN AIRE ESPIRADO Y EN SANGRE ARTERIOVENOSA. [Texto retirado por el PMO] (comprende relacion VD/VT, diferencia arterial de oxigeno y calculo de corto circuito arteriovenoso pulmonar o Shunt. Incluye esta prestacion determinacion de oxigeno y CO2 en aire espirado y sangre arteriovenosa)	U. 18 \$ 4.19	OG 20 2.45	6.64	50.00
28.01.11	CAPACIDAD PULMONAR TOTAL Y VOLUMEN RESIDUAL. TECNICA DE DILUCION POR HELIO.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.			50.00

28.02/03/ 04	OTROS DE NEUMONOLOGIA
--------------	-----------------------

28.02.01	LAVADO ALVEOLAR.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.	250.00
28.03.01	ABLACION DE LESIONES BRONCOPULMONARES POR VIA ENDOSCOPICA POR METODOS FISICOS O QUIMICOS.		250.00
28.04.01	PRUEBA DE PROVOCACION BRONQUIAL CON METACOLINA.		250.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

29	NEUROLOGIA
----	-------------------

29.01.01	ELECTROENCEFALOGRAFIA CON ACTIVACION SIMPLE. <i>Texto retirado por el PMO. Electroencefalografia con activacion simple.</i>	U. \$	15.00 3.49	og	50.00 6.13	9.62	50.00
29.01.02	ELECTROENCEFALOGRAFIA CON ACTIVACION COMPLEJA.	U. \$	30.00 6.98	og	40.00 4.90	11.88	50.00
29.01.03	NISTAGMOGRAFIA. ELECTORRETINOGRAFIA.	U. \$	15.00 3.49	og	40.00 4.90	8.39	50.00
29.01.04	ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES O FACIAL.	U. \$	12.00 2.79	og	60.00 7.36	10.15	50.00
29.01.05	ELECTROMIOGRAFIA DE LOS CUATRO MIEMBROS.	U. \$	30.00 6.98	og	60.00 7.36	14.33	50.00
29.01.06	ELECTROMIOGRAFIA CON VELOCIDAD DE CONDUCCION.	U. \$	22.50 5.23	og	60.00 7.36	12.59	50.00
29.01.07	REFLEXOGRAMA PATELAR Y/O AQUILIANO.	U. \$	4.50 1.05	og	10.00 1.23	2.27	50.00
29.01.08	CRONAXIMETRIA.	U. \$	4.50 1.05	og	15.00 1.84	2.89	50.00
29.01.09	ELECTRODIAGNOSTICO.	U. \$	4.50 1.05	og	15.00 1.84	2.89	50.00
29.01.10	REOGRAFIA CEREBRAL CARDIACA O VASCULAR PERIFERICA.	U. \$	15.00 3.49	og	40.00 4.90	8.39	50.00
29.01.11	POTENCIALES EVOCADOS DE CUALQUIER VIA DE CONDUCCION O SENTIDO.						100.00
29.01.12	HOLTER ELECTROENCEFALOGRAFICO. OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: A PACIENTES EN LOS QUE SE SOSPECHA UN TRASTORNO CONVULSIVO QUE NO SE LOGRA DIAGNOSTICAR CON ESTUDIOS CONVENCIONALES. UN EEG (ELECTROENCEFALOGRAMA) AMBULATORIO DEBE SER SIEMPRE PRECEDIDO POR UN EEG EN REPOSO. LA H.CLINICA DEL PACIENTE DEBE APOYAR LA NECESIDAD MEDICA DEL PROCEDIMIENTO (POR EJ, EEG DE REPOSO INCONCLUYENTE Y NECESIDAD DE ESTUDIOS SUBSECUENTES PARA DEFINIR EL DIAGNOSTICO.						CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O. 100.00

29.02	OTROS DE NEUROLOGIA
-------	----------------------------

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
29.02.01	POLISOMNOGRAFIA CON OXIMETRIA EN NEONATOS. OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: APNEA DEL SUEÑO				100.00
29.02.02	POLISOMNOGRAFIA CON OXIMETRIA NOCTURNA EN ADULTOS CON PRESION POSITIVA CONTINUA EN LA VIA AEREA. OBLIGACION DE COBERTURA SI CUMPLE LOS SIGUIENTES CRITERIOS: 1. CON ALTO IMPACTO DE LOS SINTOMAS EN LA VIDA DIARIA 2. ALTA SOSPECHA DE APNEA DEL SUEÑO 3. DISPUESTOS A UTILIZAR PRESION POSITIVA CONTINUA EN LA VIA AEREA (PPCVA) 4. QUE HAN INTENTADO OTRAS MEDIDAS (DESHABITUACION AL TABAQUISMO, TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD, EVITAR MEDICACION PREDISPONENTE COMO BENZODIACEPINAS, ETC)				100.00
29.02.03	TRATAMIENTO DEL BLEAFAROSPASMO CON TOXINA BOTULINICA.				100.00

30	OFTALMOLOGIA
-----------	---------------------

30.01.01	OFTALMODINAMOMETRIA. Texto retirado por el PMO Bilateral	U.	7.50		5	2.36	50.00
		\$	1.74	OG	0.61		
30.01.02	CAMPO VISUAL CAMPIMETRIA Y/O PERIMETRIA. Texto retirado por el PMO Bilateral	U.	18		5	4.80	50.00
		\$	4.19	OG	0.61		
30.01.04	Texto retirado por el PMO Fondo de ojo y/o esquiascopia (con dilatacion pupilar). -Bilateral-					I/C	
30.01.05	Texto retirado por el PMO Tonometria. -Bilateral-					I/C	
30.01.06	TONOMETRIA EN NIÑOS CON ANESTESIA GENERAL. Texto retirado por el PMO -Bilateral-	U.	22.50		15	7.07	50.00
		\$	5.23	OG	1.84		
30.01.07	Texto retirado por el PMO Ejercicios artopticos, por sesion. -Bilateral-					I/C	
30.01.08	GONIOSCOPIA. Texto retirado por el PMO Bilateral	U.	7.50		5	2.36	50.00
		\$	1.74	OG	0.61		
30.01.09	CURVA TENSIONAL. Texto retirado por el PMO Bilateral	U.	12		15	4.63	50.00
		\$	2.79	OG	1.84		
30.01.10	TONOGRAFIA CON TONOGRAFO ELECTRONICO. Texto retirado por el PMO Bilateral	U.	7.50		15	3.58	50.00
		\$	1.74	OG	1.84		

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos			
30.01.11	RETINOGRAFIA. [Texto retirado por el PMO.] con tres placas. -Unilateral	U. \$	9 2.09	OG 6.13	50 8.22	50.00
30.01.12	[Texto retirado por el PMO.] Retinografia con tres placas. -Bilateral-	U. \$	12 2.79	OG 7.36	60 10.15	50.00
30.01.13	RETINOFLUORESCENOLOGIA. [Texto retirado por el PMO.] Unilateral	U. \$	22.50 5.23	OG 6.13	50 11.36	50.00
30.01.14	[Texto retirado por el PMO.] Exoftalmometria. -Bilateral				I/C	
30.01.15	[Texto retirado por el PMO.] Extraccion de cuerpo extraño conjuntival. -Bilateral-				I/C	
30.01.16	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CORNEA. [Texto retirado por el PMO.] Unilateral	U. \$	4.50 1.05	OG 0.37	3 1.41	50.00
30.01.17	DEPILACION ELECTRICA DEL PARPADO DE TODOS LOS ELEMENTOS AFECTADOS. [Texto retirado por el PMO.] Unilateral	U. \$	4.50 1.05	OG 1.23	10 2.27	50.00
30.01.18	DILATACION DE CONDUCTO LACRIMONASAL [Texto retirado por el PMO.] con INTUBACION, PLOMBAJE. [Texto retirado por el PMO.] Unilateral.	U. \$	27 6.28	OG 0.61	5 6.89	50.00
30.01.19	OFTALMOSCOPIA INDIRECTA BINOCULAR CON ESQUEMA DE FONDO DE OJO. [Texto retirado por el PMO.] Bilateral	U. \$	7.50 1.74	OG 0.61	5 2.36	50.00
30.01.20	ESTUDIO DE FIJACION EN EL ESTRABISMO CON VISUSCOPIO. [Texto retirado por el PMO.] Bilateral	U. \$	12 2.79	OG 0.61	5 3.40	50.00
30.01.21	[Texto retirado por el PMO.] Cateterizacion de conducto lacrimonasal. -Bilateral-				I/C	
30.01.22	EXOFTALMOLOGIA, PRESCRIPCION DE CRISTALES, CONTROL POSTERIOR, TONOMETRIA Y FONDO DE OJO. [Texto retirado por el PMO.] Bilateral	U. \$	18 4.19	OG 0.74	6 4.92	50.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO.] Este código incluye la consulta oftalmologica.					

30.02	OTROS DE OFTALMOLOGIA
-------	-----------------------

30.02.01	CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.	100.00
30.02.02	PAQUIMETRIA COMPUTARIZADA. OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: PACIENTE CON DISMINUCION VISUAL QUE SE PRESENTA CON EDEMA CORNEAL EN LA BIOMICROSCOPIA. SE REALIZA SEGUIMIENTO CON RECUENTO ENDOTELITAL Y PAQUIMETRIA		100.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

30.02.04	TOPOGRAFIA CORNEAL. OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS. DIAGNOSTICO DE QUERATOCONO (MANCHA ROJA INFERIOR)	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.			100.00
30.02.05	ANGIOGRAFIA CON INDOCIANINA.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.			100.00

31	OTORRINOLARINGOLOGÍA				
----	----------------------	--	--	--	--

31.01.01	EXAMEN FUNCIONAL LABERINTICO.	U.	4.50	OG	10	2.27	50.00
		\$	1.05		1.23		
31.01.02	AUDIOMETRIA.	U.	4.50	OG	5	1.66	50.00
		\$	1.05		0.61		
31.01.03	LOGOAUDEMIA.	U.	6	OG	5	2.01	50.00
		\$	1.40		0.61		
31.01.04	PRUEBAS SUPRALIMINARES. [Texto retirado por el PMO] cada una	U.	4.50	OG	5	1.66	50.00
		\$	1.05		0.61		
31.01.05	SELECCION DE OTOAMPLIFONOS. INCLUYE RADSTRONICS.	U.	4.50	OG	10	2.27	50.00
		\$	1.05		1.23		
31.01.07	TECNICA DE PROETZ. [Texto retirado por el PMO] hasta diez sesiones	U.	7.50	OG	20	4.20	50.00
		\$	1.74		2.45		
31.01.08	[Texto retirado por el PMO] Insuflacion de las trompas de Eustaquio, (maximo 5 sesiones), por cada una.					I/C	
31.01.09	IMPEDANCIOMETRIA.	U.	10.50	OG	10	3.67	50.00
		\$	2.44		1.23		
31.01.10	EXAMEN FUNCIONAL DE NARIZ (RINOMANOMETRIA).	U.	15	OG	60	10.85	50.00
		\$	3.49		7.36		
31.01.11	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO EN OIDO [Texto retirado por el PMO] Extraccion de O TAPON DE CERUMEN. [Texto retirado por el PMO] (Uni o Bilateral)	U.	4.50	OG	5	1.66	50.00
		\$	1.05		0.61		
31.01.12	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR.	U.	3	OG	5	1.31	50.00
		\$	0.70		0.61		
31.01.13	TAPONAMIENTO NASAL ANTEROPOSTERIOR.	U.	4.50	OG	5	1.66	50.00
		\$	1.05		0.61		
31.01.14	[Texto retirado por el PMO] Extraccion de cuerpo extraño en nariz.					I/C	

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos			
31.01.15	CAUTERIZACION DE NARIZ.	U. \$	4.50 1.05	OG 0.61	5 1.66	50.00
31.01.16	<u>Texto retirado por el PMO.</u> Lavaje de seno paranasal uni o bilateral.				I/C	
31.01.17	<u>Texto retirado por el PMO.</u> Laringoscopia indirecta diagnostica.				I/C	
31.01.18	LARINGOSCOPIA DIRECTA.	U. \$	15 3.49	OG 3.68	30 7.17	50.00
Norma:	<u>Texto retirado por el PMO.</u> Los estudios endoscopicos faringolaringeos incluyen dentro del arancel estipulado eventual toma biopsica, extraccion de cuerpo extraño, instalaciones, irrigaciones, dilataciones, inserciones, escisiones, drenajes, aspiraciones, lavados, etc.					
31.01.19	<u>Texto retirado por el PMO.</u> Expresion de adenoides o lavaje rinoadenoides.				I/C	
31.01.20	EXTRACCION DE CALCULO SALIVAL SIN INCISION CATETERIZACION, DILATACION DEL CONDUCTO SALIVAL.	U. \$	4.50 1.05	OG 0.61	5 1.66	50.00
31.01.21	INYECCION DE SUSTANCIA RADIOPACA PARA BRONCOGRAFIA.	U. \$	3 0.70		0.70	50.00
31.01.22	OTOMICROSCOPIA.	U. \$	4.50 1.05	OG 1.23	10 2.27	50.00
31.01.23	RINO-SINUSO FIBROSCOPIA DIAGNOSTICA.					250.00
31.01.24	FARINGO LARINGO FIBROSCOPIA.					250.00
31.01.25	TRATAMIENTO DE LESIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS POR MEDIOS FISICOS O QUIMICOS.					250.00

CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.

32

PEDIATRIA

32.01.04	ATENCION DEL RECIEN NACIDO NORMAL O PATOLOGICO EN SALA DE PARTOS.	U. \$	87.75 20.41		20.41	
Norma:	<u>Texto retirado por el PMO.</u> La facturacion de este código exige la presencia del pediatra o neonatologo antes del nacimiento e incluye la atencion del recién nacido normal, patológico, prematuro o deprimido (cualquiera fuere la hora o el día de atención) y todas las practicas y/o maniobras de reanimación que demande (intubación, ventilación asistida, venopuntura, canalización umbilical, administración de líquidos parenterales, etc) y toda la atención necesaria durante las 48 hs. posteriores al nacimiento.					

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
33.01.12	PRUEBAS PROYECTIVAS PERFIL DE PERSONALIDAD. [Texto retirado por el PMO] (batería de un mínimo de 4 tests)	U. 58.50 \$ 13.61		13.61	50.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] Las pruebas proyectivas, las pruebas psicometricas y la terapia ocupacional, solo podran ser facturadas cuando fueren solicitadas por medicos registrados en la especialidad de psiquiatria				
33.02.01	HOSPITAL DE DIA.		CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.		50.00
Norma	[Texto retirado por el PMO] La modalidad de Hospital de Dia les corresponde una cobertura identica a la de internacion. Contempla el 100% de cobertura la inter-nacion Clinico-Quirurgica, Especializada, de Alta Complejidad y Domiciliaria, sin coseguros, ni limite de tiempo, excepto el señalado en el capitulo de Sa-lud Mental. Incluye: Todas las prestaciones y practicas diagnosticas y terapeuticas detalladas en el presente catalogo. Tiene 100% de cobertura en gastos, derechos, honorarios, material de contraste o radioactivo, medicamentos, elementos e instrumentales necesarios, descartables o no. Los beneficiarios tendran derecho a la totalidad de las prestaciones detalladas en el Anexo II de la presente resolucion (Catalogo de Prestaciones del P.M.O.)				
33.02.02	HOSPITAL DE NOCHE.				50.00
33.03.01	TALLERES Y ACTIVIDADES GRUPALES PARA PREVENCION PRIMARIA Y SECUNDARIA.		CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.		50.00
33.03.02	TALLER DE ESTIMULACION TEMPRANA, INCLUYE GUARDERIA. SE ASEGURA LA COBERTURA. EN LOS NIÑOS DE HASTA DOS AÑOS DE EDAD CON DEFICITS NEUROSENSORIAL				50.00

34	RADIOLOGIA
----	------------

34.01	RADIOSCOPIA
-------	-------------

34.01.01	RADIOSCOPIA SIMPLE. [Texto retirado por el PMO] (como unico estudio). A	U. 5.25 \$ 1.22	GR 20 6.99	8.21	50.00
34.01.02	RADIOSCOPIA CON INTENSIFICADOR DE IMAGEN. [Texto retirado por el PMO] (agregar al código correspondiente). D	U. 5.25 \$ 1.22	GR 60 20.98	22.20	50.00
34.01.03	RADIOSCOPIA CON CIRCUITO CERRADO DE TELEVISION. [Texto retirado por el PMO] (agregar al código correspondiente). D	U. 5.25 \$ 1.22	GR 60 20.98	22.20	50.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos			
34.02	APARATO ESQUELETICO					
34.02.01	RX DEL CRANEO, CARA, SENOS PARANASALES O CAVUM. [Texto retirado por el PMO] primera exposicion. B	U. \$	6.75 1.57	GR 25 8.74	10.31	50.00
34.02.02	[Texto retirado por el PMO] Por exposicion subsiguiente. B	U. \$	2.25 0.52	GR 20 6.99	7.52	50.00
34.02.03	Rx [Texto retirado por el PMO] Hueso TEMPORAL O AGUJEROS OPTICOS, COMPARATIVOS. [Texto retirado por el PMO] por incidencia y por par. B	U. \$	9.75 2.27	GR 30 10.49	12.76	50.00
34.02.04	RX ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR. [Texto retirado por el PMO] tres posiciones, comparativas. B	U. \$	9.75 2.27	GR 30 10.49	12.76	50.00
34.02.05	ORTOPANTOMOGRAFIA (PANORAMICA DE CRANEO O CARA.). [Texto retirado por el PMO] primera exposicion	U. \$	9.75 2.27	GR 60 20.98	23.24	50.00
34.02.06	[Texto retirado por el PMO] Por exposicion subsiguiente. I	U. \$	5.25 1.22	GR 60 20.98	22.20	50.00
34.02.07	TELERRADIOGRAFIA DE CRANEO Y/O PERFIL FACIAL. [Texto retirado por el PMO] con cefalostato: primera exposicion. G	U. \$	5.25 1.22	GR 60 20.98	22.20	50.00
34.02.08	[Texto retirado por el PMO] Por exposicion subsiguiente. G	U. \$	2.25 0.52	GR 50 17.48	18.00	50.00
34.02.09	RX DE RAQUIS (COLUMNA). [Texto retirado por el PMO] primera exposicion. B	U. \$	6.75 1.57	GR 30 10.49	12.06	50.00
34.02.10	[Texto retirado por el PMO] Por exposicion subsiguiente. B	U. \$	2.25 0.52	GR 25 8.74	9.26	50.00
34.02.11	RX DE HOMBRO, HUMERO, PELVIS, CADERA Y FEMUR. [Texto retirado por el PMO] primera exposicion. A	U. \$	6.75 1.57	GR 30 10.49	12.06	50.00
34.02.12	[Texto retirado por el PMO] Por exposicion subsiguiente. A	U. \$	2.25 0.52	GR 25 8.74	9.26	50.00
34.02.13	RX DE ANTEBRAZO, CODO, MANO, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE. [Texto retirado por el PMO] muñeca dedos, dos por placa. A	U. \$	6.75 1.57	GR 30 10.49	12.06	50.00
34.02.14	MEDICION COMPARATIVA DE MIEMBROS INFERIORES. (ORTORADIOGRAFIA). [Texto retirado por el PMO] por estudio. B	U. \$	7.50 1.74	GR 40 13.98	15.73	50.00
34.02.15	RX AMPLIADA O MACRORADIOGRAFIA. A	U. \$	5.25 1.22	GR 30 10.49	11.71	50.00
34.02.16	ARTROGRAFIA. [Texto retirado por el PMO] (sin honorario de especialista) primera exposicion. A	U. \$	5.25 1.22	GR 25 8.74	9.96	100.00
34.02.17	[Texto retirado por el PMO] Por exposicion subsiguiente. A	U. \$	2.25 0.52	GR 20 6.99	7.52	50.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos			
34.02.18	[Texto retirado por el PMO] Una placa (apical). A	U.	2.25	6	2.62	50.00
		\$	0.52	2.10		
34.02.19	[Texto retirado por el PMO] Una placa (ocusal). A	U.	5.25	15	6.47	50.00
		\$	1.22	5.24		
34.02.20	[Texto retirado por el PMO] Semiseriada hasta 7 (siete) placas. A	U.	7.50	25	10.48	50.00
		\$	1.74	8.74		
34.02.21	[Texto retirado por el PMO] Seriada de 7 (siete) a 14 (catorce) placas. A	U.	12	45	18.52	50.00
		\$	2.79	15.73		

34.03	APARATO RESPIRATORIO
--------------	-----------------------------

34.03.01	RX TORAX. [Texto retirado por el PMO] o telerradiografia con o sin trazado de diametros cardiacos, con o sin relleno esofagico, de primera exposicion. A OBSERVACIONES. NO EXISTE EVIDENCIA CIENTIFICA QUE AVALE LA SOLICITUD DE ESTA PRACTICA COMO RASTREO SISTEMATICO EN LA BUSQUEDA DE CANCER DE PULMON, POR TANTO NO CONSTITUYE UNA INDICACION PARA EL EXAMEN PERIODICO DE SALUD EN ESTA CONDICION.	U.	6.75	GR	25	10.31	50.00
		\$	1.57		8.74		
34.03.02	[Texto retirado por el PMO] Por exposicion subsiguiente. A	U.	2.25	GR	21	7.86	50.00
		\$	0.52		7.34		
34.03.03	BRONCOGRAFIA. [Texto retirado por el PMO] (sin endoscopia, sin anestesia general) cada pulmon, minimo 4 exposiciones por estudio. B	U.	12	GR	65	25.52	50.00
		\$	2.79		22.72		
34.03.04	NEUMOMEDIASTINO. [Texto retirado por el PMO] frente y perfil (sin honorario del especialista). B	U.	7.50	GR	45	17.48	100.00
		\$	1.74		15.73		

34.04	APARATO RESPIRATORIO, DIGESTIVO Y CAVIDAD ABDOMINAL
--------------	--

34.04.01	SIALOGRAFIA. [Texto retirado por el PMO] por glandula y por lado: por estudio con un minimo de tres placas. B	U.	7.50	GR	50	19.22	100.00
		\$	1.74		17.48		
34.04.02	ESOFAGO, ESTUDIO SERIADO. [Texto retirado por el PMO] (como minimo 2 placas cuatro exposiciones) como unico estudio. c #	U.	7.50	GR	50	19.22	100.00
		\$	1.74		17.48		
34.04.03	RX SERIADA GASTRODUODENAL. [Texto retirado por el PMO] Estomago y duodeno, estudio seriado (minimo 10 expos.) por estudio. c #	U.	15	GR	100	38.45	100.00
		\$	3.49		34.96		

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES				TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios		Gastos			
34.04.04	RX SERIADA GASTRODUODENAL, TECNICA DOBLE CONTRASTE. [Texto retirado por el PMO] Estomago y duodeno (minimo 12 exposiciones). c #	U. \$	24.75 5.76	GR	120 41.95	47.71	100.00
34.04.05	RX SERIADA ESOFAGOGASTRODUODENAL. [Texto retirado por el PMO] (minimo doce exposiciones) por estudio. c #	U. \$	24.75 5.76	GR	130 45.45	51.20	100.00
34.04.06	DUODENOGRAMIA HIPOTONICA. [Texto retirado por el PMO] (minimo 4 placas) por estudio (incluye sondaje duodenal). c #	U. \$	24.75 5.76	GR	60 20.98	26.73	100.00
34.04.07	RX TRANSITO INTESTINO DELGADO O [Texto retirado por el PMO] de COLON. (minimo 3 placas) por estudio. c #	U. \$	7.50 1.74	GR	70 24.47	26.22	100.00
34.04.08	RX SERIADA ILEOCECOAPENDICULAR. [Texto retirado por el PMO] (minimo 2 placas) por estudio. C #	U. \$	7.50 1.74	GR	25 8.74	10.48	100.00
34.04.09	RX COLON POR ENEMA Y EVACUADO. [Texto retirado por el PMO] (minimo 3 placas) por estudio. A #	U. \$	5.25 1.22	GR	60 20.98	22.20	100.00
34.04.10	[Texto retirado por el PMO] Rx Colon por enema y evacuado. (minimo 5 placas) por estudio. C #	U. \$	24.75 5.76	GR	60 20.98	26.73	100.00
34.04.11	RX COLON POR ENEMA EVACUADO E INSUFLADO. [Texto retirado por el PMO] tecnica de Fisher (minimo 6 placas) por estudio. c #	U. \$	24.75 5.76	GR	100 34.96	40.72	100.00
34.04.12	RX COLON POR ENEMA EVACUADO Y DOBLE CONTRASTE. [Texto retirado por el PMO] (minimo 8 placas) tecnica de Malmo, por estudio. c #	U. \$	36.75 8.55	GR	150 52.44	60.99	100.00
34.04.13	COLECISTOGRAFIA ORAL INCLUYE PRUEBA DE EVACUACION. [Texto retirado por el PMO] (minimo 3 placas) por estudio. B #	U. \$	9.75 2.27	GR	60 20.98	23.24	100.00
34.04.14	COLECISTOGRAFIA ENDOVENOSA INCLUYE PRUEBA DE EVACUACION. [Texto retirado por el PMO] (minimo 5 placas) por estudio. B	U. \$	12 2.79	GR	150 52.44	55.23	100.00
34.04.15	COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA. [Texto retirado por el PMO] (minimo 5 placas) por estudio. B	U. \$	12 2.79	GR	140 48.94	51.74	100.00
34.04.16	COLANGIOGRAFIA OPERATORIA. [Texto retirado por el PMO] (primera placa). A *	U. \$	9.75 2.27	GR	40 13.98	16.25	100.00
34.04.17	COLANGIOGRAFIA OPERATORIA. [Texto retirado por el PMO] Colangiografia operatoria, por cada placa subsiguiente. A *	U. \$	2.25 0.52	GR	20 6.99	7.52	100.00
34.04.18	FISTULOCOLANGIOGRAFIA COLANGIOGRAFIA POSOPERATORIA [Texto retirado por el PMO] (minimo 3 placas) por estudio. A # *	U. \$	9.75 2.27	GR	60 20.98	23.24	100.00
34.04.19	COLANGIOGRAFIA RETROGRADA POR FIBROSCOPIA. [Texto retirado por el PMO] (minimo 3 placas) por estudio (sin honorario de especialista). D #	U. \$	9.75 2.27	GR	60 20.98	23.24	250.00
34.04.20	NEUMOPERITONEOGRAFIA RETRONEUMOPERITONEOGRAFIA. [Texto retirado por el PMO] uni o bilateral, (minimo 3 placas) por estudio (sin honorario del especial B	U. \$	9.75 2.27	GR	60 20.98	23.24	100.00
34.04.21	RX SIMPLE DE ABDOMEN. [Texto retirado por el PMO] primera exposicion. A *	U. \$	5.25 1.22	GR	25 8.74	9.96	100.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES			TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios	Gastos				
34.04.22	Texto retirado por el PMO. Por exposicion subsiguiente. A *	U. \$	2.25 0.52	gr	20 6.99	7.52	100.00

34.05	APARATO URINARIO
-------	------------------

34.05.01	RX SIMPLE DE ARBOL URINARIO. Texto retirado por el PMO. B	U. \$	5.25 1.22		25 8.74	9.96	50.00
34.05.02	UROGRAMA EXCRETOR PIELOGRAFIA DESCENDENTE. Texto retirado por el PMO. (minimo simple 3 placas) por estudio. B	U. \$	9.75 2.27	GR	100 34.96	37.23	100.00
34.05.03	UROGRAMA EXCRETOR CON ESTUDIO VESICAL PRE Y POSTMICCIONAL. Texto retirado por el PMO. (minimo simple y 5 placas) por estudio. B	U. \$	12 2.79	GR	120 41.95	44.74	100.00
34.05.04	UROGRAMA MINUTADO O POR GOTEO PIELOGRAFIA POR PERFUSION. Texto retirado por el PMO. (minimo simple y 5 placas) por estudio. B	U. \$	12 2.79	GR	150 52.44	55.23	100.00
34.05.05	PIELOGRAFIA ASCENDENTE. Texto retirado por el PMO. (sin honorarios del especialista) primera placa. B	U. \$	5.25 1.22	GR	25 8.74	9.96	100.00
34.05.06	PIELOGRAFIA ASCENDENTE. Texto retirado por el PMO. Por exposicion subsiguiente. B	U. \$	2.25 0.52	gr	20 6.99	7.52	100.00
34.05.07	CISTOURETROGRAFIA MICCIONAL CISTOURETROGRAFIA ASCENDENTE. Texto retirado por el PMO. (minimo 2 placas) por estudio. B	U. \$	5.25 1.22	GR	50 17.48	18.70	100.00
34.05.08	CISTOURETROGRAFIA POR ESTUDIO DE INCONTINENCIA. Texto retirado por el PMO. para detectar reflujo, etc. (minimo 4 placas) por estudio. B	U. \$	7.50 1.74	GR	70 24.47	26.22	100.00

34.06	APARATO GENITAL FEMENINO Y MAMAS
-------	----------------------------------

34.06.01	MAMOGRAFIA SENOGRAFIA. Texto retirado por el PMO. unicamente con mamografo original de fabrica con tubo de molibdeno y pelicula de grano fino, por lado, craneo-podal y perfil. H OBSERVACIONES: LA MISMA SERA COMPRENDIDA COMO PRACTICA PREVENTIVA CUANDO SE REALICE EN FORMA ANUAL Y PERIODICA EN EL RASTREO SISTEMATICO DEL CANCER DE MAMA. PARA ELLO LAS BENEFICIARIAS DEBERAN TENER NO MENOS DE 49 AÑOS, O BIEN, A EDADES MENORES, TENER ANTECEDENTES DE CANCER DE MAMA FAMILIAR O PERSONAL, U OTROS FACTORES DE RIESGO.	U. \$	5.25 1.22	GR	60 20.98	22.20	100.00
34.06.02	MAMOGRAFIA, PROYECCION AXILAR. Texto retirado por el PMO. (unicamente con mamografo original de fabrica con tubo de molibdeno y pelicula de grano fino) por lado. H	U. \$	5.25 1.22	GR	40 13.98	15.21	100.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES				TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios		Gastos			
34.06.03	GALACTOGRAFIA. [Texto retirado por el PMO] (con o sin mamografo) por lado, dos exposiciones por estudio. B	U.	5.25		40	15.21	100.00
		\$	1.22	GR	13.98		
34.06.04	HISTEROSALPINGOGRAFIA CON PRUEBA DE COTTE. [Texto retirado por el PMO] (sin honorarios del especialista) (minimo 3 placas) por estudio. c #	U.	7.50		60	22.72	100.00
		\$	1.74	GR	20.98		
34.06.05	PELVINEUMOGRAFIA. [Texto retirado por el PMO] (sin honorarios del especialista) (minimo 3 placas) por estudio. B	U.	7.50		60	22.72	100.00
		\$	1.74	GR	20.98		
34.06.06	GINECOGRAFIA. [Texto retirado por el PMO] (sin honorarios del especialista) (minimo 6 placas) por estudio. C	U.	15		120	45.44	100.00
		\$	3.49	GR	41.95		
34.06.07	PELVIMETRIA RADIOLOGICA. [Texto retirado por el PMO] (minimo 2 placas) por estudio. B	U.	5.25		50	18.70	100.00
		\$	1.22	GR	17.48		
34.06.08	[Texto retirado por el PMO] Radiografia del embarazo, directa de abdomen. C	U.	5.25		25	9.96	100.00
		\$	1.22	GR	8.74		

34.07	NEURORRADIOLOGIA
-------	------------------

34.07.01	SINUSOGRAFIA POR CATETERISMO. [Texto retirado por el PMO] (minimo 6 placas) por estudio. D	U.	9.75		120	44.22	250.00
		\$	2.27	GR	41.95		
34.07.02	VENTICULOGRAFIA POR INYECCION DE MEDIO DE CONTRASTANTE LIQUIDO O GASEOSO. [Texto retirado por el PMO] (minimo 6 placas) por estudio. B	U.	9.75		120	44.22	250.00
		\$	2.27	GR	41.95		
34.07.03	ARTERIOGRAFIA CEREBRAL POR CATETERISMO. [Texto retirado por el PMO] (minimo 6 placas) por estudio. D	U.	12		120	44.74	250.00
		\$	2.79	GR	41.95		
34.07.04	ARTERIOGRAFIA CAROTIDEA O VERTEBRAL. [Texto retirado por el PMO] (por puncion directa) minimo 4 placas por estudio. B	U.	12		100	37.75	250.00
		\$	2.79	GR	34.96		
34.07.05	NEUMOENCEFALOVENTRICULOGRAFIA FRACCIONADA CISTERNOGRAFIA. [Texto retirado por el PMO] (minimo 8 placas) por estudio. B	U.	12		120	44.74	250.00
		\$	2.79	GR	41.95		
34.07.06	MIELOGRAFIA ASCENDENTE O DESCENDENTE. [Texto retirado por el PMO] Cisternomielografia, radiculografia (minimo 4 placas) por estudio. D	U.	15		80	31.46	250.00
		\$	3.49	GR	27.97		
34.07.07	DISCOGRAFIA. NEUROGRAFIA. EPIDUROGRAFIA. [Texto retirado por el PMO] (minimo 2 placas) por estudio. D	U.	12		40	16.78	250.00
		\$	2.79	GR	13.98		

34.08	ANGIOCARDIORRADIOLOGIA
-------	------------------------

34.08.01	[Texto retirado por el PMO] Control radioscopico para colocacion de marcapaso transitorio con electrodo endocavitario. D	U.	7.50		50	19.22	250.00
		\$	1.74	GR	17.48		

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
34.08.02	Control radioscopico para colocacion de marcapaso definitivo con electrodo endocavitario. D <i>Texto retirado por el PMO.</i>	U. 7.50 \$ 1.74	50 3r 17.48	19.22	250.00
34.08.03	Control radiocopico para cateterismo derecho y/o izquierdo sin angiocardiografia. D <i>Texto retirado por el PMO.</i>	U. 7.50 \$ 1.74	50 3r 17.48	19.22	250.00
34.08.04	CARDIOGRAFIA O ANGIOCARDIOGRAFIA. <i>Texto retirado por el PMO. (minimo 6 placas o 15 metros de pelicula) por estudio. D #</i>	U. 24.75 \$ 5.76	180 GR 62.93	68.68	250.00
34.08.05	CORONARIOGRAFIA INCLUYE VENTRICULOGRAFIA. <i>Texto retirado por el PMO. (minimo 45 metros de pelicula) por estudio. D #</i>	U. 36.75 \$ 8.55	250 GR 87.40	95.95	250.00
34.08.06	INVESTIGACION DE FISTULAS VASCULARES PULMONARES. <i>Texto retirado por el PMO. comprende aortografia toracica selectiva de arterias y angioneumografia (minimo 12 placas o 30 metros de pelicula) por estudio D #</i>	U. 24.75 \$ 5.76	100 GR 62.93	68.68	250.00
34.08.07	PANARTERIOGRAFIA DEL CAYADO AORTICO Y VASOS DEL CUELLO POR CATERISMO. <i>Texto retirado por el PMO. (minimo 6 placas o 15 metros de pelicula) por estudio. D #</i>	U. 12 \$ 2.79	140 GR 48.94	51.74	250.00
34.08.08	AORTOGRAFIA. <i>Texto retirado por el PMO. por puncion lumbar, primera exposicion. B</i>	U. 9.75 \$ 2.27	40 GR 13.98	16.25	100.00
34.08.09	Aortografia por puncion lumbar, por cada exposicion subsiguiente y hasta 4 exposiciones. B <i>Texto retirado por el PMO.</i>	U. 5.25 \$ 1.22	30 3r 10.49	11.71	100.00
34.08.10	ARTERIOGRAFIA DE ARTERIAS MEDULARES Y/O INTERCOSTALES. <i>Texto retirado por el PMO. (por estudio completo cualquiera fuere el numero de placas y/o sesiones). D</i>	U. 36.75 \$ 8.55	250 GR 87.40	95.95	250.00
34.08.11	ARTERIOGRAFIA SELECTIVA DE RAMAS DE AORTA ABDOMINAL. <i>Texto retirado por el PMO. (minimo 6 placas o 15 metros de pelicula). D #</i>	U. 24.75 \$ 5.76	140 GR 48.94	54.70	250.00
34.08.12	ARTERIOGRAFIAS PERIFERICA DE MIEMBROS. <i>Texto retirado por el PMO. (por puncion). Primera exposicion. B</i>	U. 9.75 \$ 2.27	35 GR 12.24	14.50	100.00
34.08.13	Arteriografias periferica de los miembros (por puncion) por cada exposicion subsiguiente y hasta 4 exposiciones. B <i>Texto retirado por el PMO.</i>	U. 5.25 \$ 1.22	25 3r 8.74	12.69	100.00
34.08.14	CAVOGRAFIA. <i>Texto retirado por el PMO. (primera exposicion)</i>	U. 7.50 \$ 1.74	35 GR 12.24	13.98	100.00
34.08.15	Cavografia (por cada exposicion subsiguiente y hasta 4 exposiciones). B <i>Texto retirado por el PMO.</i>	U. 5.25 \$ 1.22	25 3r 8.74	9.96	100.00
34.08.16	ESPLENOPORTOGRAFIA POR PUNCION ESPLENICA.	U. 7.50 \$ 1.74	35 GR 12.24	13.98	100.00
34.08.17	Esplenoportografia por cada exposicion subsiguiente y hasta 4 exposiciones. B <i>Texto retirado por el PMO.</i>	U. 5.25 \$ 1.22	30 3r 10.49	11.71	100.00
34.08.18	FLEBOGRAFIA SELECTIVA DE AFLUENTES ABDOMINALES O TORACICO DE LA VENA CAVA. <i>Texto retirado por el PMO. (cavografia selectiva por cateterismo) primera exposicion. D #</i>	U. 7.50 \$ 1.74	35 GR 12.24	13.98	100.00
34.08.19	Flebografia selectiva de afluentes abdominales o toracico de la vena cava, por exposicion subsiguiente y hasta 4 exposiciones. D <i>Texto retirado por el PMO.</i>	U. 5.25 \$ 1.22	25 3r 8.74	9.96	100.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES			TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios		Gastos		
34.08.20	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR. [Texto retirado por el PMO.] Primera exposicion. B	U. 7.50 \$ 1.74		GR 35 12.24	13.98	100.00
34.08.21	[Texto retirado por el PMO.] Flebografia de miembro superior o inferior. Por cada exposicion subsiguiente y hasta 4 exposiciones. B	U. 5.25 \$ 1.22		GR 25 8.74	9.96	100.00
34.08.22	LINFOGRAFIA POR EXPOSICION. [Texto retirado por el PMO.] B	U. 5.25 \$ 1.22		GR 25 8.74	9.96	100.00

34.09	TOMOGRAFIA - CINERADIOLOGIA - Rx EN QUIROFANO Y DOMICILIO
-------	---

34.09.01	TOMOGRAFIA LINEAL. [Texto retirado por el PMO.] cualquiera sea la zona o sistema (minimo 5 placas) por estudio. E	U. 15 \$ 3.49		GR 150 52.44	55.93	100.00
34.09.02	TOMOGRAFIA HIPOCICLOIDAL, POLITOMOGRAFIA: [Texto retirado por el PMO.] por estudio. E	U. 15 \$ 3.49		GR 150 52.44	55.93	100.00
34.09.03	FISTULOGRAFIA. [Texto retirado por el PMO.] estudio completo (minimo 2 placas) por estudio. A	U. 5.25 \$ 1.22		GR 50 17.48	18.70	100.00
34.09.04	DACRIOCISTOGRAFIA. [Texto retirado por el PMO.] (minimo 3 placas) por estudio, sin honorarios del especialista. B	U. 7.50 \$ 1.74		GR 60 20.98	22.72	100.00
34.09.05	RADIOGRAFIA EN QUIROFANO O HABITACION. [Texto retirado por el PMO.] cualquiera fuera el estudio efectuado, excluido colangiografia operatoria, primera exposicion. A. Sin honorario si no esta presente el médico radiologo.	U. 9.75 \$ 2.27		GR 50 17.48	19.75	100.00
34.09.06	[Texto retirado por el PMO.] Radiografia en quirofano o habitacion, exposiciones subsiguientes, cada una. A	U. 5.25 \$ 1.22		GR 30 10.49	11.71	100.00
34.09.07	RADIOSCOPIA EN QUIROFANO CON AMPLIFICADORES DE IMAGENES. [Texto retirado por el PMO.] y TV: por estudio cualquiera fuere el efectuado. D	U. 7.50 \$ 1.74		GR 60 20.98	22.72	100.00
34.09.08	RADIOGRAFIA A DOMICILIO. [Texto retirado por el PMO.] en radio urbano, cualquiera fuere el estudio efectuado, primera exposicion. a	U. 7.50 \$ 1.74		GR 80 27.97	29.71	100.00
34.09.09	[Texto retirado por el PMO.] Radiografia a domicilio, en radio urbano, exposicion subsiguiente, por cada una. A	U. 5.25 \$ 1.22		GR 30 10.49	11.71	100.00

34.10	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA
-------	----------------------------

34.10.01	T.A.C. CEREBRAL. /	U. 48.75 \$ 11.34		GR 600 209.76	221.10	250.00
----------	--------------------	----------------------	--	------------------	--------	--------

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES			TOTAL Practica	Coseguro Hasta	
		Honorarios		Gastos			
34.10.02	T.A.C. CEREBRAL REFORZADA. /	U. \$	60.75 14.13	GR	750 262.20	276.33	250.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] La tomografía axial reforzada es con inyección de sustancia de contraste.						
34.10.03	[Texto retirado por el PMO] T.A.C. Cerebral de control. /	U. \$	24.75 5.76	gr	300 104.88	110.64	250.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] La tomografía axial reforzada de control es con o sin inyección de sustancia de contraste.						
34.10.04	T.A.C. OFTALMOLOGICA. [Texto retirado por el PMO] /	U. \$	24.75 5.76	GR	300 104.88	110.64	250.00
34.10.05	T.A.C. TIROIDEA. [Texto retirado por el PMO] /	U. \$	24.75 5.76	GR	300 104.88	110.64	250.00
34.10.06	T.A.C. MAMARIA. [Texto retirado por el PMO] /	U. \$	36.75 8.55	GR	500 174.80	183.35	250.00
34.10.07	T.A.C. GINECOLOGICA. [Texto retirado por el PMO] /	U. \$	48.75 11.34	GR	600 209.76	221.10	250.00
34.10.08	T.A.C. COMPLETA DE ABDOMEN. [Texto retirado por el PMO] /	U. \$	73.50 17.10	GR	1000 349.60	366.70	250.00
34.10.09	T.A.C. HEPATOBILIAR, ESPLÉNICA, PANCREÁTICA. [Texto retirado por el PMO] suprarrenal, renal. /	U. \$	60.75 14.13	GR	750 262.20	276.33	250.00
34.10.10	T.A.C. TORACICA.	U. \$	60.75 14.13	GR	700 244.72	258.85	250.00
34.10.11	T.A.C. VEJIGA Y PROSTATA.	U. \$	48.75 11.34	GR	600 209.76	221.10	250.00
34.10.12	T.A.C. OTROS ORGANOS Y REGIONES.	U. \$	36.75 8.55	GR	500 174.80	183.35	250.00
34.10.13	T.A.C. DE COLUMNA.	U. \$	52.50 12.21	GR	700 244.72	256.93	250.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO] Este código está reservado para el estudio de lesiones localizadas en la columna, incluye densitometría planar o escanograma, y el estudio de tres cuerpos vertebrales consecutivos con sus dos discos interpuestos respectivos. Requiere de un equipo de alta resolución con espesor de corte de cuatro (4) mm. o menos. Su facturación deberá acompañarse de un informe por escrito y no menos de ocho (8) imágenes por estudio.						
34.11.01	MARCACION MAMARIA PREQUIRURGICA.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.				250.00	
34.12.01	DENSITOMETRIA OSEA.					250.00	

OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS.

1. DIAGNOSTICO DE OSTEOPOROSIS. EN MUJERES QUE CUMPLAN CON AMBOS DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		

- A. TENGAN UN PUNTAJE IARO (INSTRUMENTO DE ANALISIS DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS) MAYOR O IGUAL A NUEVE SUMANDO A ALGUNO DE LOS FACTORES DE RIESGO
- B. ESTEN DISPUESTAS A REALIZAR TRATAMIENTO ESPECIFICO PARA LA OSTEOPOROSIS.
2. SEGUIMIENTO DE OSTEOPOROSIS
- EN MUJERES BAJO TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS NO DEBE SOLICITARSE UNA DMO (DENSITOMETRIA OSEA) DE SEGUIMIENTO ANTES DE LOS DOS AÑOS.
 - NO ES NECESARIO SOLICITAR DOS SITIOS DIFERENTES PARA EL DIAGNOSTICO DE OSTEOPOROSIS
 - EN LAS MUJERES JOVENES SE PUEDE SOLICITAR DMO COLUMNA LUMBAR Y EN LAS MAYORES DE 65 PUEDE SOLICITARSE SOLAMENTE DMO DE CADERA.
 - EN LAS PACIENTES CON DMO NORMALES (T SCORE MAYOR A -1) EL SEGUIMIENTO NO DEBE REALIZARSE EN UN INTERVALO MENOR DE 3 A 5 AÑOS.

- LAS MUJERES CON DMO POR ENCIMA DE LO NORMAL NO REQUIEREN SEGUIMIENTO
- LAS MUJERES EN PROGRAMA DE PREVENCION DEBEN SER SEGUIDAS CADA DOS AÑOS HASTA LA ESTABILIZACION DE LA MEDICION. LUEGO DEBE HACERSE CADA 3 AÑOS.

ANEXO:

IARO: INSTRUMENTO DE EVALUACION DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS

15 PUNTOS PARA MAYORES DE 75 AÑOS.

9 PUNTOS ENTRE 65 Y 74

5 PUNTOS ENTRE 55 Y 64 AÑOS

9 SI EL PESO ES MENOR A 60 KILOS

3 PUNTOS ENTRE 60 Y 69.9 KG.

2 PUNTOS SI NO USA ACTUALMENTE ESTROGENOS

34.20	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR
-------	-------------------------------------

34.20.01	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR CEREBRAL.		250.00
34.20.02	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR CEREBRAL CON GADOLINIO.		250.00
34.20.05	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR TIROIDEA.		250.00
34.20.08	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR COMPLETA DE ABDOMEN.		250.00
34.20.09	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR HEPATOBILIAR ESPLÉNICA PANCRÉATICA.		250.00
34.20.10	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR TORACICA.		250.00
34.20.11	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR VEJIGA Y PROSTATA.		250.00
34.20.12	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DE OTRAS REGIONES ENCEFALICAS. OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: EN CASO DE LESION ORGANICA (TUMORES CEREBRALES, MALFORMACIONES)		250.00
34.20.13	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DE COLUMNA. OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: POSTOPERATORIOS DE COLUMNA, SOSPECHA DE HERNIA DISCAL RECURRENTE POSTQUIRURGICA, CIATICA Y ESTENOSIS DEL CANAL LUMBAR, RADICULOPATIA CERVICAL, MIELOPATIA, SIRINGOMELIA, TUMORES ESPINALES, TUMORES DE LA MEDULA Y DE LA COLUMNA, INFECCION, ANOMALIAS CONGENITAS. COMPLEMENTA A LA ECOGRAFIA EN EL PERIODO NEONATAL, TRAUMA, EVALUACION DE LA COMPRESION MEDULAR (LA TOMOGRAFIA ES DE ELECCION PARA EL TRAUMATISMO DE COLUMNA)	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.	250.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
34.20.14	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DE ARTICULACIONES. OBLIGACION D COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: PATOLOGIA DE RODILLA: 1. PACIENTES CON LESION TRAUMATICA AGUDA, SUBAGUDA O CRONICA CON SOSPECHA DE COMPROMISO DE MENISCO O LIGAMENTOS. 2. PACIENTES CON SINTOMAS INTERNOS COMPATIBLES CON LESIONES MENISCALES O LIGAMENTARIAS SIN ANTECEDENTES DE TRAUMATISMO PREVIO DE POR LO MENOS 2 MESES DE EVOLUCION COMO PASO PREVIO ESTUDIO ARTROSCOPICO.				250.00

35	TERAPIA RADIANTE
-----------	-------------------------

Texto retirado por el PMO

- Norma:
- A. La aplicación de radioterapia, cobalto-terapia, cesio-terapia, etc. solo podra ser realizada por médico radioterapeuta y debera ser supervisada en forma ininterrumpida por el mismo.
 - B. Los aranceles de los códigos 35.02.01 y 35.02.02 corresponden a la aplicación de radium, su manipulacion, etc.
 - C. El arancel de códigos 35.02.03 corresponde al alquiler de radium por tratamiento, cualquiera sea la dosis MG/H utilizada.
 - D. El gasto sanatorial sera equivalente al del código 11.02.10
 - E. La aplicacion de radium labio-piel, se facturara como gasto operatorio 89 unidades sanatoriales.
 - F. Los gastos del código 35 en su totalidad, seran facturados de acuerdo al valor de la Unidad Radiologica.

35.01	RADIOTERAPIA
--------------	---------------------

35.01.01	ROENTGENOTERAPIA SUPERFICIAL O PROFUNDA. Texto retirado por el PMO. Cada aplicacion	U.	3		20			
		\$	0.70	GR	6.99	7.69	250.00	
35.01.02	TELECOBALTOTERAPIA, TELECESIOTERAPIA, RADICTERAPIA DINAMICA. Texto retirado por el PMO. Cada aplicacion	U.	3		30			
		\$	0.70	GR	10.49	11.19	250.00	

35.03	RADIUMTERAPIA
--------------	----------------------

35.03.01	TRATAMIENTO CON ACELERADOR LINEAL. INCLUYE SIMULACION, PLANIFICACION, COLIMADORES Y DOSIMETRIA.	CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O.			250.00
----------	---	-------------------------------	--	--	--------

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
35.03.05	RADIOTERAPIA TRIDIMENSIONAL CONFORMADA PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA. SE GARANTIZA ESTA PRACTICA ACORDE A LAS INDICACIONES QUE SE ESPECIFICAN: PACIENTES SIN CONTRAINDICACION PARA RADIOTERAPIA CONVENCIONAL TUMORES LOCALIZADOS CON BUEN PRONOSTICO GENERAL PACIENTES SIN RIESGO DE MUERTE INMINENTE. REIRRADIACIONES PACIENTES CON TUMOR LOCALIZADO DE PROSTATA. PACIENTES CON TUMOR DE PROSTATA EN ESTADIOS 1-2-3 CON TUMOR LOCALIZADO DE PROSTATA CON O SIN ADYUVANCIA. EN PACIENTES CON TUMOR LOCALIZADO DE PROSTATA MENORES DE 80 AÑOS.				250.00
35.03.10	BRAQUITERAPIA, TERAPIA DE CONTACTO.				250.00
35.03.11	BRAQUITERAPIA, TERAPIA INTRACAVITARIA.				250.00
35.03.12	BRAQUITERAPIA, TERAPIA INTERSTICIAL.				250.00
35.03.13	BRAQUITERAPIA, TERAPIA INTRALUMINAL.				250.00
35.03.13 (*)	BETATERAPIA OFTALMICA.				250.00
35.03.14	BETATERAPIA PRECAVITARIA ENCEFALICA.				250.00
35.03.15	BETATERAPIA INTRACAVITARIA ENCEFALICA.				250.00

(*) ESTE NUMERO DE CODIGO ESTA DUPLICADO EN EL P.M.O.

36		UROLOGIA					
36.01.01	URETROCISTOSCOPIA CON INSTRUMENTAL RIGIDO.	U. \$	15 3.49	OG	40 4.90	8.39	250.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO.] Los estudios endoscopicos incluyen dentro del arancel correspondiente, eventuales tomas de biopsias, esclisiones, lavajes, litotricias, electrocoagulacion, extracciones de cuerpos extraños, cateterismos ureterales, meatomia, inserciones, etc.						
36.01.02	URETROCISTOFIBROSCOPIA.	U. \$	22.50 5.23	OG	342 41.93	47.16	250.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
Norma:	[Texto retirado por el PMO.] Los estudios endoscópicos incluyen dentro del arancel correspondiente, eventuales tomas de biopsias, escisiones, lavajes, litotricias, electro-coagulación, extracciones de cuerpos extraños, cateterismos ureterales, meatomía, inserciones, etc.				
36.01.03	SONDAJE VESICAL. [Texto retirado por el PMO.] (evacuador, para instilación terapéutica)				I/C
36.01.04	[Texto retirado por el PMO.] Sondaje vesical (para cistografía de repleción, uretrocistografía).				I/C
36.01.05	CISTOTONOMANOMETRIA.	U. \$	15 3.49	OG 4.29	7.78 50.00
36.01.06	[Texto retirado por el PMO.] Dilatación uretral.				I/C
36.01.07	URETROSCOPIA.	U. \$	7.50 1.74	OG 3.68	5.42 250.00
Norma:	[Texto retirado por el PMO.] Los estudios endoscópicos incluyen dentro del arancel correspondiente, eventuales tomas de biopsias, escisiones, lavajes, litotricias, electrocoagulación, extracciones de cuerpos extraños, cateterismos ureterales, meatomía, inserciones, etc.				
36.01.08	URETROCISTOURETEROFIBROSCOPIA CON VIDEOSCOPIA.				250.00
36.01.11	ESTUDIO URODINAMICO COMPLETO.				CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O. 100.00
36.01.12	PENEOSCOPIA.				100.00

38	TRATAMIENTOS ESPECIALES
-----------	--------------------------------

38.01.01	PUVATERAPIA. OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: 1. VITILIGO EXTENDIDO 2. PSORIASIS POR FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO O LESIONES PROFUNDAS Y/O EXTENDIDAS 3. OTRAS LESIONES DESCAMATIVAS NO MICOLÓGICAS / BACTERIANAS DE LA PIEL				100.00
38.02.01	CAMARA HIPERBARICA. OBLIGACION DE COBERTURA EN LOS SIGUIENTES CASOS: ENFERMEDAD POR DESCOMPRESION, GANGRENA GASEOSA Y EMBOLIA GASEOSA O AEREA				CODIGO AGREGADO POR EL P.M.O. 100.00

42

ASISTENCIA EN CONSULTORIO, DOMICILIO E INTERNACION

Texto retirado por el PMO.

Norma:

- A.** El arancel previsto para las visitas en el código 42.01.01 y 42.02.03 corresponde a las realizadas dentro del radio urbano. Las visitas efectuadas fuera de ese radio, se facturarán con el adicional contemplado en el código 42.02.02.
- B.** Cuando a un beneficiario le efectuaran más de cuatro (4) consultas y/o visitas en un mismo mes o más de una consulta y/o visita en el mismo día se deberá adjuntar historia clínica junto a la facturación de las consultas y/o visitas.
- C.** El código 42.01.03 comprende las consultas médicas requeridas en el consultorio personal del médico, fuera de los horarios programados, entre las 21 horas y las 7 horas y desde las 18 horas del sábado a las 24 horas del domingo y las 24 horas de los días feriados. Excluye las consultas efectuadas en servicios de guardia o emergencia.
- D.** El código 42.02.03 comprende las visitas médicas realizadas en el domicilio habitual del paciente entre las 21 horas y las 7 horas y desde las 18 horas del sábado a las 24 horas del día domingo y las 24 horas de los días feriados.
- E.** El código 42.03.03 comprende la consulta ocasional realizada por un médico cuya especialización sea afín con la patología que presenta el paciente y solicitada por el médico responsable de la atención en internación.

42.01.01	CONSULTA EN CONSULTORIO	U.	10	2.33	
		\$	2.33		
42.01.01 A	GENERALISTAS				80.00
42.01.01 B	MEDICOS DE FAMILIA				80.00

CODIGO	P. M. O. DE PRACTICAS ESPECIALIZADAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	UNIDADES		TOTAL Practica	Coseguro Hasta
		Honorarios	Gastos		
42.01.01 C	PEDIATRAS				80.00
42.01.01 D	TOCOGINECOLOS				80.00
42.01.01 E	MEDICOS ESPECIALISTAS				150.00
42.01.03	<u>Texto retirado por el PMO.</u> Consulta médica en horario nocturno y/o días feriados.	U.	11		
		\$	2.56	2.56	
42.02.01	CONSULTA EN DOMICILIO. <u>Texto retirado por el PMO.</u> Visita médica. Norma: Domiciliaria en todos sus tipos.	U.	12		
		\$	2.79	2.79	
42.02.01 A	CONSULTA EN DOMICILIO DIURNA (CODIGO VERDE) (INCLUYE A LOS BENEFICIARIOS DEL PMI)				250.00
42.02.01 B	CONSULTA EN DOMICILIO NOCTURNA (CODIGO VERDE) (INCLUYE A LOS BENEFICIARIOS DEL PMI)				350.00
42.02.01 C	CONSULTA EN DOMICILIO EMERGENCIA (CODIGO ROJO)				EXENTO
42.02.01 D	CONSULTA EN DOMICILIO MAYORES DE 65 AÑOS				100.00
42.02.02	<u>Texto retirado por el PMO.</u> Arancel por cada 10 km., recorridos fuera del radio urbano, se adicionara.	U.	3		
		\$	0.70	0.70	
42.02.03	<u>Texto retirado por el PMO.</u> Visita médica en horario nocturno y/o días feriados.	U.	13		
		\$	3.02	3.02	
42.03.01	ATENCIÓN MEDICA EN INTERNACION CLINICA O QUIRURGICA. <u>Texto retirado por el PMO.</u> por día de internación	U.	10		
		\$	2.33	2.33	
42.03.03	INTERCONSULTA ESPECIALIZADA EN INTERNACION.	U.	12		
		\$	2.79	2.79	

CODIGO	P. M. O. DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	HONORARIOS			GASTO	TOTAL
		Especialista	Ayudantes	Anestesiista		Intervención

12.19	YESO, VENDAJES Y TRACCIONES CONTINUAS
-------	---------------------------------------

Norma: **Texto retirado por el PMO.** Los honorarios que figuran en este rubro incluyen eventuales ayudantías y solamente se facturaran cuando alguno de estos procedimientos se efectue como unico tratamiento y no cuando se realice como complemento de las intervenciones y procedimientos sobre el sistema musculo esquelético. El gasto quirurgico y el gasto de yeso se facturaran el 100% en todos los casos

12.19.01	FRONDA ARTICULAR PARA MAXILARES.	U.	12.75		60	32.53
		\$	2.97		29.56	
12.19.02	YESO PARA NARIZ.	U.	9		10	7.02
		\$	2.09		4.93	
12.19.03	MINERVA.	U.	54		162	92.38
		\$	12.56		79.82	
12.19.04	COLLAR DE SHANZ ENYESADO.	U.	9		20	11.95
		\$	2.09		9.85	
12.19.05	VENDAJE DE SHANZ.	U.	9		20	11.95
		\$	2.09		9.85	
12.19.06	CORSET.	U.	39.75		110	63.44
		\$	9.25		54.20	
12.19.07	CORSELETE.	U.	26.25		60	35.67
		\$	6.11		29.56	
12.19.08	CORSET DE RISSER O SIMILARES.	U.	106.50		162	104.59
		\$	24.77		79.82	
12.19.09	LECHO DE LORENZ HASTA CADERA.	U.	39.75		110	63.44
		\$	9.25		54.20	
12.19.10	LECHO DE LORENZ HASTA PIE.	U.	54		130	76.61
		\$	12.56		64.05	
12.19.11	VENDAJE DE CINGULO PARA COSTILLA.	U.	9		30	16.87
		\$	2.09		14.78	
12.19.12	VENDAJE EN OCHO ENYESADO.	U.	12.75		20	12.82
		\$	2.97		9.85	
12.19.13	VENDAJE DE ROBERT JONES - ACROMIO CLAVICULAR.	U.	12.75		20	12.82
		\$	2.97		9.85	
12.19.14	VELPEAU DE YESO.	U.	12.75		30	17.75
		\$	2.97		14.78	
12.19.15	VENDAJE DE VELPEAU.	U.	9		20	11.95
		\$	2.09		9.85	

CODIGO	P. M. O. DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS CON NOMENCLADOR NACIONAL	HONORARIOS			GASTO	TOTAL Intervención
		Especialista	Ayudantes	Anestesista		
12.19.16	YESO TORACO-BRAQUIAL.	U.	54		110	66.76
		\$	12.56		54.20	
12.19.17	YESO BRAQUIPALMAR.	U.	26.25		50	30.74
		\$	6.11		24.64	
12.19.18	YESO COLGANTE.	U.	12.75		50	27.60
		\$	2.97		24.64	
12.19.19	YESO ANTEBRAQUIPALMAR.	U.	12.75		50	27.60
		\$	2.97		24.64	
12.19.20	Texto retirado por el PMO] Mano de yeso	U.	9		20	11.95
		\$	2.09		9.85	
12.19.21	VALVA LARGA PARA MIEMBROS. Texto retirado por el PMO] superior	U.	12.75		20	12.82
		\$	2.97		9.85	
12.19.22	VALVA CORTA PARA MIEMBROS. Texto retirado por el PMO] superior	U.	9		20	11.95
		\$	2.09		9.85	
12.19.23	YESO PELVIPEDICO.	U.	54		110	66.76
		\$	12.56		54.20	
12.19.24	DUCROQUET.	U.	39.75		50	33.88
		\$	9.25		24.64	
12.19.25	CALZA DE YESO, YESO-CRURO-PEDICO.	U.	26.25		50	30.74
		\$	6.11		24.64	
12.19.26	BOTA LARGA DE YESO.	U.	39.75		50	33.88
		\$	9.25		24.64	
12.19.27	BOTA CORTA DE YESO.	U.	26.25		50	30.74
		\$	6.11		24.64	
12.19.28	BOTIN DE YESO.	U.	12.75		20	12.82
		\$	2.97		9.85	
12.19.29	Texto retirado por el PMO] Valva larga de miembro inferior.	U.	26.25		20	15.96
		\$	6.11		9.85	
12.19.30	Texto retirado por el PMO] Valva corta de miembro inferior	U.	9		20	11.95
		\$	2.09		9.85	
12.19.31	Texto retirado por el PMO] Pasta de Unna	U.	9		20	11.95
		\$	2.09		9.85	
12.19.32	TRACCION CONTINUA Texto retirado por el PMO] cutanea, traccion DE PARTES BLANDAS. Texto retirado por el PMO] con frondas, vendajes, adhesivos, etc	U.	26.25		50	30.74
		\$	6.11		24.64	
12.19.33	TRACCION Texto retirado por el PMO] continua tipo DE COTREL-CEFALO PELVICO.	U.	80.25		163	98.98
		\$	18.67		80.31	
12.19.34	TRACCION CONTINUA ESQUELETICA-CEFALICA.	U.	66		130	79.40
		\$	15.35		64.05	