

MANUAL DE PRESTACIONES, NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

**Servicio Medico de la Universidad Nacional de Misiones
(SMAUNaM)**

- 2016 -

INDICE

INTRODUCCION	4
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	6
1.1. Plan Materno Infantil (Ver Anexo)	9
1.2. Prevención de Cánceres Femeninos (Ver Anexo)	13
1.3. Prevención de Cáncer de Próstata (Ver Anexo)	14
1.4. Prevención de Osteoporosis	14
1.5. Salud Sexual y Reproductiva (Ley N° 25673)	15
1.6. Programa de Control y Seguimiento de la Hipertensión (Ver Anexo)	15
1.7. Programa de Diabetes (Ver Anexo)	16
1.8. Cobertura de vacunación Antigripal (*)	16
1.9. Cobertura de Vacunación contra el virus Papiloma Humano (HPV)	17
ATENCIÓN SECUNDARIA	18
2.1. Prácticas quirúrgicas	18
2.2. Prácticas especializadas	49
2.3. Prestaciones Bioquímicas	111
INTERNACIÓN	118
ALTA COMPLEJIDAD	119
4.1. Prácticas Mini-Invasivas: (CMI) (*)	119
4.2. Tratamientos de Fertilización (*)	121
4.3. Detección y Tipificación del Virus Papiloma Humano (HPV) (*)	122
4.4. Sistema Universitario Médico Asistencial Solidario (SUMAS).(*)	124
SALUD MENTAL	126
5.1 Atención ambulatoria:	126
5.2. Internación	126
REHABILITACIÓN.....	127
6.1. Fisioterapia y kinesioterapia	127
6.2. Terapia Ocupacional: (*)	127
6.3. Fonoaudiología	127
6.4. Módulo Comunidad Terapéutica para el Drogadependiente (*)	128
DISCAPACIDAD	129
MEDICAMENTOS	131
TRASPLANTES	145
OTRAS COBERTURAS	149
10.1. Cuidados Paliativos (*)	149
10.2. Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua	149
10.3. Prótesis, Ortesis, e insumos	150
10.4. Otoamplifonos	157
10.5. Óptica	157
10.6. Traslados y Derivaciones*	158
10.7. Accidentes	166
10.8. Prestamos asistenciales para la salud	167
10.9. Subsidios	168
10.10. Afiliados Jubilados	169
10.11. Reintegros.....	170
10.12. Plan Especial Oncológico (PEO01).....	171
10.13. Nomenclador reducido por SMAUNaM a los estudiantes (*)	171
10.14. Convenio Servicios Domiciliarios (*)	172

10.14.01: MEDISUR (Posadas) (*)	172
10.14.02: SOS (Oberá) (*)	173
10.14.03: EMEL (Eldorado) (*)	173
ANEXO	178
PLAN MATERNO INFANTIL.....	178
PLAN DE PREVENCIÓN DE CÁNCERES FEMENINOS Y DE PRÓSTATA	187
Mujeres hasta los 35 años.....	191
Conductas para llevar una vida saludable (alimentación sana, actividad física, no fumar, otros)	191
<i>Detección y Tipificación del Virus Papiloma Humano (HPV)</i>	193
PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN	195
PROGRAMA DE DIABETES	198
CUIDADOS PALIATIVOS (*)	201
PROGRAMA DE DISCAPACIDAD (*)	207
NUTRICIÓN (*)	217
NOMENCLADOR DE PRÁCTICAS Y CIRUGÍAS	222
ACTA DE NOTIFICACIÓN Y COMPROMISO	240
Programa Servicio Telefónico	242
BIBLIOGRAFÍA.....	246

INTRODUCCION

La Auditoría Médica es un proceso interdisciplinario que permite realizar la evaluación del acto médico, con los objetivos de: mejorar la práctica Médica, y la calidad de la atención.

Teniendo en cuenta este concepto, la Obra Social pretende reglamentar un sistema de Prestaciones tanto desde las normas de atención de las patologías prevalentes, como del funcionamiento del área, con la intención de brindar a sus afiliados calidad en la atención médica, preservando el uso eficiente de los recursos disponibles y logrando la satisfacción del beneficiario tanto de sus demandas como de sus expectativas.

En tal sentido la realización de este instrumento servirá de base para el reordenamiento necesario que permita cumplir con el objetivo deseado.

En él, se hallarán contenidos preventivos con prestaciones básicas para cuidar la salud y brindar una mejor calidad de vida evitando de esta manera la aparición de enfermedades mayores, sus secuelas e incluso la muerte; normas de atención de las enfermedades más frecuentes; como así también los circuitos administrativos que el afiliado deberá conocer para una buena, rápida y eficiente resolución de sus problemas.

Debido a los avances tecnológicos de los últimos años, que también se han hecho evidentes en el campo de la salud, han aparecido nuevos procedimientos que por lograr buenos resultados minimizar riesgos, disminuir molestias y complicaciones, fueron incorporados al menú prestacional de la Obra Social, sin necesariamente estar incluidos en el Nomenclador Nacional. Este hecho muestra claramente el compromiso de SMAUNaM de brindar a sus afiliados mayor cobertura traspasando los límites de su obligación. En este trabajo, para su reconocimiento e identificación, se identificarán con un asterisco (*).

Por todo lo dicho, este manual intenta ser un compendio dinámico que implica la incorporación permanente de nuevas prácticas que cumplan con la condición de "evidencia científica", como así también la baja de muchas otras que por los avances científicos ya mencionados han caído en desuso.

Por último para un uso rápido y fácil del mismo, se recomienda utilizar el índice temático ubicado al comienzo del trabajo donde se

encontrarán enumerados todos los contenidos del manual, de este modo el manejo del manual será más ágil.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Al inicio de cada año calendario cada afiliado titular recibirá una chequera conteniendo tres (3) órdenes de consultas gratuitas con sus respectivos recetarios para cada integrante de su grupo familiar. Las órdenes y recetarios recibidos tendrán una validez de un (1) año.

En caso de que algún afiliado por estrictas causas de orden mayor y siempre que el cuadro clínico lo justifique, tuviera la necesidad de consumir durante el mes más de las tres (3) órdenes permitidas, lo podrá hacer presentando un resumen de Historia Clínica que será evaluado por el médico auditor. En estos casos se cobrará un Coseguro.

Las consultas ambulatorias (42.01.01), se encuentran categorizadas según dos variables: antigüedad del profesional y especialidad. En este sentido se conformaron cuatro (4) categorías, a saber:

Categoría 1	Sin especialidad y menos de 10 años de antigüedad
Categoría 2	- Sin Especialidad y más de 10 años - Con Especialidad y hasta 10 años
Categoría 3	- Sin especialidad y más de 20 años - Con especialidad y más de 10 años
Categoría 4	Especialista con más de 20 años

El profesional prestador facturará las consultas en base a estas categorías.

Consulta de Guardia: el afiliado deberá presentar una orden de consulta común (42.01.01), y el sanatorio facturará al servicio el valor pactado previamente con la Obra Social.

30.01.51 (consulta oftalmológica integral) Esta se reconocerá dos veces al año, y comprenderá un fondo de ojos, tonometría, retinoscopía, gonioscopía, y un estudio exoftalmológico. El afiliado deberá abonar un coseguro de 20%. En caso de necesitar otra, deberá ir acompañada de historia clínica. Incluye consulta posterior para verificación de cristales.

En el caso particular de los estudiantes (Plan E) el coseguro de la misma corresponderá al 40%, y se reconocerá una consulta por año exclusivamente.

Consulta Nutricional (42.01.04) (*): La cobertura estará dirigida a las siguientes patologías: Hipertensión y diabetes 3 consultas anuales, y obesidad 7 consultas anuales. En caso de que un afiliado revista alguna patología particular que requiera control y seguimiento nutricional, auditoría médica podrá otorgar el beneficio previa evaluación. El afiliado deberá presentar en todos los casos una historia clínica completa del médico clínico tratante conteniendo entre otras: peso, talla, presión arterial, co-morbilidades, etc., y los estudios de laboratorio de rutina que certifiquen la patología objeto de la prestación.

Consulta Psicológica Inicial (42.33.01). Esta consulta tiene por finalidad establecer un contacto previo entre el afiliado y el profesional para establecer el tipo de terapia y características de la misma. Será facturada por el médico psiquiátrica y/o psicólogo.

Otras consultas: Además de las mencionadas, se reconocerán otras diferenciadas a los siguientes profesionales: Dr. Carlos Castro Olivera y Javier Del Longo quienes facturarán a través de las instituciones habituales el bono correspondiente a la consulta, y un arancel diferenciado directamente al SMAUNaM. Existe además para las consultas de endocrinología un arancel diferenciado el que se efectiviza por reintegro previa presentación de la factura debidamente conformada. Igual tratamiento recibirán las consultas neurológicas tanto de adultos como las pediátricas.

Las órdenes de consultas con sus respectivos recetarios que obren en poder de los afiliados y que se encuentren vencidas, podrán ser canjeadas una sola vez. Si las órdenes de consultas presentadas al canje están acompañadas por sus respectivos recetarios, se procederá a la substitución de la orden más el recetario, pero en caso de que solo se presente el bono de la consulta, se procederá al cambio de la misma exclusivamente sin emisión del recetario.

Aquellos afiliados que requieran de medicamentos extras por tratamientos específicos de patologías agudas, podrán retirar sin cargo dos (2) recetarios adicionales por mes. Este beneficio no incluye a los estudiantes (Plan E).

Paquete Mínimo de Prestaciones de Atención Primaria de la Salud a autorizar directamente por las Bocas de Expendio: como una forma de brindar mayor celeridad a los trámites y por lo tanto mayor comodidad a nuestros afiliados, se autorizarán directamente las prácticas que aparecen en el cuadro adjunto sin autorización previa por parte de Auditoría médica, a saber:

Paquete Mínimo de Prestaciones de Atención Primaria de la Salud a autorizar directamente por las Bocas de Expendio:

CAPITULO	PRACTICAS	OBSERVACIONES
CAPITULO 15	15.01.02 (anatomía patológica de pieza operatoria) 15.01.06 (PAP)	Cuando el paciente sea quirúrgico (cirugía) y se encuentre internado. Sin coseguro una vez por año (Plan Mujer)
CAPITULO 17	17.01.01 (ECG)	
CAPITULO 18	18.01.04 (ecografía tocoginecológica) 18.01.06 (ecografía de mama) 18.01.12 (ecografía abdominal) 18.01.53 (ecografía transvaginal) 18.01.14 (Ecografía de próstata)	Sin coseguro una vez al año (Plan Mujer > 50 años) Sin coseguro una vez al año Una vez al año Con coseguro una vez al año (Plan Mujer > de 50 años) Sin coseguro una vez al año (Plan Hombre > de 50 años)
CAPITULO 22	22.01.01 (colposcopia)	Sin coseguro una vez al año
CAPITULO 25	25.01.04: (fonoaudiología) 25.01.50 (Unidad kinésica)	Siempre y cuando se encuentre en tratamiento. No se podrán autorizar más de 5 sesiones al mes y 35 al año. No más de 35 al año.
CAPITULO 28	28.01.01 (espirometría)	Una vez al año
CAPITULO 31	31.01.02 (Audiometría) 31.01.03 (logoaudiometría) 31.01.09 (impedanciometría)	Una vez al año
CAPITULO 33	33.01.01 (psicoterapia)	Siempre y cuando se encuentre en tratamiento. No se podrán autorizar más de 4 sesiones al mes y 35 al año
CAPITULO	34.02.01/02 (Rx. de	Hasta el código 34.04.21

y hasta el primer mes luego del nacimiento. La atención del Recién Nacido será hasta el año de edad.

La cobertura será del 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuada del pago de coseguros para las atenciones médicas y medicamentos que se especifiquen en el anexo (Ver Plan Materno-Infantil). El resto de los medicamentos que no figuren en el anexo mencionado se beneficiarán con una cobertura del 60%. En los casos de embarazo de alto riesgo confirmado a través de la historia clínica del médico tratante, presentación de los estudios complementarios, y autorización previa del médico auditor, la cobertura será del 100%.

La puerta de entrada al beneficio estará dada por la presentación del certificado de embarazo expedido por el médico obstetra tratante donde conste la fecha de la última menstruación (FUM) y la fecha probable de parto (FPP). Cumplido este requisito se dará el alta al Plan cargándose en el sistema, en el mismo acto se generarán los cupones de leche para el consumo de la embarazada durante los meses 7 a 9 de gestación. Estas tareas estarán realizadas por el Área de Prestaciones. Se recomienda a la afiliada la entrega inmediata del certificado de embarazo a fin de brindar la cobertura precozmente. Si una embarazada, por alguna circunstancia especial aporte la documentación tardíamente, la Obra Social entregará la Chequera correspondiente anulando aquellas prácticas que resulten extemporáneas respecto de las semanas de embarazo en que se encuentre.

De confirmarse un embarazo de alto riesgo el sistema informático deberá reflejar la situación con la intensión de monitorear la evolución del mismo y el mejor cuidado a la embarazada.

De producirse la interrupción del embarazo, la afiliada y/o el familiar deberá informar la situación, de esta manera el Área de Prestaciones dará la baja correspondiente al beneficio.

El sistema efectuará la baja automática de la embarazada al programa, a los 15 días posteriores a la fecha probable del parto; asimismo la Obra Social, a través del Área de Afiliaciones procederá a cargar al recién nacido con la finalidad de incorporarlo al plan. Este procedimiento se realizará contra presentación del Certificado de Nacimiento y/o Acta de Nacimiento. En este momento el Área de Prestaciones otorgará la chequera al bebe

La cobertura comprende:

- a. **Embarazo y parto: Consulta Médica:** 1 por mes hasta el primer mes posterior al nacimiento.
Colposcopia y PAP: en una sola oportunidad.
Análisis Clínicos: Hemograma, glucemia, uremia, orina completa, Grupo Sanguíneo y Factor Rh, VDRL, Serología para Chagas, Toxoplasmosis, HIV, y HbsAg. Coombs indirecta en caso de madre RH- y padre RH+. (Primer Trimestre). Hemograma, recuento de plaquetas, uremia, uricemia, glucemia, orina completa. Glucemia postprandial en caso de necesidad. (Segundo Trimestre). Orina completa, hemograma, eritrosedimentación, glucemia, VDRL, uricemia, coagulograma. Coombs indirecta en caso de madre RH- y padre RH+ (Tercer trimestre).
Estudios Bacteriológicos: De orina en pacientes con antecedentes de infección urinaria en el primer trimestre; y módulo Bacteriológico x 2 para otras infecciones.
Módulo estreptococo beta hemolítico: En el tercer trimestre entre la 35 y 37 semanas
Ecografías Obstétricas: 4 (Primero, segundo y tercer trimestre)
Curso de psicoprofilaxis obstétrica: a partir del 7º mes.
Monitoreo Fetal: Solo cuando se justifique y debidamente documentado con Historia Clínica y Auditoría Médica previa a partir de la semana 36 y uno por semana.
Electrocardiograma y riesgo quirúrgico (en el tercer trimestre).
Consulta odontológica, topicación de flúor (2) y técnica de cepillado (1)
Internación: sin complicaciones será de 48 horas para una cesárea y de 24 horas para un parto normal
Medicamentos: En ambulatorio con cobertura del 100% únicamente para los enunciados en el listado adjunto (o sea para los medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio). El resto de los medicamentos tendrán una cobertura del 60%
- a. **Infantil: Consulta Médica:** Se cubrirán las consultas de seguimiento y control 1 por mes hasta el año de vida. **Screening Neonatal:** para la detección de la fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito, enfermedad fibroquística del recién nacido, 17 oh progesterona, biotinidasa, y galactosemia. **Ecografía de Caderas:**
-

en nacimientos en podálica. **Otoemisiones Acústicas:** (Ley 25.415), a todo bebé a partir de las 48 horas de vida y antes de los tres meses. Se brindará cobertura de **internación** de 24 a 48 horas con control adecuado por profesional a todos los recién nacidos. En caso de recién nacidos patológicos se brindará cobertura de internación, medicamentos y métodos diagnósticos sin límite de tiempo. (Se aclara que este beneficio es válido solo para afiliados directos, no así para hijos de afiliados adherentes). Medicamentos en ambulatorio 100% únicamente para los enunciados en el listado adjunto (Ver anexo). El resto de la medicación es de 60%.

- b. **Cobertura de Leche:** Para la **embarazada** 2 latas de 800 gramos de leche de primera calidad por mes desde el séptimo mes al noveno. Para el **niño** 4 latas de 800 gramos de leche por mes de primera calidad por mes durante los tres primeros meses de vida. A partir del cuarto mes y hasta el año de vida se entregarán 3 latas por mes siempre y cuando no le reconozca leche maternizada ni medicamentosa. **Leche maternizada:** 3 kilos de leche o 3 pack de 24 unidades de 250cm³ de leche líquida por mes, hasta el 3º mes. Se reconocerá dicho esquema siempre y cuando existan estrictos motivos médicos, con Historia Clínica debidamente justificada y con autorización previa del médico auditor. **Leche Medicamentosa:** 3 kilos de leche por mes hasta el sexto mes de vida. Las condiciones para su reconocimiento son las mismas exigidas para la provisión de leche maternizada. En ningún caso se podrá acumular la provisión mensual y solicitarla toda de una sola vez. Sin embargo y a pesar de la entrega de leche se estimulará la lactancia materna a través de folletos explicativos que contengan conceptos sobre las bondades de este insumo natural.

Algunas Normas:

- **Módulo Bacteriológico:** 2 en todo el embarazo. Sirve para detectar vaginosis y la presencia de clamidias muy frecuentes en nuestra zona. El momento de su realización es variable y queda a criterio del médico tratante.

- **Módulo Urológico:** Están indicados hasta 2 estudios. El primero durante el primer trimestre, y el segundo entre las semanas 27 y 29 semanas. Si hay antecedentes de infecciones urinarias con urocultivos positivos antes del embarazo puede considerarse el reconocimiento de un urocultivo por trimestre. Si algún cultivo fuera positivo durante la gesta con tratamiento completo realizado puede ser necesarios realizar hasta un cultivo mensual hasta la finalidad del embarazo.
- **CMV y Rubeola:** Un test de IgG positivo en una mujer no embarazada certifica que es inmune, y por lo tanto no requiere repetir estudios durante la gestación. Por lo tanto en el embarazo solo debe pedirse una sola determinación en el primer trimestre y en pacientes sin serología positiva.
- Para las normas concernientes a **ecografías** en el embarazo referirse al capítulo 18

1.2. Prevención de Cánceres Femeninos (Ver Anexo)

Se reconocerá una **consulta** anual sin cargo a toda mujer que haya iniciado su vida sexual activa, o mayores de 18 años y hasta los 70 años, y prácticas complementarias según el siguiente esquema:

Grupo Atareo	Prácticas Específicas
Mujeres desde los 18 años hasta los 35 años	Una (1) consulta ginecológica por año calendario. Un (1) PAP/año Una (1) Colposcopia/año Una (1) Ecografía Mamaria/año
Mujeres mayores de 35 años	Una (1) consulta ginecológica por año calendario. Un (1) PAP/año Una (1) Colposcopia/año Una (1) mamografía bilateral con proyección axial Mamografía magnificada: en pacientes con imágenes compatibles con malignidad. Con coseguro del 20%. Una (1) Ecografía Mamaria/año Una (1) Ecografía Ginecológica (si

	la afiliada tiene más de 50 años se autorizará una ecografía transvaginal) Densitometría 2 regiones (mujeres mayores de 50 años)
--	---

Todas estas prácticas serán sin coseguro y se reconocerán una por año.

1.3. Prevención de Cáncer de Próstata (Ver Anexo)

Se cubrirá una vez por año una consulta al especialista (urólogo), un examen de antígeno prostático específico (PSA) (1000), un análisis de orina (711), y una ecografía prostática (15.01.14) a todo hombre mayor de 50 años. Las mismas serán exentas de Coseguros.

Se brindará la cobertura de PSA libre cuando el valor de la PSA común oscile entre 2.1 y 10 mg./ml; si la PSA libre (*) es menor a 0.15 mgs./ml se reconocerá una biopsia con control ecográfico. En ambas prácticas el Coseguro será del 20% a cargo del afiliado.

Respecto del uso de acetato de leuprolide, se dará cobertura previa certificación del estadio, (pacientes con Cáncer de próstata avanzado), y presentación de los siguientes estudios: PSA seriado, TAC y Centellograma.

1.4. Prevención de Osteoporosis

Si bien no es necesario solicitar dos (2) sitios diferentes de densitometría para el diagnóstico de osteoporosis, la Obra Social reconocerá la misma (34.10.51) a toda mujer mayor de 45 años. La cobertura será la siguiente: cada 1 año si se encuentra bajo tratamiento de osteoporosis. En pacientes con densitometrías normales el seguimiento se efectuara cada 2 años.

Sin embargo y a pesar de lo dicho en el párrafo anterior, se instruirá a la afiliada de la Norma Nacional para dicha patología: Puntaje IARO (instrumento de análisis de riesgo de padecer osteoporosis).

PUNTAJE IARO

- 15 puntos para mayores de 75 años.
- 9 puntos entre 65 y 74 años

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- 5 puntos entre 55 y 64 años- 9 puntos si el peso es menor de 60- 3 puntos entre 60 y 69.9 kgs.- 2 puntos si actualmente no usa estrógenos |
|--|

Si el mismo es mayor o igual a 9 se establecerá el sitio a cubrir según el siguiente esquema: el sitio lumbar para las mujeres jóvenes, y el sitio cadera para las mujeres mayores de 65 años.

La o las prácticas tendrán un coseguro del 20%.

1.5. Salud Sexual y Reproductiva (Ley N° 25673)

A través de la provisión de anticonceptivos con cobertura del 100% a cargo de SMAUNaM. Este beneficio no alcanza a los afiliados que se encuentren dentro del Plan E (estudiantes).

Se reconocerá también el módulo de colocación y extracción de dispositivo intrauterino. El mismo incluye el dispositivo y los honorarios del profesional. Para su autorización se deberá presentar solicitud del médico tratante (ginecólogo/obstetra), con previo reconocimiento de la Obra social y por reintegro. Los dispositivos intrauterinos con liberación hormonal serán autorizados excepcionalmente y bajo estricta auditoría médica, contemplándose la hipermenorrea perimenopásica grave como causa de reconocimiento. No se contemplarán anestesia, y uso de quirófano.

1.6. Programa de Control y Seguimiento de la Hipertensión (Ver Anexo)

Serán beneficiarios los afiliados hipertensos o mayores de 50 años que posean una tensión arterial mayor y/o igual a 140 mm/Hg de sistólica, y/o mayor o igual a 90 mm/hg de diastólica.

Las prácticas cubiertas por año serán las siguientes:

2 consultas para médico cardiólogo
1 consulta oftalmólogo
3 consultas con nutricionista más Plan Alimentario
2 órdenes de análisis clínicos (hemograma completo, glucemia, uremia, creatininemia, orina completa, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos y monograma).
1 ECG

1.7. Programa de Diabetes (Ver Anexo)

Serán beneficiarios todos los afiliados de la Obra Social que acrediten padecer Diabetes.

Las prácticas con cobiertas por año serán las siguientes:

6 órdenes de consultas médicas por año. (médico clínico o diabetólogo) (cada 2 meses)
2 consultas médicas para médico cardiólogo (cada 6 mese) y un ECG
1 consulta para médico oftalmólogo
3 consultas con nutricionista más Plan alimentario
Análisis Clínicos: 4 hemoglobinas glicosiladas (1 cada 3 meses), 1 perfil lipídico por año (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos), 2 glucemias por año (1 cada 6 meses)

1.8. Cobertura de vacunación Antigripal (*)

En concordancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la Obra Social cubrirá a partir del mes de abril la vacuna antigripal para la prevención de la Gripe y sus complicaciones. La misma estará dirigida a los siguientes grupos de riesgo:

- Mayores de 65 años
- Residentes en geriátricos o instituciones de cuidados prolongados
- Personas con afecciones respiratorias o cardíacas crónicas, asma, insuficiencia cardíaca, etc.
- Convivientes de personas de alto riesgo
- Embarazadas de 1º y 2º trimestre (únicamente en casos de epidemia).

En todos los casos mencionados la cobertura será del 100%.

La modalidad establecida para hacer uso del beneficio será la siguiente: el afiliado deberá acercarse a la Obra Social (Sede y Bocas de Expendio) con la prescripción de su médico tratante, para la

autorización previa del Médico Auditor, luego completará el trámite de provisión en cualquier farmacia que trabaje con nuestra Obra Social.

1.9. Cobertura de Vacunación contra el virus Papiloma Humano (HPV)

Referirse al punto 4.3. Detección y Tipificación del Virus Papiloma Humano (HPV), en el se contempla el esquema propuesto por el Ministerio de Salud de la Nación.

1.10. Programa Vida Saludable- Actividad Física.

En concordancia con las pautas recomendadas por la Organización mundial de la Salud y otros organismos nacionales e internacionales sobre prácticas saludables; y en el marco de fomentar, ofrecer y acercar a los afiliados de nuestra Obra Social actividades de promoción y prevención de enfermedades evitables a través de acciones dirigidas a incentivar dichas prácticas; el SMAUNaM brinda a sus afiliados a través de un convenio con la Universidad Nacional de Misiones un programa de Actividad Física.

Para hacer uso del mencionado beneficio los interesados deberán realizar previamente chequeos generales de salud, en especial cardiológicos con cobertura del 100% a cargo de la Obra Social.

Ver en el anexo el programa Vida Saludable-Actividad Física

1.11. Programa de Enfermedades Tropicales. Dengue

Teniendo en cuenta el foco epidémico de Dengue ocurrido en la provincia, la Obra Social ha generado una serie de acciones destinadas a abordar esta problemática. Las medidas corresponden tanto a prestaciones de prevención como así también las referentes a la atención de sus afiliados

Ver en el anexo Programa de Dengue.

ATENCIÓN SECUNDARIA

2.1. Prácticas quirúrgicas

Además de las prácticas previstas en el Nomenclador Nacional (Programa Médico Obligatorio), se reconocerán otras que serán detalladas en cada capítulo correspondiente.

Las prácticas quirúrgicas no poseen Coseguros (excepto las que en cada caso se aclaren); Para aquellas que así lo requieran la modalidad para su cobro será la siguiente: el 20% del valor de la práctica. El valor máximo del Coseguro (tope) a cobrar será el que resulte de multiplicar el valor de mil (1000) por la unidad de galeno práctica. Ejemplo: en la actualidad $1000 \times 6.17 = 6170$. Este valor máximo se actualizará automáticamente conforme el ajuste que experimente la unidad del galeno práctica. O sea: en prácticas cuyo valor sea inferior a 6170 pesos el Coseguros será del 20%, las que superen los 6170 pesos tendrán un Coseguros máximo de 1234.

A continuación se enuncian las prácticas quirúrgicas (Códigos 01 al 13 inclusive) **con cobro de coseguro**; a saber:

Capítulo	Practicac
Operaciones en el sistema Nervioso. 01.	01.04.08, 01.04.09, 01.05.08, 01.06.06, 01.06.54, 01.06.60, 01.06.61, 01.07.01/06 (procedimientos neuroradiológicos)
Operaciones en el Aparato de la visión 02.	02.01.69, 02.01.70, 02.02.02, 02.02.05, 02.02.08, 02.02.09, 02.02.50, 02.02.51, 02.03.01, 02.03.03, 02.03.04, 02.03.05, 02.03.07, 02.04.04, 02.04.06, 02.04.05, 02.04.67, 02.05.50, 02.06.01, 02.07.51, 02.07.53, 02.07.61, 02.07.64, 02.07.65, 02.07.69, 02.07.70, 02.08.03, 02.08.04, 02.08.66, 02.09.01/07 (Laser)
Operaciones Otorrinolaringológicas 03.	03.01.05, 03.01.09, 03.04.06, 03.04.13, 03.04.50, 03.05.15, 03.06.07, 03.09.04, 03.10.07, 03.10.08, 03.11.03, 03.12.06, 03.13.11, 03.13.13
Operaciones de las Glándulas Tiroides y Paratiroides 04.	04.01.06, 04.01.07
Operaciones en el Tórax 05.	05.04.09, 05.04.10,
Operaciones en la mama 06.	06.01.08, 06.01.11

Operaciones en el sistema cardiovascular 07.	07.06.09, 07.06.16, 07.06.17
Operaciones en el aparato Digestivo y Abdomen 08.	08.07.40, 08.07.60, 08.05.26, 08.06.10, 08.06.14, 08.06.15
Operaciones en los vasos y ganglios linfáticos 09	09.01.07, 09.01.08
Operaciones del Aparato Urinario y Genital Masculino 10.	10.01.09, 10.01.64, 10.01.65, 10.04.07, 10.05.09, 10.05.10, 10.07.05, 10.07.11
Operaciones del aparato Genital Femenino y Operaciones obstétricas 11.	11.02.15, 11.02.16, 11.02.19, 11.02.21, 11.02.60, 11.03.11, 11.03.15, 11.05.02, 11.05.04, 11.06.01
Operaciones en el sistema Músculo Esquelético 12.	12.03.01/05 (Reducción y osteosíntesis), 12.04.05, 12.04.06, 12.08.01, 12.09.01, , 12.12.03, 12.12.04, 12.13.01/12.13.04, 12.14.02, 12.15.01, 12.18.01, 12.18.02, 12.19.01/37 (yesos). Honorarios de prácticas traumatológicas desde complejidad 1 y 2 inclusive
Operaciones en la Piel y Tejido Celular Subcutáneo 13.	13.01.03/12, 13.01.14, 13.01.15, 13.03.01

Nota: Desde el capítulo 1 al 13 inclusive no corresponde cobrar coseguro con excepción de las prácticas detalladas en el cuadro precedente. De igual manera serán exentas de coseguros las prácticas correspondientes a afiliados Oncológicos, HIV, Trasplantes, discapacitados, PMI, Plan Mujer y Plan Hombre con cobertura al 100%. Las prácticas ambulatorias (con cobro de coseguros), que se realicen en internación no sufrirán la aplicación del coseguro.

Las prácticas tanto quirúrgicas como ambulatorias que figuran en el Nomenclador Nacional tienen un valor, (ajustable periódicamente), que surge de la multiplicación de las unidades que cada código presente y el importe de los gastos y/o galenos que correspondan según el siguiente detalle:

Galeno quirúrgico
Galeno Quirúrgico Pediátrico *
Galeno Práctica
Galeno Radiológico
Galeno Bioquímico

Gasto Pensión
Gasto Radiológico
Gasto Quirúrgico
Otros Gastos
Gasto Bioquímico

Los honorarios correspondientes a las cirugías practicadas a niños y efectuadas por médicos cirujanos Pediatras, poseen un arancel superior al resto de los cirujanos; por tal motivo, al momento de emitir las prácticas quirúrgicas pediátricas, Auditoría Médica deberá consignar sobre la solicitud "Facturar a galeno quirúrgico pediátrico". El Área de Facturación, en su momento, acreditará el valor diferencial entre el Galeno Quirúrgico y el Galeno Quirúrgico Pediátrico.

Para las prácticas que no estén establecidas en el mencionado nomenclador no regirá la precedente norma.

- **Operaciones en el sistema Nervioso (01)**

Los códigos que a continuación se detallan (01.06.54, 01.06.60, 01.06.61, 01.06.62, 01.06.70, 01.06.71, 01.06.80, 01.06.90, y 01.06.91, corresponden a los honorarios médicos de los grupos A, B, C, D de enfermedades neurológicas del Nomenclador de la Sociedad Argentina de Neurocirugía según se detallan a continuación. Los códigos que figuran en el Nomenclador Nacional solo se utilizarán para el pago de los gastos quirúrgicos.

Los mismos están estratificados según niveles de complejidad. El arancel esta dado por la multiplicación que resulta del valor asignado a la unidad (UNQ) por el número de unidades asignado a cada grupo.

- 01.06.54: Punción Lumbar: (15 UNQ). Sin coseguro
 - 01.06.60. Grupo A1: (36 UNQ). Con coseguro. Incluye las siguientes patologías:
 - Biopsia de nervio y/o músculo.
 - Punciones de reservorios para instilar sustancias o extraer LCR
 - Bloqueos por dolor
 - 01.06.61: Grupo A2: (90 UNQ). Con coseguro
 - Drenajes lumbares externos a sistemas cerrados.
 - Drenaje externo continuo de LCR
 - Tracción cefálica, compás y/o colocación de halo chaleco
 - Bloqueo cervical, dorsal, lumbar facetario, radicular o epidural guiado por radioscopia o TC
 - Colocación y monitoreo de la PIC
 - 01.06.62: Grupo A3: (135 UNQ)
 - Ventriculostomía
 - Punciones evacuatorias de las colecciones intracraneanas extraparenquimatosas
 - Ligadura de carótida Cervical
 - Túnel Carpiano
 - Recambio parcial de válvula o colocación de reservorio a ventrículo
 - Tumor óseo de la calota
 - Tumor cefálico de partes blandas
 - Desplaquetamiento
 - Colocación de catéteres epi o subdurales con reservorio para la instilación de fármacos
 - Toilette de herida quirúrgica
-

- 01.06.70: Grupo B1: (156 UNQ)
 - Craneoplastía (excepto de órbita)
 - Plástica o reconstrucción de senos venosos intracraneanos (como tratamiento adicional de una cirugía)
 - Ventriculocisternostomías
 - Neurolisis por vía transoval para neuralgia del trigémino
 - Reoperación para toilette de heridas quirúrgicas encefálicas o raquimedular
 - Extracción de prótesis vertebrales hasta dos niveles.
 - Fractura hundimiento de cráneo abierta o cerrada
 - Vertebroplastía

 - 01.06.71: Grupo B2: (288 UNQ)
 - Tumores óseos de órbita y senos (con o sin craneoplastía)
 - Patología carotidea endarterectomía
 - Derivación interna de LCR ventrículo peritoneal, ventrículo atrial o lumboperitoneal.
 - Recambio total de válvula de LCR
 - Cuerpo extraño o proyectil intracraneano
 - Evaluación de hematomas extradurales y/o colecciones encefálicas extradurales o subdurales del raquis cervical, dorsal y lumbar
 - Liberación quirúrgica del nervio ciático en el muslo
 - Microdissectomía lumbar
 - Abordajes posteriores a la columna dorsal, lumbar, o cervical lamino plastia, laminectomía
 - Simpatectomía torácica o lumbar
 - Tumores epidurales del raquis
 - Tumor blando de órbita. Vía extracraneana
 - Meningocele, mielomeningocele
 - Extracción de prótesis vertebrales en más de dos niveles
 - Cordotomía
 - Transposición del Cubital
 - Neurorrafia, injerto, escisión de lesión tumoral del nervio radial, mediano, etc.
 - Desplaquetamiento para disminuir la presión intracraneana.
 - Cifoplastia

 - 01.06.80: Grupo C: (504 UNQ)
-

- Evacuación de hematoma
 - Fistula de LCR de todo tipo y localización
 - Tumores primitivos encefálicos
 - Tumores de origen metastásicos
 - Colocación de bomba de infusión continua para la instilación de morfina o baclofen
 - craneostenosis
 - Patología de la Charnela
 - Descompresión neurovascular (trigémino, facial, hipogloso)
 - Aracnoiditis medular u optoquiasmática
 - Colecciones infratentoriales
 - Tumores orbitarios por vía endocraneana
 - Abscesos cerebrales
 - Anastomosis de nervios craneales
 - Estimuladores cerebrales para el dolor
 - Patologías hipofisarias via transepto esfenoidal para adenomas de hipófisis.
 - Abordaje anterior a la columna cervical con o sin colocación de prótesis para estabilización en patología traumática vía posterior, cervical, dorsal, y lumbar, con marcos y alambrados sublaminares, lazos cervicales
 - Tratamiento de la Siringomielia, siringobulbía, con o sin shunt
 - Diastematomielia cervical o dorsal
 - Tumores intradurales extramedulares del raquis
 - Reconstrucción de la fosa posterior para Arnold Chiari
 - Estimulador vagal
 - Tratamiento quirúrgico del Plexo Braquial.
 - Colocación de electrodos espinales para prueba de estimulación medular por vía epidural
- 01.06.90: Grupo D1: (630 UNQ)
 - Fístulas arteriovenosas durales
 - Aneurismas cerebrales de cualquier tipo y localización-clipado (se adiciona el 50% en el caso de aneurismas múltiples)
 - Aneurismas cerebrales de cualquier tipo y localización- por vía endovascular
 - Tumores de hipófisis o Región Periselar por vía transcraneana
 - Malformaciones arteriovenosas cerebrales o medulares con resolución quirúrgica.
-

- Malformaciones Arteriovenosas cerebrales o medulares por vía endovascular
 - Tumores óseos de la base del cráneo
 - Tumores del ángulo pontocerebeloso
 - Tumores intraventriculares
 - By pass de alto flujo
 - Tumores u otra patología intramedular o de la cola de caballo
 - Abordajes anteriores a la columna dorsal o lumbar con o sin fijación protésica (no incluye honorarios del cirujano general)
 - Estabilización del raquis dorsal
 - Microdisectomía dorsal
 - Cirugías con técnicas esterotáxicas
 - Implantes de electrodos profundos por medios esterotáxicos
 - Cirugía del Parkinson (Lesión de radiofrecuencia)
 - Cirugía del Parkinson (colocación de estimuladores)
 - Cirugía de la epilepsia
 - Braquiterapia en los tumores cerebrales
 - Terapia endovascular neurológica
- 01.06.91: Grupo D2: (810 UNQ)
 - Tumores de la base del cráneo
 - Abordajes transorales a la unión occipito-cervical
 - Tumores del tronco cerebral

Algunas Normas:

- 01.03.10: Vertebroplastía percutánea con cemento de acrílico de polimetacrílico. Es requisito que la pared posterior de la vértebra se encuentre indemne. (sin coseguro)

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
Compresiones de fracturas vertebrales por osteoporosis mayor a 2 semanas en la zona cervical, torácica y lumbar que causa dolor moderado y falta de respuesta a tratamientos conservadores. Dolor por metástasis y mieloma múltiple con o sin radiación coadyuvante o terapia quirúrgica	Fractura vertebral que corresponde claramente a un tratamiento conservador Presencia de coagulopatías Presencia de osteomielitis o sepsis Compromiso significativo del canal espinal por fragmentos espinales o tumor Colapso vertebral mayor a 80%

Dolor por hemangiomas vertebrales Refuerzo del cuerpo de una vértebra débil antes de una cirugía que da lugar a procedimientos de estabilización	
---	--

Terapia endovascular neurológica: se reconocerá en aneurismas de la circulación posterior (tronco de la arteria basilar), alto riesgo operatorio, edema cerebral y escala de Hunt y Hess avanzado; aneurismas de tamaño intermedio y circulación anterior, malformaciones arteriovenosas, lesiones de alto flujo identificado por angiografías, fistular arteriovenosas durales intracraneales, pacientes con hemorragia subaracnoidea con menos de 48 horas de evolución y escala de Hunt y Hess grados I y II, tumores vascularizados cerebrales. Para su autorización se deberá presentar además de la historia clínica correspondiente los estudios por imágenes donde se constate la lesión a tratar.

• Operaciones en el Aparato de la visión (02)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle

- 02.01.06: Eucleación/evisceración del globo ocular s/implante: (módulo: incluye honorarios, gastos, materiales y recuperación). Sin coseguro.
- 02.01.09: Cirugía de Estrabismo: (módulo: incluye honorarios, gastos, materiales y recuperación). Sin coseguro
- 02.01.69: (*) Tratamiento Maculopatía exudativa c/inyección intraocular de bevacizumab (avastin): (módulo: incluye honorarios, gastos, materiales y recuperación). Con coseguro
- 02.01.70: Módulo inyección intraocular con corticoides. Indicada en las uveítis o postquirúrgicos complicados. Con coseguro
- 02.02.02: Blefaroplastía: (módulo: incluye honorarios, gastos, materiales y recuperación). Conn coseguro.
- 02.02.08: Chalazión. Con coseguro
- 02.02.09: Sutura de párpados: (módulo: incluye honorarios, gastos, materiales y recuperación). Con coseguro
- 02.02.50: Cirugía de Ptosis Palpebral Con coseguro
- 02.02.51: Cirugía de Entropion. Con coseguro
- 02.03.01: Conjuntivoplastía. Con coseguro
- 02.03.07: Cirugía de Pterigion, quiste conjuntival y/o párpados. Peritectom. Peritot. Esc. Anillo conjuntival. (módulo: incluye honorarios, gastos, materiales y recuperación). Con coseguro

- 02.04.01: Queratoplastía laminar, injerto de cornea. (módulo: incluye honorarios, gastos, materiales y recuperación). Sin coseguro
- 02.04.66: Victrectomía compleja con gas y/o Panfotocoagulación. Se reconocerá la misma en hemovitreos y retinopatías diabéticas. Sin coseguro.
- 02.04.67: (*) Queratomileusis + Excimer láser: (módulo: incluye honorarios, gastos, materiales y recuperación). Actúa en la zona molecular del ojo). La cirugía refractaria por Excimer Láser se reconocerá a todo paciente mayor de 25 años que presente en forma fehaciente la estabilidad del defecto de refracción en el último año, con excepción del defecto de hipermetropía, cuya edad deberá ser superior a los 40 años. En lo particular se reconocerá en: Miopías: a partir de las 4 dioptrías, hipermetropías: desde +3 y hasta +6 dioptrías, astigmatismo: mayores a 2.50 dioptrías, y anisometrías mayores a 1.50 dioptrías. Para la cobertura de la práctica el afiliado deberá presentar a la Obra social la prescripción del médico oftalmólogo y una historia Clínica ampliada, la que será previamente autorizada por auditoría Médica. Además deberá adjuntar los siguientes estudios: paquimetría corneal (mayor a 500 micras), topografía corneal sin alteraciones. Las contraindicaciones absolutas son: embarazo y lactancia, queratocono, miopía maligna y glaucoma; y relativas: diabetes, Lupus, infecciones herpéticas del ojo, y cataratas. Con coseguro
- 02.05.50: Iridectomía con Yag Láser. En glaucomas agudos y cápsulotomías (Actúa en la zona anterior del ojo). Con Coseguros del 20%

Algunas Norma:**Fotocoagulación con Yag Láser:**

- 6 meses posteriores a cirugía de cataratas en pacientes con opacificación de la cápsula posterior del ojo operado.

- En pacientes con opacificación posterior independientemente del deterioro funcional por cualquiera de los siguientes motivos: para proveer mejor visualización del polo ocular en casos de desprendimiento de retina, enfermedad macular, retinopatía diabética; para realizar diagnóstico de tumores de polo ocular posterior, evaluación de la porción intraocular del nervio óptico. –

- Cuando la presencia de opacidad capsular posterior sea causa de diplopía monocular.

- Cuando se realiza antes de los 6 meses posteriores a la cirugía de cataratas únicamente si uno o más de los siguientes criterios de necesidad médica están presentes: si el paciente tiene un score corregido de agudeza de Snellen de 20/50, si el examen ocular confirma que la opacificación capsular posterior esta presente, si el deterioro de la visión no le permite al paciente llevar sus actividades habituales.

Se considera inapropiada:

- si se realiza en forma concurrente con la cirugía de cataratas.
- si se realiza de manera profiláctica.

Fotocoagulación Láser ONLY GREEN (ARGON) su cobertura estará dirigida a pacientes con lesiones maculares. Solo en patologías de la retina (diabéticos), obstrucciones vasculares. NO EN GLAUCOMA.

Iridectomía con Láser: En glaucoma agudo de ángulo estrecho, ángulo estrecho con antecedente de iridectomía en el contralateral,

Trabeculoplastia con Láser: glaucoma crónico cuando no mejora con tratamiento médico local y general, y presente contraindicación de beta-bloqueantes, y este contraindicada la trabeculectomía quirúrgica.

- 02.06.70: Trabeculectomía/ Iridectomía. Cirugía. Glaucoma. (módulo: incluye honorarios, gastos, materiales y recuperación). Para glaucomas graves. Sin coseguro.
- 02.06.71: Desprendimiento de Retina: Módulo: incluye honorarios, gastos, materiales, y recuperación). Sin coseguro
- 02.06.72: Esclerectomía: En traumatismos. Se trata de un injerto que reemplaza a la esclerótica extraída. Sin coseguro
- 02.07.51: Cirugía de Cataratas c/implante de LIO (módulo: incluye honorarios, gastos,

materiales –LIO convencional- y recuperación). Las lentes especiales que reemplazan al cristalino y que se encuentran disponibles en el mercado no se reconocerán. Para la autorización de la práctica se deberá presentar previamente resultado de ecometría y test de Lotman, topografía, y paquimetría central. La ecografía ocular no es necesaria siempre y cuando los medios sean transparentes. Las LIO fáquicas se usan en miopías estabilizadas a partir de los 24 años y hasta los 45 años entre -7.00 a -16.00 y en astigmatismos compuestos menores de 4.00 dioptrías. En todos los casos se deberá presentar una refractometría estable en los últimos 2 años. Con coseguro

- 02.07.53: Lentes tóricas. En pacientes con astigmatismos severos con visión nubosa. En miopías con cilindros menor a 4 dioptrías. Con coseguros
- 02.07.61: Fotocoagulación con Laser: Con coseguro
- 02.07.64: Ciclofotocoagulación en quirófano: En glaucomas dolorosos para destruir los procesos ciliares. Con coseguro
-
- 02.07.65: Fotocoagulación con Láser en quirófano (Argon): Actúa en la zona de la retina (retinopexias, desgarros de la retina). Indicado en todo tipo de retinopatías, trabeculotomías (glaucomas). Con coseguro
- 02.07.69: Diatermia: En Glaucomas. Es una cirugía que en la actualidad no es frecuente. Con coseguro
- 02.07.70: (Lentes fáquicas). Son lentes intraoculares que se añaden al Sistema óptico del ojo sin quitar ninguna estructura. Se reconocerán en pacientes con miopía estabilizadas a partir de los 24 años hasta los 45 años con refracción entre -7 a -16 dioptrías.

Cuando existen alteraciones en el espesor de la cornea inferior a 500 micras. Sin coseguro

- Para la autorización de los códigos 02.07.70 y 02.07.53 el afiliado deberá presentar resultado de taquimetría, topografía corneal, ecometría, recuento endotelial, Aberrometría (diámetro de la cámara posterior) y certificación del grado del vicio de refracción.
- Se solicitará además la presentación de una refractometría estable en los últimos 2 años
- El criterio de exclusión estará dado por un recuento de células endoteliales inferior a 2000 células/mm².
- No se brindará cobertura en casos de reintervenciones inherentes o relacionadas con la cirugía efectuada.
- No serán aprobadas por motivos estéticos.

- 02.08.04: Cateterismo de cond. Lacrimonasal en quirófano. (módulo: incluye honorarios, gastos, materiales y recuperación). Con coseguro
- 02.08.66: Sondaje/lavaje vía lacrimal en quirófano. (módulo: incluye honorarios, gastos, materiales y recuperación). Con coseguro

El tratamiento quirúrgico del glaucoma incluye: goniotomía, goniopuntura, coniotripsia, iridectomía filtrante, ciclodiálisis, iridectomías, diatermia, o crioterapia del cuerpo ciliar, o combinaciones de dos o más de las mencionadas. Incluye además toda antihipertensiva ocular como la escleroctomía por tijera o trepanación.

• **Operaciones Otorrinolaringológicas (03)**

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 03.04.50: (*) Fractura de Nariz sin desplazamiento con anestesia local. Con Coseguro
- 03.04.51: (*) Fractura de Nariz con desplazamiento con anestesia general.
- 03.04.52: Extirpación de pólipos (unilateral).
- 03.04.54: (*) Microcirugía de Epistaxis con anestesia general
- 03.04.55: Microcirugía Endonasal (ME) (*): Se incorpora para cubrir una nueva técnica que se utiliza con las prácticas de ORL que en el sistema del nomenclador serán identificadas con el agregado "(ME)" y que a continuación se detallan:

Código	Nombre de la Práctica
03.04.05	Esc. Tumores endonasaes por rinot. lateral
03.05.01	Cierre de fistula meningea v/transnasal
03.05.02	Sinusotomía comb. v/ext. Unilateral
03.05.03	Sinusotomía comb. v/ext. Bilateral
03.05.04	Sinusotomía radical frontal para vía externa
03.05.05	Sinusotomía frontal ext. Trepanopunción
03.05.06	Sinusotomía esfenoidal
03.05.07	Punción de seno esfenoidal
03.05.08	Etmoidectomía interna
03.05.09	Cirugía de Tumores Etmoidales
03.05.16	Cirugía de fosa pterigomaxilar
03.13.12	Esc. Radical de lesión de nasofaringe

En estos casos se deben expender dos (2) bonos: uno con el código de la práctica convencional para facturar los gastos, y el otro con el código 03.04.55 para la liquidación de los honorarios.

Los honorarios de los códigos que a continuación se detallan serán cubiertos por presupuesto autorizado previamente por Auditoría médica:

03.01	03.01.01, 03.01.02, 03.01.03, 03.01.04, 03.01.06
03.02	03.02.04, 03.02.05, 03.02.10, 03.02.11,
03.03	03.03.01, 03.03.02, 03.03.03, 03.03.04, 03.03.05, 03.03.06
03.04	03.04.01, 03.04.02, 03.04.03, 03.04.04, 03.04.08
03.05	
03.06	03.06.01, 03.06.02, 03.06.03, 03.06.04, 03.06.05, 03.06.06
03.07	03.07.01, 03.07.02, 03.07.03, 03.07.04, 03.07.05, 03.07.06
03.08	03.08.01, 03.08.02, 03.08.03, 03.08.04, 03.08.05, 03.08.06, 03.08.07,
03.09	03.09.01, 03.09.02, 03.09.03
03.10	03.10.01, 03.10.02, 03.10.03, 03.10.04, 03.10.05, 03.10.06
03.11	03.11.01, 03.11.02, 03.11.04
03.12	03.12.03, 03.12.04, 03.12.05
03.13	03.13.04, 03.13.05, 03.13.06

- **Operaciones del Sistema Endocrinológico (04)**

- **Operaciones en el Tórax (05)**

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 05.04.03: Operaciones en el mediastino vía torácica o videoscópica: la obligación de cobertura se dará en los siguientes casos: estadificación de cáncer de pulmón, tumores de mediastino, y heridas torácicas.
- 05.04.05: Mediastinoscopía con o sin videoscopía: en estadificación de cáncer de pulmón.
- 05.04.50: (*) Punción Biopsia de Tumores Pleuropulmonares y Mediastínicos (CMI). Ver punto 4.1 Cirugías Mini-Invasivas. Su valor se equiparará al valor del Módulo Percutáneo Simple (08.07.60)
- 05.05.01: Colocación de stent endobronquial:

Norma: en

- alivio sintomático en pacientes con oclusión crítica de la vía aérea principalmente debida a compresión extrínseca con o sin componente endoluminal.
 - la resolución de patología benigna obstructiva aérea no operable.
 - tratamiento paliativo de enfermedades neoplásicas que determinan síntomas obstructivos de la vía aérea
-

- **Operaciones en la mama (06)**

(*) En mujeres con cáncer de mama, la Obra Social cubrirá la cirugía reconstructiva (producto de la mastectomía previa) con colocación de prótesis. El monto a cubrir para los honorarios del profesional cirujano plástico será el de una mastectomía total (06.01.56)

- 06.01.50: Cuadrantectomía Simple: los gastos corresponden al código 06.01.09
- 06.01.51: Reconstrucción Mamaria Oncológica: Los gastos serán pactados a través de presupuesto
- 06.01.52: Cuadrantectomía Biopsia Ganglio Centinela: Los gastos serán pactados a través de presupuesto
- 06.01.53: Vaciamiento Axilar: los gastos corresponden al código 09.01.01
- 06.01.54: Mastectomía Simple: los gastos corresponden al código 06.01.03
- 06.01.55: Mastectomía radical con conservación. los gastos corresponden al código 06.01.02
- 06.01.56: Mastectomía radical modificada: los gastos corresponden al código 06.01.01

En todos los casos se emitirán dos bonos (uno para gastos y el otro para los honorarios profesionales. Los gastos correspondientes a los códigos 06.01.51 y 06.01.52 no llevarán bonos debido a que los mismos se garantizaran a través de presupuestos.

Operaciones en el sistema Cardiovascular (07)

Las prácticas correspondientes a los códigos: 07.02.50, 07.02.51, 07.07.50, 07.07.51, 07.07.52, 07.07.53, 07.07.54, 07.07.55, 07.07.56, 07.07.57, 07.07.58, 07.07.59, 07.07.60, 07.07.61, 07.07.62, 07.07.63, 07.07.64, están dados de baja y se encuentran detallados en el capítulo 34.08: Angiocardiografía.

- 07.06.17: Escleroterapia venosa o Tratamiento Esclerosante: (*) Se reconocerá este tratamiento siempre y cuando el mismo no revista el carácter de estético y sea la única alternativa terapéutica, debiéndose cumplir las siguientes condiciones: Historia clínica completa (donde conste tratamientos anteriores y resultados) y presupuesto. Se autorizará un tratamiento cada 3 años, con un máximo de 8 sesiones por año. El profesional actuante deberá demostrar antecedentes en el área de flebología o cirugía vascular.
- 07.06.18: Laser endovenoso. Se reconocerá la práctica en afiliados titulares de más de 40 años que padezcan insuficiencia venosa en los miembros inferiores. Para su autorización deberá presentar resumen de historia clínica e informe del ecodoppler periférico. El beneficio se reconocerá por única vez y por reintegro. El módulo incluye el tratamiento y tres (3) controles posteriores al mismo.

- **Operaciones en el aparato digestivo y en el Abdomen (08)**

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 08.01.13: Colocación de prótesis esofágicas. Obligación de cobertura en tratamiento de la fístula traqueoesofágica, y paliativo en pacientes con disfagia por estenosis malignas esofágicas. Sin coseguro
- 08.03.50: By Pass Gástrico. Los gastos serán equiparables a la práctica Videolaparoscópica de Vesícula. Sin coseguro
- 08.05.50: Operación radic. Megacolon sigmoideo-rectal. Sin coseguro
- 08.05.51: Proctosigmodectomía abdomino peritoneal. Sin coseguro
- 08.05.52: Operación plástica malformación congénita anorectal. Sin coseguro
- 08.07.50: Colectomía vía laparoscópica. Modulo. Cubre gastos más internación. Sin coseguro

Las cirugías Video laparoscópicas digestivas (salvo la colecistectomía), no serán cubiertas por la Obra Social. En el caso particular de la apendicetomía por dicha vía solo se cubrirá en pacientes pediátricos y previo estudio particular del caso por parte del médico auditor.

- 08.07.40, 08.07.60, 08.07.61 y 08.02.72 se encuentran descriptos en el apartado 4.1 Prácticas Mini-invasivas

- **Operaciones en vasos y ganglios linfáticos (09)**

- **Operaciones en el aparato Urinario y Genital Masculino (10)**

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 10.02.11: Tratamiento de la incontinencia de orina en la mujer con vía vaginal: Además de esta cirugía convencional se ha incorporado la técnica de **Sling** 11.03.50(*) según las siguientes normas:

Normas para su indicación

Se indica como tratamiento quirúrgico de la incontinencia de orina de esfuerzo, asociado o no al prolapso

Requisitos médicos: HC, evaluación urológica y evaluación ginecológica, registro e informe de estudio urodinámico (presión de pérdida), y ecografía con residuo postmiccional.

- 10.01.50: Litotricia extracorpórea.

Obligación de cobertura en:

- En cálculos de riñón o uréter no inferior a 3 mm de diámetro asintomáticos
- no más de 3 piedras presentes
- presencia de síntomas secundarios (dolor, vómitos, dificultad miccional).
- otras obstrucciones no litiásicas
- se visualiza el lito mediante imágenes
- La anatomía del paciente permite enfocar apropiadamente la onda de choque.
- el riñón tratado es funcionante.
- ausencia de cualquier signo de calcificación o aneurisma de la arteria renal.

- 10.01.64: Colocación de Catéter Doble "J". En litiasis renales. Coseguro 20%. El catéter doble jota está provisto de una guía para su colocación, por tal motivo no se reconocerá la guía hidrófila que se solicite por separado.
- 10.01.65: Extracción de Catéter Doble "J": Coseguro 20%

- 10.01.66: Nefrectomía laparoscópica. Se reconocerá cuando esté indicada en pacientes con algunos tipos de tumores renales, y obstrucciones con deterioro de la función renal. Los profesionales actuantes deberán acreditar formación e experiencia en técnicas laparoscópicas.

- 10.11.01: Colocación de stent uretral: Se autorizará cuando exista desinergia del detrusor.

Indicaciones de Stent uretral

- Estenosis uretrales reiteradas fracasada la uretrotomía, la uretroplastía o en pacientes inoperables.
- Disinergia entre el detrusor y el esfínter externo: indicado en hombres con lesión de médula espinal como alternativa a la esfínterectomía tradicional.

Contraindicaciones:

- No deben colocarse stent como tratamiento inicial en pacientes con estenosis uretrales no complicadas

Requisitos médicos: evaluación urológica (referencia de tratamientos previos realizados), cistouretrografía, estudio hemodinámico. Para pacientes inoperables: informe cardiológico y funcional respiratorio.

Indicaciones para solicitud de stent renal

Indicaciones	Contraindicaciones
<ul style="list-style-type: none"> - Estenosis ostial renal (diámetro > 4mm - restenosis post ATP - Falla para alcanzar un resultado angiográfico con balón determinado por: estenosis residual > 30%, persistencia de un gradiente hemodinámico de presión, presencia de disección que limite flujo luego de ATP 	<ul style="list-style-type: none"> - Ramos lobares - Presencia de Sepsis - Vasos menores de 4mm

Indicaciones para solicitud de Stent prostático

<ul style="list-style-type: none"> - Obstrucción del flujo urinario por hipertrofia prostática benigna. - Imposibilidad quirúrgica
--

Deberá presentar HC con comorbilidades (ecografía y PSA, evaluación cardiológica y estudio funcional respiratorio).

- 10.11.02: Tratamiento endoscópico de lesiones de próstata y vejiga por medios físicos o químicos. Obligación de cobertura en remoción de tejido proveniente de la glándula que ocupa la luz uretral causando síntomas u obstrucción al vaciamiento de la vejiga

- **Operaciones en el aparato Genital Femenino y Operaciones Obstétricas (11)**

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 11.01.05: (*) Microcirugía tubaria para tratamiento de la esterilidad, en mujeres menores de 35 años, que tengan como único factor de esterilidad el factor tuboperitoneal leve o moderado. Se reconocerá en afecciones del tercio distal de la trompa, secuela de infección pelviana, hidrosalpinx, salpingitis crónica cicatrizal con adherencias, tumores sólidos o quísticos del ovario que comprometan la función de la trompa. Sin coseguro
- 11.01.50: Videolaparoscópica ginecológica terapéutica. (*) Para su autorización se deberá presentar historia clínica del especialista, ecografía ginecológica y laboratorio. Esta práctica se reconocerá en los siguientes diagnósticos: blastoma de ovario, abscesos tuboováricos, embarazos ectópicos, mioma pediculado subseroso, endometriosis, y adherencias. En cirugías que comprometan tejidos vecinos que sea necesario preservar (Ej: intestino) se reconocerá como excepción el bisturí armónico que posibilitará mejor resolución hemostática y de corte. Sin coseguro.
- 11.02.19: LEEP: se reconocerá en lesiones de PVH, premalignas, malignas y de infecciones crónicas de cuello uterino. Con coseguro de 20% a cargo del afiliado
- 11.02.20: Histerectomía Laparoscópica. Sin Coseguro. En esta cirugía se reconocerán cinco (5) unidades de hilo Vicryl teniendo en cuenta los ligamentos y vasos a suturar que comprometen zonas muy sangrantes y por lo tanto se debe asegurar un control efectivo de la hemostasia.

- 11.02.21: Topicaciones. Con coseguro 20%
- 11.02.60: Crioterapia: (*). Con coseguro
- 11.02.61: Colocación de dispositivo intrauterino, módulo que incluye el dispositivo y los honorarios del profesional. No se contemplarán anestesia, y uso de quirófano. Con previo reconocimiento de la Obra social y por reintegro. Los dispositivos intrauterinos con liberación hormonal serán autorizados excepcionalmente y bajo estricta auditoría médica.
- 11.02.62: Extracción de Dispositivo Intrauterino (DIU): Al igual que para la colocación del DIU con previo reconocimiento de la Obra social y por reintegro.
- 11.03.50: Colocación de TOT: en pacientes con incontinencia urinaria sin esfuerzo. Sin coseguro
- 11.04.50: Curso de Psicoprofilaxis del Parto: destinado a todas las embarazadas a partir del 6º mes de embarazo, y por el término de dos (2) meses. Con la chequera materno-infantil se entregarán dos (2) bonos. Las beneficiarias del interior accederán a la actividad pudiendo elegir el prestador (kinesiólogo o profesor de Educación Física) de su agrado. La modalidad en este caso será por reintegro contra la presentación de la factura oficial del prestador correspondiente.
- 11.05.02: Histeroscopia diagnóstica. Para diagnóstico de infertilidad, abortos, alteraciones en los períodos menstruales. Con coseguro 20%
- 11.05.03: Histeroscopia Terapéutica (Resectoscopia): en mujeres perimenopáusicas que presenten hemorragias importantes, ablación de endometrio, pólipos, y fibromas. Sin coseguro 20%. Se usa 1 o 2 unidades de glicina por que permite usar electrocirugía monopolar, y por que la alta densidad permite tener buena visibilidad aún con sangrado.

- 11.05.04: Histeroscopia diagnóstica + Biopsia: Con coseguro
- 11.06.01: Inseminación Asistida (I.A.) Baja Complejidad. Con coseguro.
- 11.06.02: Fertilización In Vitro (FIV) Alta Complejidad (Honorarios)
- 11.06.03: Fertilización In Vitro (FIV) Alta Complejidad. (Gastos)

- **Operaciones en el sistema Músculo Esquelético (12)**

Las prácticas del presente capítulo se registrarán dentro del marco del Convenio de Prestaciones para las prácticas traumatológicas y de ortopedia firmada con la Asociación de Ortopedia y Traumatología de Misiones (AOTMI). El mismo incluye los aranceles (honorarios) para las distintas prácticas médicas que se fijarán conforme a la agrupación según complejidades. (Complejidad de 1 al 10).

Cada complejidad estará integrada por una serie de códigos, que especifican las intervenciones a realizar (ver anexo- nomenclador de Prácticas y Cirugías de la Asociación de Traumatología de Misiones). Se puede facturar una sola complejidad por intervención a excepción de las cirugías múltiples y/o simultáneas. En caso de existir prácticas múltiples por la misma vía, no especificadas en el Nomenclador se facturará la complejidad de mayor valor. Si alguna práctica a realizar no existiese en el nomenclador, se deberá homologar a una similar existente en otra región corporal.

Intervenciones múltiples y/o simultáneas

Cuando se practiquen intervenciones múltiples (diferentes vías por diferentes patologías no especificadas en el Nomenclador), ya sean simultáneas (diferentes equipos quirúrgicos) o sucesivas (por el mismo equipo quirúrgico), sean homo o bilaterales, se facturarán complejidades por separado y el 100% de cada una.

Las patologías que deban realizarse por doble vía (no especificadas en el Nomenclador), y en el mismo tiempo quirúrgico se aplicará un 50% sobre el valor de la complejidad correspondiente.

Las patologías que deban realizarse por doble vía (no especificadas en el Nomenclador), en diferentes actos quirúrgicos se facturará el 100% del código que corresponda en cada acto quirúrgico.

Reintervenciones

En las revisiones de cualquier recidiva o complicación de cualquier patología y/o complejidad (no especificadas en el Nomenclador), se aplicará un 30% sobre el valor de la complejidad original.

Las prácticas traumatológicas no incorporadas en el nomenclador (ver anexo Nomenclador AOTMI), para llevarlas a cabo

deberán ser solicitadas por la Asociación y autorizadas previamente por auditoría médica.

Recargos

Edades extremas: En las cirugías realizadas en pacientes de hasta 5 años o mayores de 65 se facturará un 20% sobre la complejidad correspondiente

En caso de realizar prácticas consideradas de guardia o no programadas, en horario nocturno, fin de semana y/o feriado, se agregará al código un 20% más, que se sumará al anterior. Se considera horario nocturno de 21 horas a 7 horas, fin de semana, desde el sábado a las 12 horas hasta el lunes a las 7 horas, y feriados desde las 7 horas de ese día hasta las 7 horas del día siguiente.

Las prácticas realizadas de emergencia (riesgo de vida), aún en días y horarios hábiles, sufrirán un recargo del 20% sobre el código correspondiente. Esto no podrá ser aplicado en el caso de las intervenciones múltiples o simultáneas; o sea que no puede haber sumatoria de complejidades. Tampoco podrá haber sumatoria en el caso de edades extremas.

Las prácticas que se encuentren comprendidas entre las Complejidades 1 a la 5 tendrán un Coseguro del 20%. Para el resto de las complejidades (6 a 10) sufrirán un Coseguro acorde a lo establecido en el apartado 2. Atención Secundaria. Prácticas Quirúrgicas.

Lo referido hasta aquí es válido para los honorarios de las prácticas ambulatorias y de internación. Respecto de los gastos se abonarán según las normas establecidas en el Nomenclador Nacional, excepto los que a continuación se detallan cuyos montos son fijos.

- 12.02.50: Instrumentación de columna. Este código incluye solo gastos. Sin coseguro
 - 12.09.50: Artroscopía Simple. Este módulo incluye gastos e internación (1 día). Sin coseguro
 - 12.09.52: Artroscopía Compleja. (Plástica ligamentaria). Este módulo incluye gastos de la práctica e internación (2 días). Sin coseguro
 - 12.09.53: Túnel carpiano (*) (vía laparoscópica)
-

- 12.10.52: Revisión de cadera. Este código incluye solo gastos. Sin coseguro
- 12.10.62: Revisión de rodilla. Este código incluye solo gastos. Sin coseguro
- Reemplazo Total del Tobillo (RTT): práctica infrecuente. Solo se reconocerá en pacientes que no superen los 65 años, con dolor limitante, buen stock óseo, buen estado general y físico del paciente, preferentemente sin enfermedades artropáticas. La cirugía deberá estar realizada por cirujano con vasta experiencia en el tema.

- **Operaciones en la Piel y Tejido Celular Subcutáneo (13)**

Norma para el tratamiento de las quemaduras: Los aranceles de los códigos: 13.03.01, 13.03.02, y 13.03.03 incluyen la atención clínica del enfermo, curaciones, prácticas quirúrgicas menores, baneoterapia, otros. Estos aranceles cubren los primeros 10 días de internación, por los 10 días subsiguientes se facturará el 50%, y 25% los 10 días subsiguientes. A partir de los 30 días se facturará por visita realizada. Cada vez que se realice una curación en quirófano para los códigos mencionados, se facturará el gasto correspondiente al código 13.03.04

2.2. Prácticas especializadas

Las prácticas especializadas poseen en su mayoría Coseguros (excepto las que en cada caso se aclaren); los Coseguros se abonan según el siguiente esquema: el 20% del valor de la práctica. El valor máximo del Coseguro (tope) a cobrar será el que resulte de multiplicar el valor de mil (1000) por la unidad de galeno práctica. Ejemplo: en la actualidad $1000 \times 6.17 = 6170$. Este valor máximo se actualizará automáticamente conforme el ajuste que experimente la unidad del galeno práctica. O sea: en prácticas cuyo valor sea inferior a 6170 pesos el Coseguro será del 20%, las que superen los 6170 pesos tendrán un Coseguro máximo de 1234.

A continuación se enuncian las prácticas Especializadas (Códigos 14 al 43 inclusive) **sin cobro de coseguro**; a saber:

Capítulo	Prácticas
15	15.01.06 (una vez al año)
16	16.01.01/04, 16.01.50/60
21	21.02.01/08,
22	22.01.01 (una vez al año), 22.02.02 (PMI)
23	23.03.01/05 (POE01)
24	24.01.50, 24.01.55, 24.01.60
25	25.01.82, 25.01.94, 25.02.01 (discapacidad)
26	26.01.08 , 26.05.01/24 Centellografía Siempre y cuando no correspondan al POE01
27	27.01.01/04
31	31.01.23 (PMI), 31.01.59, 31.01.61
32	32.01.04
34	34.08.26, 34.08.31, 34.08.32, 34.08.36, 34.08.37, 34.08.43, 34.08.44, 34.08.45, 34.08.46, 34.08.47, 34.08.48, 34.08.53, 34.08.27, 34.08.28, 34.08.29, 34.08.30
35	35.01.60/65 (POE01)
40. Terapia Intensiva	40.01.01, 40.01.05
41. Terapia intermedia	41.01.01
42	42.03.01, 42.03.03
43	43.01.01/43.01.09, 43.01.61, 43.05.01, 43.06.01, 43.07.01, 43.11.03/05, 43.11.50, 43.11.51, 43.12.01/02, 43.34.01/02

Nota: Desde el capítulo 14 al 43 inclusive corresponde cobrar coseguros con excepción de las prácticas detalladas en el cuadro precedente y para prácticas correspondientes a afiliados Oncológicos, HIV, Trasplantes,

discapacitados, Programa Materno-Infantil, Plan Mujer y Plan Hombre con cobertura al 100%

a. Alergia (14)

- El código 14.01.01 (testificación total), se podrá solicitar una vez al año.
- 14.01.50: Aplicación de vacunas antialérgicas. **(*)** Se autorizarán por reintegro. Podrán solicitarse una por mes (12 al año), por un tiempo no mayor de tres (3) años. Los requisitos a los que se deberán ajustar los afiliados para recibir la cobertura de vacunas antialérgicas son: historia clínica del médico Especialista, resultado de la testificación efectuada, y determinación de la práctica de laboratorio de Ig E con cifras superiores a 100UI/ml en los niños, y superiores a 500UI/ml en los adultos. Se reconocerá dicha prestación en las siguientes patologías: rinitis alérgica estacional (fiebre del heno) que no haya respondido a los fármacos habituales, hipersensibilidad al veneno de avispas, etc.
- 14.01.51: PRICK TEST **(*)** El mismo incluirá el estudio de 5 alergenicos. Este código solo se autorizará una vez al año.

b. Anatomía Patológica (15)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 15.01.51: Citología de líquidos por filtración:
- 15.01.58: Factores Pronósticos: Factores Pronósticos: (Herp 2 Neu, Ki 67). **(*)**. **Técnica de Fish.** Técnica que no reemplaza a los estudios citogenéticos, pero si los complementa. En el cáncer de mama, estadio I-III, la determinación del marcador HERP2 en el tejido tumoral mediante esta técnica en el momento del diagnóstico inicial proporciona importantes ventajas: selección de la quimioterapia adecuada, y mejor pronóstico. El valor del factor pronóstico corresponde x 1
- 15.01.59: Receptores estrogénicos.
- 15.01.60: Receptores progésténicos.
- 15.01.62: Determinación de Helicobacter Pylori en Biopsias Endoscópicas
- 15.01.70: Extracción de muestra: solo se reconocerá cuando el anatomopatólogo realice la práctica.

Normas de facturación

- 15.01.01 Biopsia por incisión o punción: Se utiliza para las biopsias de piel, biopsias de cuello uterino, y para punciones varias. Debe codificarse por la cantidad de lesiones recibidas. Cuando se trate de ampliación de lesiones de piel por diagnósticos previos debe solicitarse como biopsia seriada (15.01.05) ya que debe incluirse toda la muestra y dar los márgenes quirúrgicos de la lesión
- 15.01.02 Estudio micro y macro de pieza operatoria simple: Se factura por 1, a excepción de tiroides (1 por cada lóbulo), riñón y uréter (por 2), ovario y trompa (por 2). Cuando se trate de una pieza operatoria y de análisis de ganglios se facturará el código 15.01.02 y el/los códigos 15.01.01 según el número de ganglios

a analizar.

- 15.01.04 Biopsia por congelación: para diagnóstico inmediato intraoperatorio que el anatomopatólogo debe dar en forma inmediata al cirujano sobre una pequeña muestra de tejido.
- 15.01.05 Biopsia seriada (mínimo 15 cortes): la fecha de autorización de la práctica debe ser anterior a la fecha del estudio. Se factura por la cantidad de muestras enviadas al laboratorio. (en próstata se usa por 12 ya que la normativa incluye 12 cuadrantes.
- 15.01.06 Citología exfoliativa oncológica: Cuando se reciba la citología endocervical acompañada de la endometrial se facturara por 2.
- 15.01.08 Necropsia de neonato o lactante: (entre 6 y 9 meses de gestación). Debe agregarse el código 15.01.02 si se estudia además la placenta y membranas ovulares.
- 15.01.10 Citología seriada bronquial: Se utiliza para la citología seriada de esputo con inclusión en parafina. Se utiliza el código por cada muestra.
- 15.01.11 Citología de líquidos: (orina, lavados bronquiales, líquidos peritoneales. Se utiliza para la técnica por centrifugado. Cuando se usa la técnica por filtración al vacío el código que debe facturarse es el 15.01.51.

c. Anestesiología (16)

Los complejos que a continuación se detallan responden al Convenio de Prestaciones para las prácticas Anestésicas firmado con la Asociación de Anestésistas de la Provincia de Misiones. El mismo incluye los siguientes códigos:

- 16.01.50: Consulta preanestésica.
- 16.01.51: Complejo anestésico 1.
- 16.01.52: Complejo Anestésico 2.
- 16.01.53: Complejo anestésico 3.
- 16.01.54: Complejo Anestésico 4.
- 16.01.55: Complejo Anestésico 5.
- 16.01.56: Complejo Anestésico 6.
- 16.01.57: Complejo Anestésico 7.
- 16.01.58: Complejo Anestésico 8.
- 16.01.59: Complejo Anestésico 9.
- 16.01.60: Complejo Anestésico 10.

Algunas consideraciones:

- Recargo del 20%: en horario nocturno (21 a 7 horas), fin de semana (desde las 13 del sábado a las 7 horas del lunes), feriados, y edades extremas (niños de hasta 3 años y mayores de 70 años). En el caso de los neonatos (Recién nacidos hasta los 30 días), el recargo será del 30%.
 - Cuando el paciente es anestesiado y se suspenda la operación se facturará la complejidad 1.
 - Intervenciones múltiples: Si son por distintas vías se facturará el 100% de la más importante y el 75% de las restantes. Por la misma vía el 100% de la más importante, más el 50% de las restantes. Las intervenciones bilaterales recibirán el mismo
-

trato que las intervenciones múltiples por diferente vía, es decir 100% y 75%.

- Anestesiólogo extra: En las cirugías de complejidad 7 el anestesiólogo actuante puede solicitar la participación de un anestesiólogo extra a quien se le facturará el 30% del honorario correspondiente. Este hecho deberá ser solicitado a la Obra social antes de la cirugía para su evaluación por auditoría Médica y posterior autorización.
- Es importante tener en cuenta que si el paciente utiliza los servicios de SMAUNaM, pero es intervenido por un cirujano privado, el anestesiólogo cobrará honorarios privados.
- Terapia del Dolor: En pacientes con dolores crónicos por patologías terminales (Cáncer óseo), y enfermedades de la columna. Solo se reconocerán en los prestadores que acrediten poseer la subespecialidad y estén avalados por la Sociedad de Anestesiología.

d. Cardiología (17)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 17.01.50: Presurometría. (*)
- 17.01.81: Tilt test (*)
- 17.02.11: Ergometría Computarizada de 12 derivaciones (*)

En el caso del código 17.01.09 (Monitoreo Operatorio), solo se reconocerá en pacientes cardiopatas con gran riesgo quirúrgico. Para su autorización, con la solicitud de la práctica se deberá adjuntar historia clínica del médico cardiólogo que justifique su realización.

e. Ecografía y Ecodoppler (18)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 18.01.09: Ecografía Oftalmológica Uni o bilateral: Este estudio lo realiza el médico ecografista. Cuando el mismo es efectuado por el médico oftalmólogo el código que deberá solicitarse es el 30.01.65
- 18.01.50: Ecodoppler blanco y negro.
- 18.01.51: Ecodoppler color cardíaco. Obligatoriedad de cobertura en insuficiencias valvulares, comunicaciones cardíacas (congénitas o adquiridas), cardiopatías congénitas, aneurisma del seno de valsalva, vasculopatías de grandes y pequeños vasos, función diastólica. Se deberá presentar para su autorización historia clínica del médico especialista tratante.
- 18.01.52: Ecodoppler periférico. Obligatoriedad de cobertura: signos de déficit vascular cerebral (AIT, amaurosis, mareos), arteriopatías (claudicación intermitente), trombosis arterial aguda, embolia aguda, trombosis venosa profunda, control de By pass periférico y sus complicaciones.

Se reconocerá esta práctica para vasos de cuello, y como marcador de enfermedad subclínica (ya que se detectan precozmente alteraciones en las arterias carótidas antes de la aparición de los síntomas de la enfermedad) en pacientes cardiovasculares de riesgo; esto es: hipertensos, dislipidémicos con valores superiores a 280 de colesterol y de 300 para los triglicéridos, y en los fumadores.

- 18.01.53: Ecografía endocavitaria vaginal. (*)
- 18.01.54: Ecografía Endocavitaria rectal. (*)

- 18.01.55: Ecografía de Cadera. (*)
- 18.01.56: Ecodoppler testicular. (*)
- 18.01.58: Ecodoppler fetal: En embarazos de alto riesgo en general: crecimiento intrauterino retardado tipo I, II, y III, estados hipertensivos del embarazo, insuficiencia vascular uterina (úteros hipoplásicos mal vascularizados), infartación placentaria, diabetes, alteraciones volumétricas del líquido amniótico, sospecha de malformaciones fetales, malos antecedentes obstétricos, gemelar con riesgos de discrepancia ponderal, sospecha de patología funicular, cardiopatía materna, e isoimmunización Rh. El afiliado deberá presentar historia clínica completa y estudios previos (ecografía obstétrica).

Norma de Ecodoppler Fetal para seguimiento de Patologías Obstétricas

En General: Pacientes con hipertensión declarada, preclampsia, diabetes, trastornos del crecimiento fetal, insuficiencia placentaria, disminución del líquido amniótico, incompatibilidad RH,	
13 -20 semanas	Ecodoppler de arterias uterinas: se puede detectar una gestosis (modificación de la capa elástica de las arterias desaparece y las curvas de la arteria desaparecen
Semana 32	Doppler de la cerebral media y umbilical
Semana 36	Doppler de la cerebral media y umbilical. Como refuerzo de la anterior. Importante: si estas dos dan normales no hace falta repetir más ecodoppler.
En Particular:	
Amenaza de parto Prematuro	Siempre y cuando el cuadro sea manejable, las nuevas tendencias están destinadas a que las pacientes no se internen. Se controlan con ecotransvaginales para ver el cuello del útero (valor normal entre 4.5 y 5 cms. Valor de riesgo: - 2.5 cms.) y el tratamiento de elección es la progesterona. Vía vaginal. El control ecográfico es cada 2 semanas y la conducta es expectante Se monitorea la modificación del cuello uterino

	desde la semana 22 hasta la semana 36,6. - Pacientes que han tenido antecedentes: se realiza a la semana 11, 14 y luego cada 2 semanas. Con diagnóstico: se hace cada 2 semanas
Mujeres Rh -	Ecodoppler entre la semana 28 y 30 para detectar la anemia del feto. No deben realizarse más de 2 controles
Retardo de Crecimiento Intrauterino	Demostrado por disminución de líquido amniótico Ecodoppler desde la semana 28 semanalmente, si el resultado es anormal a partir de la semana 34 una cada 48 horas.
Diabetes	Desde las 28 semanas, una por semana control ecográfico cada 2 semanas. Se evalúa biometría, volumen del líquido amniótico y placenta.
Colestasis	Desde las 28 semanas, una por semana
Hipertensión	Desde las 28 semanas, una por semana, a partir de la semana 34 cada 48 horas
Embarazo Gemelar	- Ecografía 7 a 10 semanas: diagnóstico de corionicidad y amnionicidad Ecografía de 11 a 14 semanas: Corionicidad y amnionicidad, anatomía y marcadores fetales (translucencia nucal, hueso nasal, ductus venoso, regurgitación tricuspídea), evaluación de cordones umbilicales: inserciones y número de vasos umbilicales. Continuar con ecografías cada 2 semanas hasta la semana 34.

- 18.01.59: Screening de la Semana 11-13 y semana 20. Para parto normal. Esta práctica solo podrán realizarlas aquellos profesionales ecografistas que acrediten el certificado que habilita a realizarla. (Medicina Fetal)

Norma de Controles Ecográficos para Partos Normales:

Amenorrea (7ma. Semana)	Primera Ecografía: 18.01.04. Confirma embarazo, Determina edad gestacional. Vitalidad embrionaria. Corionicidad y amnionicidad en el caso de ser múltiples
-----------------------------------	--

<p>Primer Trimestre. (Semanas 11-13).</p> <p>Código 18.01.59</p>	<p>Segunda Ecografía: (Screening). Verifica la translucencia nucal, los huesos propios de la nariz que analizados con los otros parámetros posibilitan estimar riesgo de alteraciones cromosómicas. También contempla con ecodoppler el ductos venoso y válvula tricuspídea para estimar alteraciones cardíacas congénitas. Este estudio se completa con análisis bioquímicos HCG (B libre HCG) y Proteína Plasmática A (PAPP-A) que deberán realizarse previamente a las 10 semanas. La relación de ambos estudios (bioquímicos y ecográficos) da la posibilidad de predecir alteraciones cromosómicas y anomalías congénitas</p>
<p>Segundo Trimestre (Semana 22)</p> <p>Código 18.01.59</p>	<p>Tercera Ecografía. (Screening). Se realiza morfología detallada, medición de la longitud del cuello para valorar riesgo de parto prematuro y doppler de las arterias uterinas para valorar riesgo de preclampsia. realizar Alfafetoproteínas (AFP) y Estriol conjugados para detectar defectos estructurales y cromosómicos.</p>
<p>Tercer Trimestre (semana 32)</p> <p>Código 18.01.04</p>	<p>Tercera ecografía. Sirve para ver ganancia de peso (retrasos de crecimiento)</p>

Teniendo en cuenta el cuadro precedente, la ecografía para ver cavidades cardíacas solicitadas por obstetras a embarazadas, solo se reconocerá cuando existan antecedentes familiares (hermanos y padres) de cardiopatías congénitas, o si la ecografía de la semana 20 (18.01.59) evidencia alteraciones.

- 18.01.61: Ecografía transfontanelar.
- 18.01.63: Ecografía de partes blandas y muscular.
- 18.01.64: Doppler Color Espleno-Portal
- 18.01.65: Doppler Color de Masas Tumorales.
- 18.03.02: Ecodoppler stress con dobutamina.

Obligación de cobertura en:

- Diagnóstico diferencial de isquemia miocárdica con ergometría dudosa
- Diagnóstico diferencial de isquemia miocárdica asociada a entidades que alteran la sensibilidad de la ergometría (BCRI, miocardiopatías, Wolf-Parkinson-White)
- Seguimiento y control de tratamiento en pacientes con enfermedad coronaria conocida y postoperatorios
- Información pronóstica en pacientes con IAM pasibles de cirugía de revascularización y para evaluación de su isquemia.

- 18.04.02: Ecocardiograma Transesofágico: se deberá presentar historia clínica y ecocardiograma previo.

Obligación de cobertura:

- Evaluación de prótesis valvulares
- Endocarditis (detección de vegetaciones. 90% de sensibilidad)
- Disección aórtica
- Cirugía Cardíaca (intra y postoperatoria, cierre de defectos, reemplazos valvulares, cirugías de vascularización miocárdica).

e. Endocrinología y Nutrición (19)

- 19.01.02: Dieta: plan alimentario. (Ver programa de Nutrición). Coseguro: 20%
- 19.01.03: Módulo Obesidad Inicial. Coseguro 20%
- 19.01.04: Módulo Obesidad Seguimiento. Coseguro 20%

Los códigos 19.01.03 y 19.01.04 se encuadran conforme a la Ley Nacional de Obesidad N° 26396 y su reglamentación, y están destinados a pacientes con Índice de Masa Corporal superior a 30 Kg./m², o con presencia de al menos una comorbilidad, como ser: diabetes, hipertensión, dislipidemias, insuficiencia respiratoria, cáncer de mama, o post-menopausia.

Ambos módulos se conforman de la siguiente manera: 1 consulta médica, 1 consulta nutricional, y 6 reuniones grupales de seguimiento cada 15 días coordinadas por nutricionistas.

Cada Módulo tendrá una duración de 3 (tres) meses, por lo tanto mensualmente deberán autorizarse las órdenes prácticas hasta completar las 3 (tres) autorizaciones correspondientes al módulo.

El afiliado para hacer uso del beneficio deberá presentar una historia clínica completa, donde consten los estudios complementarios de rutina, la presión arterial, el peso y la talla. Mensualmente proporcionará a la OS un informe de evaluación del tratamiento. Una vez finalizado el trimestre, si el paciente logró bajar de peso a un ritmo de 1.5% y requiere continuar con el tratamiento, se volverá a evaluar al mismo, y de corresponder se autorizará un módulo adicional (19.01.04) por igual período.

f. Gastroenterología (20)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle

- 20.01.50: Extracción de cuerpos extraños altos (hasta faringe) (*)
 - 20.01.51: Esclerosis de vasos sangrantes. (*)
 - 20.01.52: Colocación de Stent plásticos en vía biliar (se suma a la práctica). (*)
 - 20.01.54: Colocación de Endo-loop (*)
 - 20.01.56: Videoendoscopia Digestiva Alta: Solo se reconocerá en forma ambulatoria. Se autorizará con anestesia según criterio de Auditoría médica y teniendo en cuenta las particularidades en cada caso.
 - 20.01.57: Videoendoscopia Digestiva Baja: Esta práctica será reconocida como screening cada cinco (5) años únicamente en personas de más de 50 años con antecedente de pólipos adenomatosos, historia familiar de cáncer de colon, personas que han padecido múltiples cánceres, y padecimiento de enfermedades inflamatorias digestivas crónicas; y cada 3 años en personas que hayan obtenido como resultado de un estudio anterior pólipos adenomatosos. Se reconocerá medio día de internación en los casos en que Auditoría Médica lo considere necesario. Se autorizará con anestesia según criterio de Auditoría médica y teniendo en cuenta las particularidades en cada caso.
 - 20.01.58: Extracción de cuerpos extraños bajos (*)
 - 20.01.59: Dilatación Endoscópica con Bujías de Savary(*)
 - 20.01.61: Endoscopía Digestiva Alta Pediátrica en quirófano (*)
-

- 20.01.65: Ligadura de Várices Esofágicas por sesión. (Incluye el set) (*)
- 20.01.66: Esclerosis de várices esofágicas por sesión (*)
- 20.01.68: Gastrostomía endoscópica percutánea (no incluye set) (*)
- 20.01.70: Colangiografía endoscópica retrógrada con papilotomía
- 20.01.71: Polipectomía endoscópica alta/baja (hasta 2 pólipos)
- 20.01.72: Polipectomía endoscópica alta/baja (más de 2 pólipos). El ansa usada en el procedimiento se encuentra incluido en el valor de la práctica. De tratarse de pólipos de gran tamaño, adenomatosos y sangrantes se podrá reconocer el ansa según criterio de Auditoría Médica. Para ello el afiliado presentará el resultado del estudio endoscópico que así lo demuestre.
- 20.01.74: Paracentésis evacuadora (*)
- 20.01.76: Colocación Endoscópica de sonda naso-yeyunal (*)
- 20.01.87: Test de Helicobacter Pylori (*)
- 20.02.50: Recanalación de fístulas Gastrointestinales (CMI). Ver punto 4.1 Cirugías Mini-Invasivas (*)

g. Genética Humana (21)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 21.01.60: Estudio de madurez fetal. (*)
- 21.01.61: Screening Antenatal para alteraciones cromosómicas: (*) En el primer trimestre de embarazo, se combinarán los marcadores bioquímicos (free b-hCG y PAPP-A) con parámetros biofísicos (translucencia nucal) lo que otorga un 90% de detección de patologías cromosómicas. Se reconocerá esta práctica a toda mujer que este embarazada.
- Estudio de vellosidades coriónicas: (*) Se reconocerá esta práctica a toda mujer mayor de 40 años que este embarazada o de cualquier edad con antecedentes familiares de anomalías genéticas, y/o antecedentes de abortos repetidos siempre y cuando hayan sido estudiados y no pudieron comprobar las causas de los mismos. Se reconocerá por reintegro y con un coseguro del 20% a cargo del afiliado.

h. Ginecología y Obstetricia (22)

- **22.01.01: Colposcopia**, se asegura su cobertura a toda afiliada que realice su control anual.
- **22.02.02: Monitoreo Fetal**: Se reconocerá en partos de alto riesgo fetal como prueba de tolerancia a las contracciones (incluido en la chequera del Programa Materno Infantil).

Se reconocerá además:

- 22.02.60: Monitoreo de la ovulación. (*)

i. Hematología- Inmunología (23)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle.

- Módulos Hematológicos:

- 23.03.26: Estudio Inhibidor Lúpico
- 23.03.28: Estudio de función plaquetaria
- 23.03.58: Estudio hematológico de control. (*)
- 23.03.59: Estudio hematológico básico diag. y terapéutico. (*)
- 23.03.60: Punción aspirativa de médula. (*)
- 23.03.62: Estudios citoquímicos. (*)
- 23.03.63: Punción biopsia de médula ósea. (*)
- 23.03.64: Citología punción Biopsia Médula Ósea. Informe
- 23.03.69: Estudio básico de coagulación. (*)
- 23.03.70: Dosaje de Fibrinógeno. (*)
- 23.03.71: Control de anticoagulación oral. (*)
- 23.03.72: Estudio de fibrinólisis. (*)
- 23.03.73: Dosaje de factores K dependientes. (*)
- 23.03.75: Dosaje individual de factores. (*)
- 23.03.76: Estudio de Síndrome Antifosfolípido. (*)
- 23.03.12: Estudio de Anemias (*)

- Módulos Oncológicos

- 23.03.01: Nivel II: Primera evaluación oncológica con Estadificación. (*).
- 23.03.02: Nivel IV. Baja Complejidad (Inmunoterapia y Quimioterapia de baja complejidad). No requiere internación (Hospital de día o media pensión). Bolos de infusión de menos de 2 horas. Drogas que integran este nivel: Ciclofosfamida, metotrexate, 5-flouracilo, adriamicina, gemcitabine, carboplatino. (*)
- 23.03.03: Nivel V. Mediana Complejidad. Inmunoterapia y Quimioterapia de mediana complejidad. En hospital de día pero con técnica de infusión continua (más de dos horas). Si el paciente se encuentra en mal estado general se reconocerá internación con pensión completa previa auditoría médica. Drogas que integran este nivel: interferón, taxanos (paclitaxel, docetaxel), 5-flouracilo en infusión continua de más de 2 horas, capecitabine (oral). Terapia oral con blancos moleculares: erlotinib, sunitinib, imatinib, gefitinib, sorafenib, everolimus, lapatinib. (*)
- 23.03.04. Nivel III. Hormonoterapia. (seguimiento y control mensual). (*)
- 23.03.05: Nivel VI. Alta Complejidad. Inmunoterapia y quimioterapia de alta complejidad. Interleukinas, terapias targuet múltiples (blancos moleculares): cetuximab, bevacizumab, trastuzumab, nimotuzumab. (*)

Se considera además, un Nivel VII correspondiente a nuevas terapias oncológicas (Tratamiento peritoneal hipertérmico, diálisis, terapias moleculares, etc.). Se reconocerán a través de la presentación de un presupuesto previo, y sujeto a Auditoría.

Cubrirá la bomba de infusión continua y por lo tanto los materiales descartables necesarios solamente en quimioterapias que se realicen durante tiempos muy prolongados (más de 6 horas). Ejemplo: en el caso de los taxanos cuya composición es viscosa,

quedará a criterio Auditoría Médica el que evaluará cada caso en particular.

La cobertura de estas prácticas es de 100%.

Inyección de Hierro Endovenoso:

La realización de la mencionada práctica efectuada por médico Hematólogo se facturará de la siguiente manera:

23.03.04: Honorarios Profesionales (Nivel III)

43.01.04: Gastos de Internación. Corresponde a internaciones en Hospital de día.

43.10.01: Descartables

j. Hemoterapia (24)

Al igual que otras prácticas de la especialidad, las transfusiones de Sangre, no podrán realizarse sin la previa autorización de Auditoría Médica, con excepción de las urgencias debidamente justificadas. Así mismo para su autorización, se deberán presentar previamente los resultados de los análisis hematológicos correspondientes que avalen dicha petición (hematocrito).

En este capítulo se dan de baja a todos los códigos que figuran en el Nomenclador Nacional referentes a prácticas individuales sobre la presencia de determinados micro-organismos, y se incluyen los módulos que a continuación se detallan que engloban los códigos dados de baja:

- 24.01.50: Módulo Sangre Entera y Glóbulos rojos sedimentados. Sin coseguro
- 24.01.55: Módulo de Hemoderivados (plasma y plaquetas). Sin Coseguro
- 24.01.60: Aféresis: Se autorizará en pacientes con una coagulación intravascular diseminada documentada y sangrado, recuento de plaquetas inferior a 50,000 por mm³, pacientes con sangrado activo, y con un recuento plaquetario inferior a 50,000 por mm³. Y profilácticamente en pacientes que deban someterse a cirugías importantes y cuyas plaquetas sean inferiores a 50.000 por mm³. (Sin coseguro)

Estos módulos contienen todas las pruebas serológicas de enfermedades infectocontagiosas que aseguren una sangre en óptimas condiciones. Incluyen además determinación de grupo y factor.

k. Rehabilitación Médica (25)

Ver además punto 6. REHABILITACIÓN.

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 25.01.03: Terapia Ocupacional
- 25.01.04: Rehabilitación del lenguaje.
- 25.01.50. Unidad Kinésica. (Módulo en consultorio)
- 25.01.51: Laser/Magnetoterapia. (*) Se reconocerá este módulo en pacientes con artropatías degenerativas, inflamatorias, osteoporosis, enfermedades de la columna, reumatismo.
- 25.01.52: Láser/Magneto exclusivamente (Módulo en consultorio)
- 25.01.53: Gimnasio: Es un bono mensual que se expenderá al afiliado de la Obra Social que desee realizar actividad física en las instalaciones del Gimnasio de la Universidad, sito en la calle Sarmiento 2436. Para más detalles ver Anexo Programa de Vida Saludable- Actividad Física.
- 25.01.82: Rehabilitación del lenguaje para discapacitados. El valor de la práctica será modificable periódicamente según Resolución de Valores de APE de la Superintendencia de Servicios de Salud
- 25.01.84: Rehabilitación Neurológica para no discapacitados. (*). Corresponde su autorización en caso de accidentes cerebro- vasculares y tendrán una duración de hasta seis (6) meses.
- 25.01.86: Drenaje Linfático Manual: (*) Solo en caso de cáncer de mama y en patologías precisas que a criterio del médico auditor correspondan. (Ejemplo Várices)
- 25.01.94: Hidroterapia. Se ofrecerá esta prestación solo en pacientes discapacitados. (*)

- 25.01.97: Kinesiología a domicilio: exclusivamente en pacientes postquirúrgicos de cirugías complejas e invalidantes, enfermedades postrantes, y en pacientes en cuidados paliativos previa autorización de auditoría Médica tanto al inicio como durante el seguimiento del paciente.
- Se incorpora la práctica de Rehabilitación Postural Global (RPG) (*) para las patologías de columna siguientes: hernia de disco, discopatías y desviaciones severas del eje (escoliosis, cifosis y lordosis). Se reconocerán un máximo de 20 sesiones anuales (no más de 4 sesiones por mes) y por reintegro. Se autorizarán exclusivamente a aquellos profesionales que acrediten poseer la especialidad.

Todas las prácticas del código 25 tendrán un coseguro del 20% a cargo del afiliado, excepto aquellas que sean realizadas a personas discapacitadas.

- 25.02.01: Rehabilitación Especial del Lenguaje. El valor de la práctica será modificable según Resolución de Valores de APE de la Superintendencia de Servicios de Salud

I. Medicina Nuclear (26)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle.

Norma

- 26.01.07: Dosis de Tirotoxicosis: (*) para tratamiento de tirotoxicosis o nódulo caliente
- 26.01.08: Dosis para CA de Tiroides: (*) tratamiento del cáncer de tiroides

- 26.05.50: Estudio dinámico renal.
- 26.06.01: SPECT Cerebro

Obligación de cobertura:

- Detección precoz del infarto cerebral (menos de 48 horas de evolución).
- Isquemia cerebral crónica.
- Hemorragia intraparenquimatosa de cerebro (se utiliza más la TAC).
- Hematoma Subdural (cuando la TAC no es concluyente)
- demencias, esquizofrenias, enfermedad de Alzheimer
- Epilepsia.

Los estudios que deberá presentar el afiliado son TAC, RMN, EEG (que demuestren no haber resuelto el diagnóstico) acompañados de la respectiva historia clínica.

- 26.06.02: Perfusión Miocárdica Con Talio 201 (SPECT).

Obligación de cobertura:

- Pacientes con angor típico.
- Paciente con angor atípico más factores de riesgo cardíaco
- Evaluación Prequirúrgica.
- Diabéticos mayores de 50 años.
- Angina inestable o IAM post internación.
- Post angioplastia luego de tres meses (se autorizará una por año)
- Post cirugía cardíaca asintomático luego de tres meses
- Post angioplastia sintomático o post cirugía sintomática.
- Pacientes con antecedentes de IAM.

Deberá presentar Historia Clínica, ECG, y ergometría

- 26.06.03: SPECT para otros órganos

- **Tiroides:** Bocio, ectopías, metástasis funcionales, nódulos, control post-quirúrgico, tiroiditis crónica y subagudas.
- **Paratiroides:** Hiperparatiroidismo, hipoparatiroidismo, hiperplasia,
- Pulmonar: Tromboembolismo pulmonar. Enfermedad obstructiva
- **Hígado:** lesiones focales, masas abdominales, seguimiento con pacientes con quimioterapia o radioterapia, enfermedad hepática difusa (cirrosis, hepatitis), fiebre de origen desconocido.
- **Bazo:** esplenomegalia, enfermedad linfoproliferativa.
- **Renal:** Pseudotumor renal, agenesia, ectopía, riñón en herradura, cicatriz de pielonefritis.
- **Ósea:** tumores óseos, osteomielitis agudas y crónicas, artritis, pie diabético, injertos óseos, enfermedad de Perthes, osteonecrosis, prótesis articulares. Presentar Historia clínica, radiografías, TAC y RMN que no hayan resuelto el diagnóstico.

- 26.06.04: SPECT para viabilidad

El costo del material radioactivo será cubierto al 100% por la Obra Social de acuerdo a los valores del CEDIM (Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio),

m.Nefrología (27)

- 27.01.01: Hemodiálisis con riñón artificial en insuficiencia renal aguda. Por sesión: Se reconocerá dicha práctica en Insuficiencia renal aguda no complicada en pacientes estables (sin descompensación hemodinámica), intoxicaciones por drogas dializables e insuficiencia renal aguda. Esta práctica incluye: provisión del equipamiento necesario y recurso humano especializado, material descartable y medicamentos (concentrado para diálisis y heparina).
- 27.01.02: Hemodiálisis con riñón artificial en Insuficiencia crónica. Por sesión

Incluye	Excluye
<ul style="list-style-type: none"> - Honorarios Médicos - Insumos médicos: dializadores, agujas descartables, tubuladoras arteriales y venosas descartables, jeringas descartables, elementos para bioseguridad. Concentrado para hemodiálisis - Medicamentos específicos utilizados durante la sesión de diálisis: (sueros, heparina, analgésicos, antipiréticos, antiespasmódicos, corticoides, Complejo B, ácido fólico, carbonato y acetato de calcio, calcitrol, oral y endovenoso, sales de hierro, eritropoyetina, antibióticos, vancomicina, aminoglucósidos, y - Análisis de laboratorio - Vacunación para Hepatitis B - Acceso vasculares: honorarios del cirujano y provisión de prótesis y catéteres, fistulografías diagnóstica 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudios y/o prácticas no relacionadas con la terapia hemodialítica de base - Internaciones y asistencia por complicaciones - Interconsultas especializadas - Estudios complementarios - En la confección de accesos vasculares excluye fibrinolíticos, angioplastias, provisión de insumos y colocación de stent

<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo psicológico en relación al tratamiento dialítico. - Atención nutricional - Asistencia social - Guardia pasiva 	
--	--

- 27.01.03: Diálisis peritoneal manual. Módulo tratamiento mensual.

Incluye	Excluye
<ul style="list-style-type: none"> - Prisión del equipamiento, transporte del mismo, asistencia médica y de enfermería especializada - Material descartable, catéter peritoneal de Tenckhoff, extensor de catéter, pinzas, desinfectante para manos, bolsas de diálisis peritoneal para pruebas de dinámica y entrenamiento - Honorarios de cirujano y anestesista - Reparación de alteraciones en la pared abdominal - Derechos de quirófano y medicación anestésica - Un día de internación en habitación compartida - Profilaxis con antibióticos preoperatoria - Evaluación prequirúrgica por equipo tratante - Análisis de laboratorio prequirúrgicos - Curso de entrenamiento de 10 sesiones - Asistencia psicológica, nutricional y social - Guardia pasiva de médico y enfermería para urgencias relacionadas con 	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo quirúrgico - Internación mayor de 1 día - Medicación no relacionada con el procedimiento - Mallas de prolene

el tratamiento	
----------------	--

- 27.01.04: Diálisis peritoneal continua ambulatoria (automática nocturna). Módulo tratamiento mensual

Incluye	Excluye
<ul style="list-style-type: none"> - Material descartable: Soluciones de diálisis peritoneal con sistema de doble bolsa en Y, pinzas, desinfectantes para manos, tapas, otros materiales, línea de extensión de catéter, bolsas y colectores para cicladora. - Controles de laboratorio en sangre, orina y líquido peritoneal - Honorarios del equipo tratante: médicos, enfermeras, nutricionista, trabajadora social, psicólogos, guardias pasivas para asistir las urgencias relacionadas con la técnica, tratamiento de las complicaciones infecciosas relacionadas con el tratamiento que no requieran internación, programa de reentrenamiento y educación continua del paciente - Carbonato de calcio, complejo B eritropoyetina 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudios y/o prácticas no relacionadas con la terapia dialítica de base, estudios pre y post trasplante - Traslados -

Para los códigos 27.01.02/03 y 04 la cobertura total se otorgará dentro de los treinta (30) días de iniciado el trámite de inscripción tanto en internación como en ambulatorio. Como único requisito deberá acreditar inscripción previa en el Incucaí, por exigencia de la Ley de Trasplantes. Además deberán presentar

historia clínica del médico tratante, y copia de los estudios complementarios que acrediten la Insuficiencia Renal (laboratorio, biopsia renal, estudios por imágenes, etc.)

n. Neumonología (28)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 28.01.51 Test de marcha de 6 minutos: (*)
- 28.01.60: Colocación de STENT Endobronquial. (*)
- 28.01.61: Video rinolaringoscopia diagnóstica. (*)
- 28.01.65: Ventilación Voluntaria Máxima: (*)
- 28.01.71: Presiones Bucales (*)
- 28.01.77: Saturometría Nocturna (*)

Los estudios endoscópicos traqueobronquiales incluyen dentro del arancel consignado eventual toma de biopsia, extracción de cuerpo extraño, instilaciones, irrigaciones, dilataciones, inserciones, escisiones, drenajes, aspiraciones, lavados, etc.

o. Neurología (29)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 29.01.04: Electromiograma de 2 miembros (miembros superiores o inferiores)
- 29.01.05: Electromiograma de 4 miembros: el reconocimiento de ambos códigos (29.01.04 y 29.01.05), será para las siguientes patologías: distrofias, esclerosis, Guillán Barré, tunel carpiano, neuritis, miastenia gravis, etc.
- 29.01.11. Polisomnografía: En neonatos en apneas de sueño. En adultos en los siguientes casos: alta sospecha de apnea del sueño, con alto impacto de los síntomas en la vida diaria, dispuestos a utilizar presión continua en la vía aérea, que han intentado otras medidas (deshabitación del tabaquismo, tratamiento de la obesidad, evitar medicación predisponente como benzodiazepinas).
- 29.01.50: Electroencefalograma (EEG) computarizado:
- 29.01.51: EEG de más de tres horas
- 29.01.52: EEG de más de seis horas
- 29.01.60: Mapeo Cerebral computarizado. (*)
- 29.01.61: Holter Cerebral (EEG de 24 horas). Se reconocerá en pacientes que se sospeche un trastorno convulsivo que no se logra diagnosticar con estudios convencionales. Debe estar siempre precedido de un EEG convencional inconcluyente.
- 29.01.62: Potenciales evocados.
- 29.01.63: Potenciales evocados auditivos Beta.

p. Oftalmología (30)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 30.01.24: Estudio de fijación estrabismo con visuscopio:
 - 30.01.25: Sondaje o lavado de vía lagrimal en consultorio:
 - 30.01.50: Campimetría computarizada uni o bilateral. Se reconocerá solamente en glaucoma, traumatismo endocraneal, y alteraciones neurológicas pedidas por especialista.
 - 30.01.51: Consulta Oftalmológica Integral. (Ver Atención Primaria- Otras Consultas)
 - 30.01.52: Retinofluorescenografía uni o bilateral. Se reconocerá en maculopatías, hipertensión, diabetes y tumores.
 - 30.01.53: Ejercicios ortópticos (incluye 10 sesiones).
 - 30.01.64: Ecometría unilateral con cálculo de LIO. Esta indicada para calcular la medida de la lente a implantar en cirugías de cataratas. Establece las dioptrías de las lentes
 - 30.01.65: Ecografía Oftalmológica U/B: En tumores, patologías de la órbita, estadificación e hipertiroidismo. Deberá presentar Historia Clínica y estudios de laboratorio. Esta práctica podrá ser facturada por médicos oftalmólogos. Se autoriza cuando hay sospecha de tumores, mide el largo del ojo. En hemovitreo y opacificación del vitreo (*)
 - 30.01.78: Paquimetría Computarizada uni o bilateral. En pacientes con disminución visual que se presenta con edema en la biomicroscopía (mide el espesor de la córnea). Se autoriza principalmente en caso de sospecha de glaucoma, o traumatismos de cráneo. Puede ser solicitado también por un médico neurólogo.
 - 30.01.81: Topografía Corneal Dig uni o bilateral: Cuando hay sospecha de queratocono (mancha roja inferior) y en cirugías refractarias y astigmatismos altos. (*)
 - 34.10.22: Tomografía de Coherencia Óptica (OCT): (*) Esta práctica solo se reconocerá a prestadores que acrediten ser
-

oftalmólogos. Se autorizarán en los siguientes casos: enfermedades de la retina, enfermedades de las capas internas de la coroides, estructuras vítreas posteriores, nervio óptico, del ángulo irido-corneal, y cámara anterior del cristalino. Se deberá tener en cuenta que si se autoriza esta práctica no se justifican otros estudios.

q. Otorrinolaringología (31)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle. Se recuerda además que la práctica "laringoscopia indirecta diagnóstica" (31.01.17) fue eliminada del PMO y se encuentra incluida en la consulta médica.

- 31.01.23: Otoemisiones Acústicas: Se reconocerá dentro del marco de la Ley 25.415 a todo bebe a partir de las 48 horas de vida y antes de los 3 meses, aunque se tendrá en cuenta para su aprobación los siguientes factores de riesgo, a saber: prematurez, antecedentes familiares de hipoacusia perceptiva, infecciones gestacionales (rubéola, citomegalovirus, sífilis, herpes, toxoplasmosis), peso al nacer inferior a 1500 gramos, malformaciones craneofaciales, hiperbilirrubinemia grave que requiere exanguinotransfusión, meningitis bacteriana, uso de fármacos ototóxicos, hipoxia isquémica perinatal (Apgar de 0 a 4 en el minuto, o de 0 a 6 a los 5 minutos), ventilación mecánica durante 5 días o más, o hallazgos asociados a síndromes que cursen con hipoacusia. (*)
 - 31.01.54: Fibroscopia nasal y rinofibroscopia y lavado del seno.
 - 31.01.55: fibrolaringoscopia con anestesia general y pediátrica.
 - 31.01.56: fibrolaringoscopia con videoregistro
 - 31.01.57: Videonistagmografía computarizada (*)
 - 31.01.58: Tratamiento con radiofrecuencia (resección) (*)
 - 31.01.59: Cirugía del ronquido. Uvulopalatoplastia c/s septumplastia (*)
 - 31.01.60: reemplaza al código 31.01.12. Taponamiento nasal anterior c/anest. Local (*)
 - 31.01.61: reemplaza al código 31.01.13. Taponamiento nasal anteroposterior c/anestesia local y general. (*)
 - 31.01.62: reemplaza al código 31.01.15. Electrogalvacauterización c/anestesia local (*)
 - 31.01.63: reemplaza al código 31.01.15. Electrogalvacauterización c/anestesia general (*)
-

- 31.01.64: reemplaza al código 31.01.14. Extracción de cuerpo extraño en nariz c/microscopio. (*)

Los estudios endoscópicos incluyen dentro del arancel consignado eventual toma de biopsia, extracción de cuerpo extraño, instilaciones, irrigaciones, dilataciones, inserciones, escisiones, drenajes, aspiraciones, lavados, etc.

r. Pediatría (32)

Los honorarios del código 32.01.04. Atención del Recién Nacido posee monto fijo ajustable en base al aumento del costo de vida.

- **Salud Mental (33)**

Las prestaciones de psicoterapia estarán reguladas a través del Convenio entre el Colegio de Psicólogos y la Obra Social según la grilla que a continuación se detalla. Los aranceles que perciban los profesionales tratantes estarán diferenciados de la siguiente manera por antigüedad en mayor o menor de 10 años. Toda práctica tendrá un coseguro del 20%.

- 33.01.01: Psicoterapia Individual
 - 33.01.02: Psicoterapia grupal
 - 33.01.03: Psicoterapia de pareja y/o familiar.
 - 33.01.04: Consulta de urgencia a domicilio/internación. (Código nuevo). Sin coseguro
 - 33.01.05: Psicodiagnóstico Individual. (Código Nuevo). Deberá ser solicitada por profesional competente en forma taxativa
 - 33.01.06: Psicodiagnóstico pericial (Código Nuevo). Se reconocerá exclusivamente en los casos en que SMAUNaM lo solicite
 - 33.01.08: Psicoprofilaxis individual y grupal (Código nuevo)
 - 33.01.50: Psicoterapia en Discapacitados. Las normas corresponden a las mismas del código 33.01.01, pero su arancel estará regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)
 - 33.01.51: Evaluación Cognitiva: Se reconocerá exclusivamente en pacientes mayores de 65 años que padezcan deterioro cognitivo manifiesto, previa autorización de Auditoría Médica. La práctica deberá ser realizada por profesionales psicopedagogos o Psicólogos. La cobertura se brindará a través de la modalidad reintegro. El afiliado deberá presentar solicitud médica autorizada previamente por el médico auditor, factura debidamente conformada por el profesional que efectuó el estudio, e informe de la práctica.
 - 33.01.55 Psicopedagogía (sesiones x 5) en Discapacitados. Las normas corresponden a las mismas del código 33.02.02 (*). El arancel estará regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)
-

- 33.02.02: Tratamiento psicopedagógico

Ver punto 5.1. SALUD MENTAL. Atención Ambulatoria.

s. Radiología, Radioscopia, Angio y cinecardiología (34)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

Norma: En los niños con fracturas óseas se reconocerán tres (3) radiografías de la siguiente manera: una al momento de efectuar el diagnóstico, otra inmediatamente efectuada la práctica de corrección, y una última de control al mes. En los adultos el esquema es el siguiente: dos (2) radiografía, una para el diagnóstico y la otra para control.

Radiografías del Aparato Esquelético:

- 34.02.71: Espinografía frente (*)
- 34.02.72: Espinografía frente y perfil. (*)

Estudio que sirve para ver el alineamiento de la columna, y se utiliza para patologías como escoliosis, lordosis, acortamiento de miembros, etc.

Radiografías del Aparato Femenino (incluye mamas)

- 34.06.60: Mamografía magnificada. (ver punto 1.2) y Programa de Prevención de Cánceres- Anexo. Para su autorización deberá presentar el informe previo de la mamografía efectuada (*)

Angiocardiografías y Procedimientos cardiovasculares

- 34.08.23: Estudio Hemodinámico Simple
- 34.08.24: Estudio Hemodinámico Complejo
- 34.08.25: Estudio Hemodinámico con Cardiopatía Congénita
- 34.08.26: Colocación de Marcapasos, (sin coseguro)
- 34.08.27: Angioplastía Coronaria Simple. (Sin coseguro)

- 34.08.28: Angioplastía Coronaria Compleja. (Sin coseguro)

Se reconocerán:

- **stent con liberación de fármacos (Rapamicina-Paclitaxel):** en pacientes con lesión de novo, larga (mayor de 20 mm) o en vaso coronario mayor (no ramas), pacientes diabéticos, re-estenosis intra-stent proliferativa y/o oclusión total, pacientes con 2 o más de los criterios anteriores y que se encuentren sintomáticos (síntomas evocadores de isquemia), la condición angiográfica per se no es razón suficiente para la colocación de stent con liberación de drogas. Pacientes no fumadores. En las lesiones múltiples de vasos se deberá elegir la lesión en el vaso que reúna las características antes descritas o que cause la mayor secuela de isquemia en los estudios funcionales.

Todo otro tipo de stent que existen en el mercado están contraindicados.

- **Angioplastía trasluminal coronaria con rotablator/Simpson:** en lesiones calcificadas no dilatables.

- **Tratamiento desembolizante con quinasas** solo por cateterismo en hemodinamia: en infarto agudo de miocardio.

Contraindicaciones de uso:

- Enfermedad de vena safena en función de by pass
- Lesiones de bifurcación
- Vasos menores de 2.5 mm o mayores de 3.5 mm de diametro
- Lesiones mas largas de 25 mm.
- Infarto agudo de miocardio
- Oclusión total
- Evidencia de trombos
- Enfermedad coronaria de múltiples vasos

Para la solicitud de la práctica se solicitará historia clínica del médico tratante e informe y/o CD angiografico diagnóstico. Posteriormente a la colocación: protocolo de angioplastia, y certificado de implante.

- 34.08.29: Angioplastía Periférica Simple. (Sin coseguro)
- 34.08.30: Angioplastía Periférica Compleja. (Sin coseguro)

Se reconocerá la colocación de stent en:

- **Arteria Renal:** con al menos 75% de estenosis de una o ambas arterias y que desarrollen a pesar de tratamiento médico optimo

hipertensión no controlada, edema pulmonar recurrente fugaz, ingreso a diálisis dependiente únicamente de estenosis aterosclerótica de la arteria renal o deterioro de la función renal especialmente con estenosis bilateral o riñón único funcionante.

- **Enfermedad Arterial Periférica de Miembros Inferiores:** en estenosis u oclusión de la arteria ilíaca con claudicación intermitente, o isquemia crítica de la extremidad con empeoramiento crítico, dolor vascular limitante, úlceras vasculares no cicatrizantes o gangrena focal, lesiones menores de 10 cm., y lesiones focalizadas en la ilíaca externa o común.

- 34.08.31: Valvulopatía Mitral: (Sin coseguro)

Cobertura en:

- **Pacientes sintomáticos con estenosis mitral** moderada o severa y en ausencia de trombo auricular, regurgitación moderada o severa, enfermedad valvular aórtica o tricúspidea severa, enfermedad coronaria severa con morfología valvular favorable, válvula calcificada no plegable con alto riesgo quirúrgico, y restenosis mitral después de comisurotomía quirúrgica anterior. La cirugía esta contraindicada en pacientes embarazadas (2º y 3º trimestre).

- **Pacientes asintomáticos** con estenosis mitral moderada o severa y morfología valvular favorable en criterios cardiográficos en ausencia de trombo auricular, regurgitación mitral moderada a severa, enfermedad valvular aórtica o tricúspidea de trombo auricular, regurgitación mitral moderada, enfermedad aórtica o tricúspidea severa o enfermedad coronaria severa que requiere revascularización quirúrgica con hipertensión pulmonar secundaria

- 34.08.32: Valvulopatía Aórtica Pulmonar (Sin coseguro)

Cobertura en:

- Pacientes mayores de 80 años, con disnea de esfuerzo, angina, presíncope o síncope.

- Pacientes sintomáticos con gradiente arterial pulmonar pico > de 40 mmhg.

Cuando el remplazo valvular se realiza en forma percutánea, los requisitos que deberán tenerse en cuenta para su reconocimiento son: diámetro del anillo aórtico inferior: 20 a 27mm, diámetro de aorta ascendente: 30 a 43mm, nivel de los ostium coronarios mayor a 10mm, espesor del septum menor a 17mm, los criterios ecográficos de severidad: área ventricular < 1cm, gradiente medio >40mmHg, velocidad del jet aórtico >4mm/seg, criterios hemodinámicos de severidad área valvular <0.75 cm² y gradiente

pico > 70mmHg

- 34.08.36: Cierre de Ductus (Sin coseguro)
- 34.08.37: Cierre de CIA: (Sin coseguro)

Se reconocerá el cierre a través de un dispositivo ocluser para cierre percutáneo en las patologías de cierre de Ductus (34.08.36), y Cierre de CIA (34.08.37), cuando cumplan los siguientes criterios: CIA mayor a 40 mm, fontan fenestrado con prueba de oclusión, presiones pulmonares menores de 50% de las sistémicas, bordes de por lo menos 4mm hacia vena cava superior, vena cava inferior, vena pulmonar derecha superior, seno coronario y válvula AV, y sobrecargas volumétricas de cavidades derechas. Deberán presentar los siguientes estudios complementarios para su autorización: ecocardiograma doppler, y estudios hemodinámicos

- 34.08.38: Estudio Electrofisiológico Simple (*)
- 34.08.39: Estudio Electrofisiológico Complejo (*)

Cobertura en:

- Evaluación de la función del nódulo sinusal.
- Pacientes con BAVs adquiridos
- Pacientes con deterioro crónico de la conducción AV
- En pacientes con taquicardias de "QRS" angosto
- En pacientes con taquicardias de "QRS" ancho
- En pacientes con Síndrome de QT prolongado
- En pacientes con complejos ventriculares prematuros, duplas, y TVNS.
- Pacientes con Wolf-Parkinson-White
- En pacientes con Síncope inexplicable
- En pacientes sobrevivientes de un paro cardíaco
- Para guía de tratamiento antiarritmico.

- 34.08.40: Arteriografía Digital
- 34.08.43: Ablación por Radiofrecuencia Simple (*) (Sin coseguro)
- 34.08.44: Ablación por Radiofrecuencia Compleja (*) (Sin coseguro)

Obligación de cobertura en:

- Procedimiento de ablación por catéter en pacientes con taquicardia supraventricular paroxística sintomática sin buena respuesta farmacológica.
- Procedimiento de ablación por catéter en pacientes con aleteo auricular sin buena respuesta a la farmacoterapia.
- Procedimientos de ablación del nodo auriculoventricular con colocación de marcapaso definitivo en pacientes con taquiarritmias auriculares sintomáticas sin buena respuesta farmacológica.

- 34.08.45: Septostomía (Rushking). (Sin coseguro)
- 34.08.46: Septostomía (Park). (Sin coseguro)
- 34.08.47: Embolización No Cerebral (Sin coseguro)
- 34.08.48: Colocación de Cardiodesfibrilador: Se reconocerá 1 cada 3 años por beneficiario. Se deberá presentar la siguiente documentación para su autorización: ecocardiograma doppler, cinecoronariografía, spect, holter e historia clínica del médico tratante

Norma:

- **Prevención Secundaria:** Pacientes que presenten lo siguiente en ausencia de una causa tratable: para cardíaco debido a taquicardia ventricular o fibrilación ventricular. Taquicardia sostenida que provoca síncope o compromiso hemodinámico significativo. Taquicardia ventricular sostenida sin síncope o paro cardíaco asociada a una reducción de la fracción de eyección (< de 35%) en pacientes cuya clase funcional no sea peor que III de la clasificación funcional de Insuficiencia Cardíaca

- **Prevención Primaria:** Pacientes con historia de infarto agudo de miocardio que a su vez tiene TV no sostenida en el Holter, más taquicardia ventricular en estudio electrofisiológico sumado a mala función ventricular izquierda y clase funcional I, II o III de la clasificación funcional de insuficiencia Cardíaca; condiciones familiares cardíacas con un alto grado de riesgo de muerte súbita incluyendo a los Síndromes QT prolongados, la cardiopatía hipertrófica, displasia ventricular derecha, y luego de la reparación de la Tetralogía de Fallot.

- 34.08.49: Control de marcapasos
- 34.08.53: Implante Resincronizador Cardíaco. (Sin coseguro). En pacientes con disfunción ventricular

sistólica asociada a bloqueo de rama izquierda. Igualmente, es una opción en pacientes no candidatos a trasplante cardíaco y como terapia «puente» al trasplante. (sin cobro de coseguro)

- 34.08.54: Cardiodesfibrilación Bifásica: En pacientes con fibrilación ventricular o fibrilación auricular sin pulso

Tomografía Axial Computada y Resonancia Nuclear Magnética

Normas para TAC

- **Cerebro:** cuadro neurológico de presentación brusca con o sin deterioro de la conciencia, con o sin déficit focal de vías largas o pares craneales. Cuadros subagudos o crónicos de déficit focal de vías largas o pares craneales. Traumatismo encéfalo craneal. Sospecha de Síndrome de hipertensión endocraneal. Sospecha de hidrocefalia. Cuadro de deterioro cognitivo. Deberá presentar Historia Clínica previa.
- **Cerebro con contraste:** Investigación oncológica en pacientes con sospecha clínica de tumor cerebral primario o secundario. Sospecha de accidente cerebrovascular. Hematoma Subdural Crónico. Sospecha o confirmación de Síndrome Meningeo Infeccioso. Epilepsia. Deberá presenta Historia Clínica.
- **Control de TAC de cerebro:** Seguimiento de post operatorio de neurocirugías, de patologías infecciosas y oncológicas del sistema nervioso central. Evolución clínica desfavorable en portadores de infarto cerebral. Comienzo de tratamiento anticoagulante en pacientes con isquemia cerebral reciente. Control evolutivo de hemorragias intraventricular no operada, intracraneales con cuadro clinico desfavorable. Requisito: historia clínica y TAC previa.
- **Tiroides y paratiroides:** En imágenes quísticas y nodulares con resumen de Historia clínica y ecografía previa.
- **Mama:** En imágenes quísticas y nodulares con resumen de Historia clínica, mamografía y ecografía previa.
- **Ginecológica:** Detección precoz de residida tumoral, estadificación de cáncer pelviano. Deberá presentar Historia clínica y estudios previos realizados.
- **Completa de Abdomen:** patologías mesentéricas, enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedades peritoneales y retroperitoneales, estadificación tumoral, estudio de aorta y otros vasos, traumatismo, valoración de patologías del tracto hepato-biliar-pancreático. Requisito: historia clínica y estudios previos. Evaluación y drenajes de abscesos pelvianos, ictericia aguda o crónica, hepatitis agudas y crónicas, cirrosis e hipertensión portal, hepatopatías por drogas y alcohólicas, hepatomegalias inexplicables, alteración de la función hepática, Tesaurosismosis, enfermedades sistémicas, lesiones que ocupan espacio, aumento del tamaño del órgano en cuestión. Requisito: historia clínica y estudios ecográficos.
- **Tórax:** Lesiones parenquimatosas, características de lesiones nodulares, presencia de cavitaciones, evaluación de tumores apicales, malformaciones arteriovenosas, metástasis pulmonares, adenopatías hiliares y mediastínicas. historia clínica y TAC previa.

- **Riñón:** Síndrome Nefrótico, enfermedad sistémica con compromiso renal si el diagnóstico no puede ser determinado por otros métodos, hematuria glomerular persistente, proteinuria Persistente de origen indeterminado, insuficiencia renal aguda (de causa desconocida con sospecha de enfermedad sistémica o nefritis intersticial aguda, fase oligúrica prolongada, insuficiencia renal aguda como consecuencia de glomerulonefritis rápidamente evolutiva, imágenes quísticas y nodulares. Requisitos: Historia clínica detallada, clearance de creatinina, orina de 24 horas, y estudios por imágenes previos.
- **Vejiga y próstata:** Estadificación de tumores, ganglios, engrosamiento de la pared. Con presentación de estudios previos que confirmen las lesiones anteriores.
- **Columna cervical, dorsal y lumbar:** incluye el estudio de tres cuerpos vertebrales consecutivos con sus respectivos discos interpuestos. En patología intracanal (tumor, hernia, canal estrecho), se pueden solicitar con o sin contraste, y patología vertebral (tumor vertebral primario, metástasis vertebral, fractura, luxación, espondilodiscitis).
- **Generalidades:** En pacientes con marcapasos, clips con aneurismas intracraneales, ciertas válvulas cardíacas, cuerpos metálicos alrededor de las órbitas e implantes cocleares en los cuales no se pueden realizar RNM

Norma para TAC Helicoidal:

En líneas generales en pacientes con estudios previos de TAC no concluyentes, en tumores y estadificación de tumores. En el caso particular de la **Ginecológica:** cuando se sospeche detección precoz de recidiva tumoral, en **Tórax:** patologías de aorta, arterias pulmonares, enfermedades profesionales (neumoconiosis, asbestosis, sarcoidosis)

Norma RNM:

- **Cerebro:** enfermedades desmielinizantes, vasculitis del SNC, patología clínica focalizada en la fosa posterior, epilepsia focal, patologías infecciosas del SNC, trombosis de senos venosos duros, hematoma subdural, evaluación de fístula LCR, patologías de órbita y conducto auditivo externo, malformaciones vasculares, patología focal a nivel encefálico con TAC de cerebro normal, estudios de hidrocefalias.
- **Rodilla:** patología meniscal, tendinosa, ligamentaria, tumoral. Se autorizará con Historia clínica y estudios radiológicos previos.
- **Pelvis y cadera:** Evaluación de masas localizadas a lo largo de las paredes laterales pelvianas y el espacio presacro. Estadificación del

cáncer pelviano, detección de residua tumoral, lesiones óseas y articulares. Con Historia clínica y estudios complementarios previos.

- **Oftalmológica:** Lesiones de la órbita, tumores de partes blandas, estadificación. Historia clínica detallada.

- **Cuello:** valoración de vasos de cuello y su patología, tumores, estadificación

- **mama:** patología tumoral no resuelta por mamografía, tumores recidivantes, prótesis mamaria, estadificación.

- **Abdomen:** patologías mesentéricas, enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedades peritoneales y retroperitoneales, estadificación tumoral, estudios de la aorta y otros vasos, traumatismos, tumores, valoración de patologías del tracto hepato-bilio-pancreático. Requisito: historia clínica detallada, y estudios previos justificativos de la solicitud.

- **Tórax:** patología aortica, de arterias pulmonares, tumores malignos y benignos pulmonares, tumores mediastínicos, estadificación. Requisito: historia clínica detallada, y estudios previos justificativos de la solicitud.

- **Columna:** Patología intracanal (tumor medular, hernia discal, canal estrecho, malformaciones congénitas. Patología vertebral (tumor vertebral primarios, metástasis vertebrales, fractura, luxación, malformaciones congénitas, y espondilolistesis comprobada radiologicamente. En todos los casos se deberá adjuntar Historia Clínica completa donde este especificada la semiología positiva del examen clínico.

- **Tobillo, pie, codo y mano:** patologías articulares, tendinosas, fracturas, luxaciones y evaluación de partes blandas.

- 34.10.12: TAC de otras regiones: incluyen oftalmológica, tiroidea, mamaria, ginecológica, hepatobiliar, esplénica, pancreática, suprarrenal, renal y corneal.
- 34.10.22: TAC de Coherencia Óptica: (*) Esta práctica solo se reconocerá a prestadores que acrediten ser oftalmólogos
- 34.10.50: Densitometría Ósea (una región)
- 34.10.51: Densitometría Ósea (dos regiones)
- 34.10.60: RMN de cerebro/sin contraste. En caso de lesión orgánica (tumores, malformaciones).

- 34.10.61: RMN de columna/sin contraste. en postoperatorio de columna, sospecha de hernia discal recurrente postquirúrgica, ciática y estenosis del canal lumbar, radiculopatía cervical, mielopatía, tumores espinales y de la médula, anomalías congénitas. Es el método diagnóstico de elección en los traumatismos.
- 34.10.62: RMN de cuello, tórax y otros.
- 34.10.63: RMN de rodilla y hombro/sin contraste. En pacientes con lesión traumática aguda o crónica de rodilla con sospecha de compromiso de menisco o ligamentos. Pacientes con síntomas internos compatibles con lesiones meniscales o ligamentarias sin antecedentes de traumatismo previo de por lo menos dos meses de evolución como paso previo al estudio artroscópico.
- 34.10.67: Paff con control tomográfico
- 34.10.70: RMN de cerebro M.D.C. (Gadolineo).
- 34.10.71: RMN de columna (Gadolineo).
- 34.10.72: RMN de cuello, tórax y otros (Gadolineo).
- 34.10.73: RMN de rodilla y hombro (Gadolineo).
- 34.10.80: RMN subsiguientes
- 34.10.90: Angioresonancia (*)
- 34.10.91: Difusión por resonancia
- 34.10.92: Angioresonancia con Gadolinio (*)
- 34.10.93: Colangioresonancia
- 34.10.94: Uroresonancia con Gadolinio
- 34.10.95: Artroresonancia
- 34.10.96: AngioTAC por región

- 34.10.97: Colonoscopia/Bronconoscopia Virtual: Se reconocerá exclusivamente en los casos en que el cuadro clínico del paciente no permita realizar el estudio convencional.
- 34.10.98: Uro-Tac sin contraste
- 34.10.99: Uro-TAC con contraste.
- 34.11.11: RMN de otros órganos y regiones sin contraste
- 34.11.12: RMN de otros órganos y regiones con contraste
- 34.11.50: Marcación de mama (*)

PET-CT (Tomografía por emisión de Positrones)

Norma: Proporciona información sobre el cuerpo a nivel celular (PET), y examina el cuerpo a nivel anatómico (CT), por lo tanto inspecciona y detecta todos los sistemas orgánicos del cuerpo para buscar alteraciones. Permite cuantificar múltiples procesos bioquímicos y fisiológicos (metabolismo de la glucosa).

Indicaciones:

- **Oncológicas:** linfomas, cáncer de pulmón (variante de células no pequeñas y estudio del hallazgo de un nódulo solitario), colon, melanoma, tumores de cabeza y cuello, esófago, estómago, páncreas y metastásico hepático, cáncer de tiroides negativo al barrido con yodo 131, mama y ovario. Tumores de testículos, sarcoma, del sistema nervioso central para diagnóstico diferencial entre recidiva tumoral y radionecrosis posterior a la radioterapia, o la determinación del grado tumoral en los gliomas. Tumor primitivo desconocido Se utiliza para la detección precoz, estadificación, predicción (por que puede medir la actividad metabólica tumoral), valoración de las recidivas, y monitorización de la respuesta terapéutica.
- **Cardiología:** Miocardiopatía isquémica
- **Neuropsiquiatría:** Demencias, abusos de tóxicos,
- **Infectología:** osteomielitis, tumores en portadores de SIDA

t. Terapia Radiante (35)

- 35.01.60: Planificación y estimulación.
- 35.01.61: Radioterapia (acelerador lineal) por aplicación.
- 35.01.63: Módulo radioterapia Tridimensional otros órganos. (*)
- 35.01.64: Módulo radioterapia Tridimensional (Próstata). (*)

La terapia tridimensional se reconocerá en los siguientes casos: (*)

- Cáncer de mama: cuando la afección sea de la mama izquierda, o presente como patología asociada EPOC severo objetivado por médico neumonólogo.
- Cáncer de Próstata: en tumores localizados de buen pronóstico, pacientes sin riesgo de muerte inminente, reirradiaciones, Pacientes con estadio 1, 2 y 3, y pacientes menores de 80 años.
- Cáncer de cabeza y cuello
- Tumores cerebrales
- Cáncer de laringe
- Cáncer de esófago
- Cáncer de pulmón
- Cáncer de hígado y páncreas

Para su autorización la solicitud médica deberá ir acompañada de: anatomía patológica, laboratorio con marcadores tumorales, estudios endoscópicos, estudios por imágenes y centellograma de corresponder.

u. Urología (36)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 36.01.11: Estudio Urodinámico completo.
- 36.01.60: Cistouretrografía miccional radioisotópica. (*)
- 36.01.71: Uroflujometría Computarizada: Esta práctica se autorizará cuando sea necesario determinar el grado de obstrucción de la vía urinaria (mide el flujo urinario).
- 36.01.72: Uretrocistofibroscopía
- Estudio metabólico para determinar litiasis urinaria: (*) Esta práctica se reconoce por reintegro. Se autorizará previamente por Auditoría médica, debiendo presentar historia clínica, prescripción médica y presupuesto.
- 36.01.71: Uroflujometría. Se reconocerá para determinar el grado de obstrucción (ver flujo urinario). (*)

v. Tratamientos Especiales (38)

- 38.01.01: PUVA: (administración oral de un agente fotosensibilizante). Se autorizarán 12 sesiones por año para las siguientes patologías: psoriasis, vitiligo, lesiones descamativas no sicóticas.
- 38.02.01: Cámara Hiperbárica: Enfermedad por descompresión, gangrena gaseosa, y embolia gaseosa.
- 38.02.03: Fototerapia UVB: En psoriasis graves y de difícil respuesta a los tratamientos convencionales. Se autorizará en pacientes mayores de 12 años hasta 20 sesiones por única vez. La profesional encargada de realizar la práctica deberá acreditar la especialidad en dermatología y la habilitación del equipamiento. Se reconocerá por reintegro. El afiliado deberá presentar además de la solicitud correspondiente una historia clínica que deberá aportar los siguientes datos: edad del paciente, resultado de la biopsia de piel, antecedentes personales y familiares de enfermedades dermatológicas (queratosis, lentigos, nevos displásicos, etc), y tratamientos previos

w. Terapia Intensiva (40)

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se agrega el código 43.01.05 correspondiente a gastos de UTI por día. Este código regirá exclusivamente para el Sanatorio Boratti.

Asistencia en consultorio, domicilio e internaciones (42)

Ver punto 1. Atención Primaria de la Salud para las consultas ambulatorias.

La consulta de guardia no posee código propio. En caso de que el afiliado requiera del servicio de guardia, concurrirá al sanatorio y entregará una orden de consulta común. El sanatorio por su parte facturará al SMAUaM la diferencia del arancel

x. Prestaciones sanatorias y de enfermería (43)

La cobertura para las internaciones será del 100%.

Además de los códigos consignados en el Nomenclador Nacional de Prestaciones con PMO, se reconocerán otras prácticas de mayor complejidad según el siguiente detalle:

- 43.01.04: Hospital de Día. Este código se autoriza cuando la internación sea producto de la realización de una práctica que exige pocas horas de internación. Ejemplo de lo mencionado son las internaciones por quimioterapia, o por aplicación de hierro en las anemias graves.
- 43.01.50: Internación Psiquiátrica (Módulo diario: incluye: habitación, gastos, honorarios y medicamentos de uso convencional). Ver punto 5.2. Salud Mental. Internación. **(*)**.

Independientemente de la internación con cama compartida que otorga el nomenclador Nacional con obligación de cobertura, la Obra social ofrecerá a sus afiliados la opción de una habitación individual según el siguiente esquema:

- 43.01.61: Habitación individual. Sin Coseguros. **(*)**
- 43.01.71: Habitación Individual VIP: Tendrá un Coseguros a cargo del afiliado equivalente a la diferencia del valor entre el código 43.01.61 y 43.01.71. en caso que al momento de producirse la internación el sanatorio no disponga de la misma, se autorizará el código 43.01.01 como habitualmente se autorizaba. **(*)**
- 43.10.01: Uso de Material descartable: **(*)**. Además de los descartables convencionales se incorporarán otros según las normas del listado adjunto:

DESCRIPCIÓN	NORMA	UNIDADES
Sonda K 30	Evacuaciones de secreciones gástricas en neonatología	1/ día
Sonda K 33	Para alimentación. En neonatología	1/día.
Agua destilada estéril (ampollas.) 5, 10 y 20	Para dilución de medicación y oxigenoterapia. Si el paciente permanece varios	1/ día. 2/día en caso de oxigenoterapia

	días de internación facturar un sachet. En neonatología	
Perfus	En neonatología (N° 5) En UTI (N° 1 y 5) En UTI (N° 4 en transfusiones)	1/día Cada 72 horas 1/día
Catéter Umbilical	En neonatología	1/semana
Cateter arterial	En neonatología	1/semana
Catéter Epicutáneo cava	En neonatología	1/21 días
Abocatt N° 24	En neonatología En UTI	1/día 1 cada 72 horas
Tegaderm	En neonatología y UTI adultos. Para fijación de venocclisis y canalizaciones	1/paciente
Coloplast	En neonatología y UTI adultos. Para fijación de venocclisis y canalizaciones	1/paciente
Protectores oculares	En neonatología	1 par cada 48 horas.
Tiras reactivas (glucemia)	En neonatología, en pacientes que no se alimentan y están con alimentación parenteral exclusiva	1/día
Micro Clapps o avon azul	En neonatología. Para vía intermitente	1/paciente
Llave de tres vías	En neonatología. (para medicación y alimentación parenteral) En UTI	1 cada 3 días 1 cada 3 días
Dextrosa al 10%	En neonatología	1/día
Dextrosa al 5%	En neonatología	1/día
Cloruro de Na	En neonatología. A partir del 3° día de internación.	1/día
Cloruro de K	En neonatología. A partir del 3° día de internación	1/día
Antibióticos	En neonatología. Según normas SAP y Neofax	
Dopamina y Dobutamina	Diluida en el plan de hidratación parenteral	1/día
Aminofilina		2/día
Red-dot	Solo en UTI	
Sonda Foley	En UTI	1/paciente

Bolsa Colectora	En UTI	1/paciente
Set de Arrow	En UTI En oncología	1 cada 7 días 1/ paciente
Traqueflex	En UTI	1 cada 7 días
Filtro compuesto para respirador (bacteriano y viral)	En UTI	1/72 horas
Humidificador para respirador	En UTI	1 por paciente
Filtro antibacteriano	En todas las anestесias inhalatorias con o sin intubación	1 por paciente
Vycril	En cesáreas. En cirugías mayores y pediátricas	1 por paciente 2 por paciente
Pump Set Macro	En oncología. Solo cuando se administran taxanos En neo y UTI en algunos medicamentos que deben administrarse con bomba (insulina y estreptoquinasa)	1/paciente
Clips para cirugía videolaparoscópica	En colecistectomías se usan 3 por cirugía	1 caja para 2 pacientes
Plancha de Electrobisturi	En cirugías que lo requieran	1/ paciente
Jeringas Brawn	En anestесias que requieran medicación endovenosa: 1° Ampolla: Remifentanilo+ Bupivacaína 2° ampolla: Propofol	2 cada 2 hs.
Ethilon (de cualquier medida) . Mononylon	Cirugías plásticas, tenorrafias, neurorafias y capsuloplastia	1/ paciente
PDS dobel LOOP hilo monofilamento	Tenorrafias de grandes tendones, capsuloplastias de grandes articulaciones	1/ cirugía
Bolsas de colostomía	En pacientes con colostomías	Hasta 2/ día
Anillos para colostomía	En pacientes con colostomías	Cada 4 días
Set de Arrow (adultos y niños)	En UTI Oncológica Renales	1 cada 7 días 1 / paciente 1 / paciente

Estos materiales podrán ser facturados por los sanatorios independientemente del código 43.10.01

- 43.10.50: Catéter intravasculares: Se reconocerán en pacientes internados en Terapia Intensiva que padezcan situaciones críticas en que sea necesario el conocimiento continuo y preciso de las diferencias de presiones. En el caso puntual del catéter de Swan Ganz se reconocerá para evaluar aurícula y ventrículo derechos, arteria pulmonar, y cálculo del gasto cardíaco. Estos insumos se reconocerán previa auditoría médica
- 43.11.50: Asistencia Respiratoria no invasiva (*)
- 43.11.51: Consumo Adicional para UTI tipo II
- 43.11.52: Oxigenoterapia ambulatoria: destinado exclusivamente a aquellos afiliados que presenten patologías que provoquen un estado de insuficiencia respiratoria crónica. Para acceder a la cobertura del servicio, el afiliado deberá presentar: historia clínica completa, estudios complementarios de funcionalidad respiratoria, y prescripción médica con todas las especificaciones técnicas necesarias para la prestación del servicio. Estas asistencias serán controladas en forma periódica por Auditoría Médica quien determinará la pertinencia o no de la continuidad del servicio. El SMAUNaM contratará los servicios a las empresas proveedoras del medio, quienes al momento de facturar deberán presentar mensualmente la facturación acompañadas por la planilla de provisión debidamente conformada por el beneficiario a fin de asegurar la efectiva prestación del servicio.
- 43.12.01: Uso de quirófano en procedimientos ambulatorios menores a una (1) hora. (*). Sin coseguro
- 43.12.02: Uso de quirófano en procedimientos ambulatorios mayores a una (1) hora. (*). Sin coseguro

Los Códigos 43.12.01, y 43.12.02, se utilizarán en procedimientos ambulatorios que no requieran internación, pero si el uso del quirófano, Ej: videoendoscopias digestivas altas y bajas.

- 43.34.01: Uso de Arco en C en cirugías de baja complejidad (*). En cirugías traumatológicas (reducciones, extracciones de osteosíntesis), cardiológicas (colocación de marcapasos), colangiografías, y urológicas (citouretrografías, pielografías ascendentes), y neurotomías. Sin coseguro

- 43.34.02: Uso de Arco en C en cirugías de alta complejidad:
(*) Traumatológicas (osteosíntesis, columna con clavos y placas endomedulares y osteotomías), percutáneas en general.
Sin coseguro

Los Códigos 43.12.01, 43.12.02, 43.12.03, 43.34.01, y 43.34.02 son sin Coseguros.

Y. Traslados (Código 44)

- 44.01.02: Traslado Simple Programado. La práctica consiste en un servicio de Traslado simple Programado para afiliados que cuenten con pedido médico y que por su condición física o patológica no estén en condiciones de moverse por sus propios medios desde centros asistenciales a domicilio o viceversa, dentro del área de prestaciones de las empresas locales proveedoras del Servicio de enfermería y Traslados y conforme a la programación prevista. En caso que las empresas proveedoras del servicio no tengan disponibilidad horaria se contratará excepcionalmente el servicio fuera de ellas.

El procedimiento para acceder al servicio es el siguiente: el afiliado deberá presentar al SMAUNaM el pedido de traslado del médico tratante para su autorización. Previa Auditoría Médica y, mediante la emisión del Bono con el código 44.01.02. El afiliado solicitará el servicio a la empresa prestadora y presentará a esta la solicitud médica con el bono correspondiente, excepto que la necesidad médica surja un fin de semana, días feriados o horarios nocturnos. En estos casos el afiliado deberá presentar el correspondiente bono de autorización al prestador dentro de los dos (2) días hábiles inmediatos siguientes, caso contrario, SMAUNaM cobrará al afiliado el costo del servicio prestado sin autorización previa y que a criterio de Auditoría Médica no se encuentre justificada.

2.3. Prestaciones Bioquímicas

Se brindarán según el Nuevo Nomenclador Bioquímico único del Programa Médico Obligatorio (NBU-PMO), que establece un valor ajustable según el aumento del costo de vida a la Unidad Bioquímica (*). Para las prácticas hematológicas (capítulo 23) que sean efectuadas por médicos hematólogos seguirá vigente el gasto bioquímico tradicional ya que el valor de las mencionadas surge de la multiplicación de las unidades de cada código con el galeno práctica y el gasto bioquímico.

Además de todas las prácticas bioquímicas comprendidas en el Nomenclador Nacional (bioquímica general, bacteriología, endocrinología, enzimología, hematología, virología, serología, parasitología, oncología y medicina nuclear (RIE); se incluirán las siguientes prácticas de Alta y Baja Frecuencia:

CÓDIGO	PRACTICA
663384	Cardiolipinas Ac. Ig A anti
663392	Cardiolipinas Ac. Ig. G anti
663401	Cardiolipinas Ac. Ig. M anti
663734	ANCA C, P
666589	Ig. A B C saliva. Inmunoglobulina A. Concentración en saliva (*)
666606	Ig. E Específica. Inmunoglobulina Ig. E (*)
667700	Micoplasma. Ureaplasma, cultivo
663640	Chlamydia Trachomatis, Ag.
665093	Factor reumatoideo
665230	Ferritina (*)
667794	Neumococo, Ac Anti (*)
669093	Ag. Sincicial respiratorio
669127	Streptococcus Beta-Hemolítico Prenatal (anal y vaginal) (*)
668580	Progesterona 17 Hidro (*)
669460	Tiroglobulina Ac.
669622	Transglutaminasa Ac. Iga Anti (*)
669631	Transglutaminasa Ac. IgG Anti (*)
662675	Androstenodiona Delta 4 (*)
664008	Cortisol libre
664375	Deoxipiridinolinas (DPD) (*)
664632	Endomisio Ac. Ig A Anti (*)
664640	Endomisio Ac. Ig G Anti (*)
665572	Gliadina Ac. Ig G Anti (*)
665580	Gliadina Ac. Ig A Anti (*)

666725	Influenza A antígeno
667939	Osteoclastina (*)
668281	Péptido C
668315	Peroxidasa Tiroidea Ac. Anti (ATPPO) (*)
669164	Streptococcus Pneumoniae, Ac. Ag. Urinario (*)
669223	Test del sudor
669571	Toxoplasmosis Ac. Ig G Anti (ELISA) (*)
669580	Toxoplasmosis Ac. Ig A Anti (ELISA) (*)
669734	Troponina T (*)
665760	Helicobacter Pylori, Ac. Ig M Anti (*)
669375	Testosterona libre
669992	Módulo complementario Bioquímico (semana 10-12 de embarazo) B libre HCG + proteína plasmática A (PAPP-A)
669993	Módulo complementario Bioquímico (semana 20 de embarazo) Alfafetoproteína (AFP) + Estriol
669913	Vitamina D3
669991	Módulo de bacteriología: urocultivo, exudado nasofaríngeo, uretral, vaginal, coprocultivo, otros. (*)
662734	PSA libre + total (*)

Algunas Normas:

- **Glucemia (412):** Se reconocerá una determinación cada 3 años a partir de los 45 años de edad siempre y cuando los sucesivos controles sean normales
- **Colesterol (174):** Toda persona mayor de 20 años deberá tener un control anual de colesterol (174) y HDL, se reservará el estudio de triglicéridos (876) solo si alguno de los anteriores se encuentra dentro de límites anormales. El control posterior se autorizará según el siguiente esquema:

Colesterol mayor a 240	Colesterol entre 200 y 240	Colesterol normal
Cada tres (3) meses hasta regularizar valores y luego cada 6 meses	Cada seis (6) meses	Una (1) vez al año

- **Hemograma (475):** Incluye recuento de glóbulos rojos, hematocrito, dosaje de hemoglobina, recuento de reticulocitos, recuento de glóbulos blancos y fórmula leucocitaria.
- **Hepatograma completo (481):** Incluye TGO, TGP, fosfatasa alcalina, y KPTT.
- **Triglicéridos (876):** Se reconocerán según el siguiente esquema

Triglicéridos mayor a 500	Triglicéridos entre 490 y 200	Triglicéridos normales
Cada tres (3) meses hasta regularizar valores y luego cada 6 meses	Cada seis (6) meses	Una (1) vez al año

- **TSH (865) y T4 (866):** Se recomienda iniciar el control de función tiroidea a partir de los 50 años o ante la sospecha de anomalías tiroideas. si los valores de TSH son menores a 0.3 mU/ml o mayores a 10 mU/ml se solicitará T4 para ampliar la información. De ser normales los resultados los controles posteriores se realizarán con una periodicidad de 1 año. Si los valores resultaran patológicos y el paciente se encontrara en tratamiento, se reconocerán análisis cada tres (3) meses hasta la regularización de los mismos.
- **Sangre oculta en materia fecal (833):** el control es recomendado para toda persona mayor de 50 años en forma anual con 3 determinaciones seriadas.
- **Screening Neonatal (87.11.95): Comprende seis (6) determinaciones** a saber: (*) detección precoz de fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito, enfermedad fibroquística del RN, 17 OH progesterona, Biotinidasa, y galactosemia
- **Marcador CA 125 Ovario: (1115):** Se lo utilizará en el control terapéutico o de recaída del cáncer de ovario.
- **Marcador CA 15-3 Mama (1120):** Seguimiento de tratamiento en mujeres con cáncer de mama diagnosticado.
- **Hepatitis A (1075)** en hepatitis A aguda, control de hepatitis A cuando se normalizan las transaminasas, y control de hepatitis A de curso prolongado.

- **Hepatitis B (1080 1085 1090)** en Hepatitis B en control pre y post vacunación hepatitis B, control de hepatitis crónica para descartar reactivación.
- **Hepatitis C (1095):** Para diagnosticar la exposición al virus C, y rastreos serológicos en hemodonantes y pacientes dializados.
- **Rubeóla anticuerpo IgG (1040):** Determinación de Inmunidad virus rubeóla.
- **Las prácticas Anticuerpos antiendomiso, (664632 664640) y anticuerpos antigliadina (665572 665580) y transglutaminasa. Algoritmo para Enfermedad Celíaca:** se reconocerán en los casos que se presuma Enfermedad Celíaca. En caso de que alguno de los anticuerpos de positivo se deberá realizar Biopsia intestinal. Si persistiera la sintomatología y todos los anticuerpos hubiesen dado negativos se solicitará Test de Van de Kamer. De manera excepcional se podrá autorizar la realización del estudio genético correspondiente previa evaluación de la situación en particular y ante estricta prescripción médica, o sea:

Paciente considerado de alto riesgo por tener familiares directos celíacos o patologías asociadas (diabetes, tiroides, enfermedades autoinmunes, Síndrome de Turner, etc.) con resultado de anticuerpos negativos y biopsia normal

- **El código (1070) Hemoglobina glicosilada** se reconocerá exclusivamente en los diabéticos.
- **La práctica (1055 y 1060), Epstein Barr anti VCA igG** solo en caso de sospecha de Mononucleosis infecciosa cuando los anticuerpos heterófilos sean negativos.
- **Osteocalcina (667939)** se reconocerá para el diagnóstico de enfermedades degenerativas y en la osteoporosis.
- **Peroxidasa Tiroidea Ac. Anti (ATPPO) (668315)** se reconocerá solo en pacientes con patología tiroidea (Tiroiditis de Hashimoto y Enfermedad grave de Basedow).
- **Sub Beta Gonadotrofina (1005 1010)** coriónica cualitativa y cuantitativa respectivamente se autorizarán solamente para el

diagnóstico de Mola o amenorreas no relacionadas con embarazo.

- **Anca C, P(66.37.34):** En enfermedades sistémicas y glomerulonefritis
 - **Cortisol Libre (66.40.08):** Enfermedad de Cushing, Adisson, depresión severa, stress, hipopituitarismo, hiperplasia suprarrenal congénita.
 - **Factor Reumatoideo (66.50.93):** Enfermedad reumática, artritis reumatoidea, Enfermedad mixta del tejido conectivo.
 - **Influenza A antígeno (66.67.25):** Cuando la prevalencia de la enfermedad es elevada.
 - **Péptido C (66.82.81):** Determina cuánta insulina está produciendo el páncreas. Ayuda a diferenciar entre la diabetes tipo 1 y la tipo 2. Es útil además para encontrar la causa de la hipoglucemia (bajos niveles de azúcar en sangre), incluyendo el uso incorrecto de medicamentos para la diabetes.
 - **Ag. Sincicial Respiratorio (66.90.93):** en lactantes con problemas respiratorios y en épocas de propagación del virus
 - **Estreptococo B hemolítico Grupo B (669127):** Para mujeres embarazadas entre las semanas 35 a 38 de gestación. Corresponde a una sola determinación.
 - **Test del Sudor (66.92.23):** La prueba del sudor es el método estándar para diagnosticar la **Fibrosis Quística**. Las personas que padecen esta enfermedad tienen cantidades más altas de sodio y cloruro en su sudor. Algunas personas son evaluadas debido a síntomas como desnutrición, infecciones respiratorias o sinusales repetitivas, heces fétidas o esterilidad (en los hombres). En los Estados Unidos, los programas de tamizaje para recién nacidos realizan pruebas para fibrosis quística y la prueba del sudor se utiliza para confirmar estos resultados
 - **Testosterona Libre (66.93.75):** Pubertad precoz o tardía (en niños), Impotencia, disfunción eréctil, bajo nivel de interés sexual, esterilidad, adelgazamiento de los huesos (en hombres), Acné, piel grasosa, Cambio en la voz, Disminución del tamaño de las mamas, Crecimiento de vello en exceso (vello oscuro y grueso en el área del bigote, la barba, las patillas, el
-

pecho, las nalgas y la parte interna de los muslos), Aumento del tamaño del clítoris, Ausencia o irregularidad en los periodos menstruales, Calvicie de patrón masculino o adelgazamiento del cabello

- **Tiroglobulina Ac. (66.94.60):** En pacientes con Cáncer de Tiroides, seguimiento posterior a la cirugía, tiroiditis, bocio, hipertiroidismo
- **Antic. Anticardiolipinas:(66.33.84/66.33.92/66.34.01).**
Algoritmo Síndrome Antifosfolípídico: IgG y IgM presentes en niveles moderados en dos o más ocasiones separados por seis (6) semanas es indicativo de Síndrome Antifosfolípídico. Deberá completarse el estudio con anticuerpos anticoagulantes lúpico dos determinaciones separadas por seis (6) semanas. Los criterios clínicos que se deberán tener en cuenta para su autorización son los siguientes: 1 o más episodios de trombosis vascular (arterial o venosa) de pequeños vasos que ocurran en cualquier tejido u órgano; y, complicaciones del embarazo (2 o más episodios de muertes fetales después de la semana 10 de gestación, nacimientos prematuros antes de la semana 34 de gestación, abortos espontáneos consecutivos antes de la semana 10 de gestación).
Si así y todo no se puede precisar la causa del mismo, se podrá solicitar el segundo tamizaje: **Factor V Leiden, Proteína C activada, y protrombina 20210**, los que permiten detectar trombosis venosa hereditaria.
Indicaciones: Paciente que presenta el primer episodio de tromboembolismo venoso antes de cumplir los 50 años, individuos con historia personal o familiar de trastornos trombóticos, tromboembolismos relacionados con el uso de anticonceptivos, embarazos, tratamiento hormonal sustitutivo, o cuando se están produciendo abortos de causas desconocidas.
- **Vitamina D3 (66.99.13).** En pacientes con osteoporosis
- **Módulo complementario Bioquímico: 66.99.92.** Para la detección de alteraciones cromosómicas. Tiene validez si se relaciona con un estudio ecográfico (ecografía obstétrica). (semana 10-12 de embarazo) B libre HCG + proteína plasmática A (PAPP-A

- **Módulo complementario Bioquímico 66.99.93** Para la detección de alteraciones cromosómicas. Tiene validez si se relaciona con un estudio ecográfico (ecografía obstétrica). (semana 20 de embarazo) Alfafetoproteína (AFP) + Estriol.
- **Algoritmo para PSA (libre y total). (66.27.34). Detección de Cáncer de Próstata.**

Tacto Rectal	PSA (total)	Conducta
Tacto Rectal Positivo	Cualquier valor	Eco con biopsia transrectal
Tacto Rectal Negativo	Menos de 2mg/ml	Evaluación anual
	Mayor de 10 mg/ml	Eco con biopsia transrectal
	Entre 2.1 mg/ml y 10 mg/ml (zona gris)	PSA libre < 0.15. Eco con biopsia transrectal PSA > 0.15. Evaluación anual

- **Módulo de plasma Seminal:** Incluye Acido Cítrico, fosfatasa acida prostática, fructosa, mart test (inmunocomplejos), Test de Kruger, Test de Tunnwel, Swim up (técnica de preparación de semen para inseminación intrauterina). Se reconoce en hombres que padezcan trastornos de fertilidad o parejas que deseen realizar una inseminación in vitro.

INTERNACIÓN

Se brindará su cobertura según las siguientes características:

- Modalidad: institucional, hospital de día y domiciliarias
- Cobertura: Se otorgará sin límite de tiempo a excepción de lo establecido para salud mental
- No se abonarán coseguros
- Medicamentos: 100% a cargo de la obra social.

ALTA COMPLEJIDAD

4.1. Prácticas Mini-Invasivas: (CMI) (*)

Se incorporan las intervenciones mini-invasivas teniendo en cuenta que permiten fácilmente lograr buenos resultados minimizando riesgos, disminuyendo molestias y complicaciones, a través de procedimientos fáciles y mediante incisiones mas pequeñas que con métodos habituales.

La indicación primordial de estos procedimientos está dirigida a resolver situaciones de intervencionismo abdominal y hepatobiliopancreático, (Drenajes percutáneos)

Se darán coberturas a las prácticas que a continuación se detallan:

CÓDIGO	NOMBRE DE LA PRACTICA
08.07.40 :	Módulo Percutáneo Pequeño: <ul style="list-style-type: none"> - Punción drenaje aspiración percutánea guía ecográfica sin colocación de drenaje * - Punción guía ecográfica con aguja fina para diagnóstico - Acceso venoso central guía ecográfica para vía venosa central o para catéter doble lumen de diálisis. - Biopsia percutánea con TRUCUT automática de cuello (partes blandas)
08.07.60 :	Percutáneo Simple: <ul style="list-style-type: none"> - Tórax-Abdomen y/o pelvis (próstata). Dirigida por imagen - Tratamiento percutáneo de Metástasis hepáticas con necrosis química (esto incluye una sesión únicamente) - Colangiografía transparietohepática - Pielografía percutánea - Extracción percutánea transfistular (Kehr) de litiasis biliar y/o renal y/o vesical. - Esofagoplastía peroral (por sesión)

	<ul style="list-style-type: none"> - Rectoplastía transanal (por sesión) - Masas tumorales, retroperitoneales. Toracocentesis y paracentesis.
08.02.72	Percutáneo Intermedio: <ul style="list-style-type: none"> - Drenajes percutáneos con catéter de colecciones de partes blandas y cavidades - Gastrotomía percutánea, radiológica y/o percutánea. Endoscópica - Colectostomía percutánea - Nefrostomía percutánea - Gastroyeyunostomía percutánea
08.07.61	Percutáneo Complejo: <ul style="list-style-type: none"> - Drenaje Biliar percutáneo transparietohepático - Drenaje Biliar percutáneo transparietohepático con extracción de litiasis intrahepático o biliar - Drenaje biliar percutáneo con implante de prótesis biliar (stent) - Colangioplastía percutánea por sesión - Colocación de stent esofágico-duodenal o colónico transorificial (oro-anal)

(*) Se autorizará en toda lesión quística o sólida pasible de punción por su localización que requiera del estudio anatomopatológico. Deberá tener como requisito una TAC o RNM previa que demuestren la presencia de la lesión que origina el pedido

Estas prácticas incluyen honorarios y gastos, no así los descartables.

A los códigos 08.07.40 y 08.07.60 se le aplica un coseguro del 20% a cargo del afiliado.

Si la indicación médica lo requiere, en prácticas múltiples en la misma intervención (independientemente de la complejidad del módulo), el cobro de honorarios y gastos se regirán por la norma especificada en el Nomenclador Nacional para intervenciones múltiples.

4.2. Tratamientos de Fertilización (*)

Se reconocerán los tratamientos de fertilización en el marco de la Ley Nacional de Fertilidad, (Inseminación intrauterina y Fertilización In Vitro – FIV) a las afiliadas que padezcan infertilidad hasta los 42 años de edad según el siguiente esquema: 4 intentos para I Inseminación Asistida (Baja Complejidad), y hasta tres (3) intentos con intervalos de 3 meses mínimo entre cada intento para la Fertilización In Vitro (FIV) Alta Complejidad. En todos los casos deben tener como mínimo tres (3) intentos de baja complejidad sin éxito salvo criterio del auditor médico. De necesitar un cuarto intento se deberá contar para su reconocimiento el aval o la opinión de por lo menos tres (3) especialistas.

La documentación médica que deberán presentar para la evaluación previa será la siguiente: historia clínica del médico de cabecera que acredite la presencia o ausencia de enfermedades agudas o crónicas previas al tratamiento: examen físico, antecedentes de enfermedades metabólicas, endocrinológicas, neurológicas, traumatismos, antecedentes de hábitos, y medicación actual. Prescripción médica por parte del profesional con detalle del procedimiento elegido de Fertilización asistida, Historia Clínica del especialista que contenga los datos relevantes asociados a la infertilidad (edad, años de infertilidad, antecedentes ginecoobstétricos, antecedentes médicos masculinos: criptorquidia, infecciones genitales, parotiditis, etc. Examen físico de ambos, tratamientos previos (número y tipo de los mismos con fechas y resultados), estudios complementarios que avalen el diagnóstico de infertilidad (dosajes hormonales, espermograma, histerosalpingografía, etc.)

La práctica en si es un módulo que incluye: gastos y honorarios médicos.

Los medicamentos específicos, las prácticas de diagnóstico y de hiperestimulación para dichos tratamientos se cubrirán según el porcentaje normal y habitual que reconoce el servicio, o sea del 60% y 80% respectivamente.

Los afiliados que requieran este tratamiento deberán realizarlo en las instituciones debidamente autorizadas por el Registro Federal de Establecimientos de Salud.

4.3. Detección y Tipificación del Virus Papiloma Humano (HPV) (*)

Se reconocerá la detección y tipificación del virus papiloma humano (HPV) a toda mujer de entre 30 y 65 años que posean un estudio previo de citología cervical (Papanicolau), colposcopia y/o biopsia que a criterio del médico tratante manifieste indicios de probable patología viral.

Los criterios que justifican el estudio por Biología Molecular son:

- Discordancia diagnóstica entre PAP y Colposcopia
- Diagnóstico de ACUS (PAP limítrofe) por citología exfoliativa
- Evaluación de recidiva viral postratamiento.

El algoritmo de monitoreo será el siguiente:

Citología y test de HPV	Actividades comprometidas
PAP negativo y HPV DNA negativo o positivo para tipo viral de bajo riesgo	Seguimiento con recitación a 3 años
PAP negativo y HPV DNA positivo para tipo viral de alto riesgo o indeterminado	Seguimiento con recitación al año.
PAP positivo (L-SIL, H-SIL, o CC) y HPV DNA positivo para tipo viral de alto riesgo	

El reconocimiento de la práctica será por reintegro, y tendrá un Coseguros del 20% a cargo de la afiliada.

La Obra Social en concordancia con el Ministerio de Salud de la Nación adhiere a la norma de aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano.

La cobertura será la siguiente:

- Para las niñas de 11 años (nacidas durante el año 2000) solo se cubrirá la misma (50%) en los casos de falta de disponibilidad de la vacuna en los organismos oficiales, ya que en la actualidad se encuentra en ejecución la Campaña Nacional de Vacunación contra el HPV.

- Para el resto de las mujeres entre 12 y 20 años que no hayan iniciado su vida sexual activa la cobertura será del 60%.
- El esquema de aplicación es el siguiente: primera dosis al inicio, segunda dosis al mes de aplicada la primera dosis, y por último la tercera dosis a los seis meses de aplicada la primera dosis.
- Tipo de vacuna: CERVARIX (vacuna bivalente: virus papiloma humano tipo 16 y 18 L1 20.0 mcg/0.5 ml. Que contiene las cepas responsables o provocadores de generar cáncer uterino.
- La modalidad establecida para hacer uso del beneficio será la siguiente: el afiliado deberá acercarse a la Obra Social (Sede y Bocas de Expendio) con la prescripción de su médico tratante, en cuyo reverso (dorso de la receta), deberá consignar que la afiliada "cumple con los requisitos establecidos". El médico Auditor autorizará la misma luego de la cual el afiliado completará el trámite de provisión en cualquier farmacia que trabaje con nuestra Obra Social.

4.4. Sistema Universitario Médico Asistencial Solidario (SUMAS).(*)

Contempla la posibilidad de reintegro para prestaciones de alta complejidad incluidas dentro del Manual de Prestaciones Médicas. Para ello debe enviarse a la sede de la Comisión Directiva la solicitud de reintegro con el envío del expediente completo que incorpore datos identificatorios de la Obra Social, del afiliado, historia clínica del médico y prácticas de diagnóstico que dieron motivo a la realización del procedimiento generador del reintegro, de la práctica con el protocolo médico correspondiente, certificado de implante en original, de la autorización previa de Auditoría Médica, de la facturación presentada por la Institución, y del comprobante del pago en original.

El trámite comienza con el inicio del expediente con el informe resumido del médico auditor conjuntamente con el aporte de toda la documentación avalatoria del procedimiento a reintegrar.

El Nomenclador de Prácticas incluye:

- **Tranplantes de órganos e injertos (TdeO)** (óseo, cardíaco, cardiopulmonar, hepático, pulmonar, médula, renal, pancreático, renohepático, renopancreático, intestinal y de cornea).
- **Prácticas Neuroquirúrgicas: (NQ)** (aneurismas, malformaciones arteriovenosas, fístulas arteriovenosas, tumores cerebrales, tratamiento de la hipertensión endocraneana, hematomas cerebrales, neurocirugía mediante estereotaxia, tratamiento de la hipertensión endocraneana mediante la localización de válvula de derivación ventriculoperitoneal, tratamiento mediante neurocirugía de los hematomas cerebrales, intraparenquimatosos o extracerebrales, subdurales y extradurales, tratamiento de enfermedad de Parkinson refractaria al tratamiento médico utilizando neuroestimulador, tratamiento del dolor crónico refractario al tratamiento médico con neuroestimulador, tratamiento de lesiones vasculares con terapia endovascular (neuroembolización)).

- **Cardiovasculares (CV)** (cardiopatías congénitas, cirugías de la enfermedad coronaria, resolución de patologías vasculares, angioplastías con colocación de stent, implantes de stent adicionales, angioplastías sin colocación de stent, tratamientos quirúrgicos de malformaciones aneurismáticas torácicas y abdominales, y tratamientos quirúrgicos de patologías vasculares periféricas mediante técnicas de by pass, tratamiento de aneurisma de aorta abdominal o torácica con endoprótesis endovascular, tratamiento de estenosis de válvula aórtica con implante valvular percutáneo, tratamiento de arritmias ventriculares con cardiodesfibrilador implantable uni o bicameral, tratamiento de defectos congénitos o adquiridos con comunicaciones en el sistema cardiovascular mediante dispositivo ocluser para cierre percutáneo).
- **Otorrinolaringológicas (ORL)** (implante coclear).
- **Traumatológicas y ortopédicas (Trauma)** (escoliosis severa incapacitante).
- **Grandes quemados (Quem)**
- **Prácticas Oftalmológicas (OFT):** Implante de anillos intracorneales.

SALUD MENTAL

5.1 Atención ambulatoria:

- Código 33.01.01 (tratamiento Psicológico): Se reconocerán 35 sesiones por año a razón de 6 mensuales para psicoterapia. Las prácticas deberán ser solicitadas por profesionales médicos clínicos, psiquiatras o psicólogo clínico, acompañadas de una historia clínica que especifique la enfermedad de base o la razón por la cual se solicitan las sesiones. En caso de ser necesaria una extensión del tratamiento por motivos médicos que así lo justifique, la ampliación del número de sesiones será de 20 más sin excepción (las 10 primeras podrán ser otorgadas por Auditoría Médica, y las diez restantes con intervención del Honorable Consejo de Administración. El tratamiento será cubierto durante un máximo de 2 años. Las sesiones deben ser autorizadas previamente.
- Código 33.02.02 (*) (Tratamiento Psicopedagógico): Se reconocerán hasta seis (6) sesiones mensuales y hasta 30 anuales. Las prácticas podrán ser indicadas a niños de entre 5 y 12 años. Asimismo deberán ser solicitadas por médicos pediatras, acompañados por Historia Clínica completa que justifique la patología de base. En cuanto a la extensión del tratamiento como así también a la forma de autorización rigen las mismas pautas que para el código 33.01.01.
- 42.33.01: Consulta Psicológica Inicial: Este código se autorizará por única vez al inicio de del tratamiento psicológico.

5.2. Internación

Cobertura: en patologías agudas a razón de 30 días al año. El código es el 43.01.50: Módulo de internación y comprende honorarios, gastos, medicamentos y pensión.

REHABILITACIÓN

Cobertura: Prácticas kinesiológicas, fonoaudiológicas, terapia ocupacional, y módulo de comunidad Terapéutica.

6.1. Fisioterapia y kinesioterapia:

Las prácticas deberán ser solicitadas por profesional médico especialista en ortopedia y traumatología, Neurocirujano, fisiatras o pediatras, y de no contar con ellos por médico clínico. El número de sesiones anuales reconocidas será de 35. En caso de ser necesaria la extensión del tratamiento por motivos médicos justificados la ampliación del número de sesiones será de hasta 10, sin excepciones, para ello deberá presentar historia clínica y será necesaria la intervención del H. Consejo de Administración.

En caso de Accidente Cerebro Vascular la autorización de las prácticas tendrá una duración de hasta 6 meses, prorrogables por la Auditoría de SMAUNaM si así lo considerase oportuno. La misma norma es válida para los afiliados que hayan sufrido un accidente mayor. Por último los discapacitados permanentes que requieran de esta práctica no tendrán tope alguno acorde a la Ley Nacional de Discapacidad.

6.2. Terapia Ocupacional: (*)

Las prácticas deberán ser solicitadas por médico pediatra, fisiatra, o clínico y acompañadas de Historia clínica que especifique la enfermedad de base o la razón por la cual se indica el tratamiento. El número de sesiones anuales reconocidas será de 30, no pudiendo superar las 6 mensuales. En el caso de ser necesario una extensión del tratamiento por motivos médicos que así lo justifiquen la ampliación del número de sesiones será de hasta 10, sin excepciones, para ello se deberá presentar nueva historia clínica y la autorización deberá realizarla el Honorable Consejo de Administración. El código de la práctica será el 25.01.03. El tratamiento estará cubierto durante un período máximo de hasta 2 años.

6.3. Fonoaudiología: (25.01.04)

Las prácticas deberán ser solicitadas por médico especialista en ORL, pediatra u odontólogo, y ser acompañadas de Historia Clínica que especifique la enfermedad de base o la razón por la cual se indica el

tratamiento fonoaudiológico. Las sesiones tendrán que contar con auditoría previa. El número de sesiones anuales no superaran las 30, y no podrán solicitarse más de 5 mensuales. En el caso de ser necesario una extensión del tratamiento por motivos médicos que así lo justifiquen la ampliación del número de sesiones será de hasta 10, sin excepciones, para ello se deberá presentar nueva historia clínica y la autorización deberá realizarla el Honorable Consejo de Administración. El tratamiento estará cubierto durante un período máximo de hasta 2 años.

6.4. Módulo Comunidad Terapéutica para el Drogadependiente (*)

En concordancia con el Programa de Prevención de la Drogadicción y lucha contra el Narcotráfico se brindará cobertura asistencial a los afiliados que requieran atención en forma ambulatoria y en centros de rehabilitación para personas drogadependientes. Los requisitos acordados para esta última prestación serán los siguientes: Historia clínica, plan de tratamiento, e informe de la institución donde concurrirá. Trimestralmente la institución deberá presentar un informe de avance o evolución del tratamiento a auditoría Médica. El tratamiento estará cubierto durante un período de un año. En caso que por algún motivo debiera extenderse el mismo, Auditoría Médica evaluará la situación y elaborará un informe al Honorable Consejo de Administración quien otorgará o no la prorroga. La modalidad operativa será por reintegro.

DISCAPACIDAD

Ver en Anexo **Programa de Discapacidad**.

- Las prestaciones y Servicios que el SMAUNaM brinde a sus afiliados discapacitados deberán estar incluidas dentro de la definición de discapacidad, acorde con el marco legal (Leyes, Decretos, y Resoluciones emanadas por el Gobierno Nacional, a saber: Leyes 22431/81, 24901/97, 25504/01, Decreto 1193/98, y Resoluciones 428/99, 705/00, 1328/06, 1074/08, 675/09.
 - Definición de Discapacidad: Se entiende por Discapacitado a toda aquella persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.
 - Se establecerán como requisitos para acceder a este beneficio **certificado de discapacidad** de alcance nacional (en formulario oficial) y emitido por el organismo competente (Ministerio de Salud Pública Provincial) según lo establecido en la ley 22431. La falta del mismo o su caducidad podrá dar origen a la suspensión de los servicios específicos y la baja del padrón de discapacitados. Además serán requisitos la **Historia Clínica** del médico tratante, **prescripción médica** que especifique tipo de tratamiento y período del mismo, y **plan de trabajo** anual detallando las tareas a desarrollar por cada especialidad con indicación de frecuencia y carga horaria. Finalizado el período y en caso de que el afiliado necesite continuar con las prestaciones o modificar las existentes se deberá presentar nuevamente el esquema propuesto, y **presupuesto**.
 - **Evaluación de la Incorporación:** Previa entrevista a cargo de Auditoría Médica se analizará toda la documentación aportada por el afiliado, se realizará un informe admitiendo o no al afiliado. Se acordará el tipo de prestación integral correspondiente al tipo de discapacidad teniendo en cuenta el marco legal, y los aranceles según lo establecido por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).
 - **Informes de avance:** Auditoría Médica solicitará semestralmente a los prestadores datos para la evaluación que serán incorporados al legajo personal del beneficiado.
-

- Se cubrirán los **medicamentos** suministrados al discapacitado al 100% siempre y cuando estos tengan que ver con la patología de base producto de la discapacidad. Del mismo modo las **internaciones** en Centros asistenciales de mayor complejidad se cubrirán el 100%. La misma cobertura regirá para las **ortesis y elementos de ortopedia**
- En las consultas médicas no se abonarán Coseguros de ningún tipo.
- En virtud de la normativa legal que rige sobre los tratamientos para discapacitados, y teniendo en cuenta, que muchas de estas prestaciones (Psicología, fonoaudiología, psicopedagogía y kinesiología, etc.) son individuales y tienen valor regulado por las Resoluciones periódicas que emite la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), se establecen los códigos que a continuación se detallan destinados exclusivamente a tratamientos para discapacitados y que acrediten su condición, a saber: 25.02.01 (fonoaudiología), 25.01.82 (Kinesiología), 33.01.50 (psicología), y 33.01.55 (psicopedagogía). Deberán presentar Historia Clínica completa al solicitar el beneficio, y serán evaluados semestralmente mediante un informe de avance elaborado por el profesional tratante.

MEDICAMENTOS

La cobertura de medicamentos ambulatorios es del 60% sin vademécum a excepción del Plan E cuya cobertura es del 40%. En Posadas y Garupá tendrán la cobertura del 60% siempre y cuando los mismos sean adquiridos en la farmacia de SMAUNaM, siendo del 50% en las farmacias restantes. Para las patologías crónicas el SMAUNaM proveerá la medicación con el 70% de cobertura dentro del marco de la Resolución 310/04 del Ministerio de Salud. Existen medicamentos que sin estar expresamente contemplados en la mencionada resolución podrán sufrir el mismo trato, siempre y cuando Auditoría Médica lo considere correctamente indicado. En los internados la cobertura será del 100%.

En el caso de enfermedades crónicas se procederá de la siguiente manera: se habilitará un registro de enfermos crónicos; para ser incorporados como tales, los afiliados presentarán los formularios correspondientes debidamente conformados y completados de puño y letra por el médico tratante. La auditoría médica de SMAUNaM evaluará la presentación, y de corresponder procederá a dar el alta en el Registro de enfermos crónicos. Los formularios tanto de alta como de prescripción, podrán ser retirados de las bocas de expendio, farmacia o bajados de la página Web de SMAUNaM.

- **Vacunas:** Se cubrirán al 60% todas las que figuren en el Manual Farmacéutico, excepto aquellas que conformen el Calendario de Vacunación Obligatorio del Ministerio de Salud de la Nación que son provistas por este. En el caso particular de vacunas antigripales en pacientes de riesgo, la cobertura es de 100% (ver punto 1.8.Vacuna Antigripal).

Medios de contraste: Se cubrirán al 100 % previa autorización de Auditoría Médica. (*)

- **Cobertura de Medicamentos al 100%. Listados de medicamentos a cubrir por patologías según anexo IV de la Resolución 1561/12 de la Superintendencia de Servicios de Salud.:**
 - Las indicaciones médicas de estos medicamentos se efectuarán por nombre genérico (fármacos activos), sin aceptar indicación de marcas de nombres comerciales

- **Medicamentos para uso oncológico** según protocolos oncológicos aprobados por la autoridad de aplicación. También la medicación de soporte clínico de la quimioterapia destinada a la prevención y tratamiento de los vómitos, y medicación analgésica para los pacientes que presenten dolor, ondansetrón.
- **Anticonceptivos** (Programa de Salud Sexual y Reproductiva)
- **eritropoyetina** al 100% para el Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica.
- **Mestinón (piridostigmina) 60 grs** para Enfermos de Miastenia Gravis.
- **Interferón** en el tratamiento de la esclerosis múltiple para pacientes entre 18 y 52 años de edad con 2 o más brotes documentados. Deberá presentar resumen de historia clínica, informe de RNM que demuestren lesiones compatibles Esclerosis Múltiple o líquido céfaloraquídeo que muestre bandas oligoclonales.
- **Inmunoglobulina antihepatitis B o C** comprobada por laboratorio y anatomía patológica.

También se reconocerán en estas patologías: **interferón Alfa 2º-2b- 2 pegilado y Ribavirina** (Hepatitis C) con historia clínica y biopsia hepática

- **Copolímero:** como alternativa del interferón en esclerosis múltiple.
 - **Drogas para el tratamiento de la Tuberculosis.**
 - **Gestrinona y danazol** en el tratamiento de la endometriosis en la segunda línea ante la intolerancia a los gestágenos y anovulatorios.
 - **Teicoplanina** en el tratamiento ambulatorio de infecciones documentadas por estafilococos
-

meticilino resistentes. (con cultivo y antibiograma).

- **Dnasa** en la enfermedad fibroquística con RNM que muestre la patología. Además de la mencionada, la obligatoriedad de cobertura en esta patología es la siguiente: enzimas, aportes nutricionales y vitaminas. Cuando un enfermo requiera de antibióticos, solo se reconocerán con cultivo y antibiograma de esputo o cepillado bronquial que demuestre la presencia de pseudomonas aeruginosa. La droga de elección es la tobramicina aerosolizada. Requisitos: historia clínica completa, test del sudor.
- **Riluzole** en el tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica. Se reconocerá en aquellos casos en que la capacidad vital forzada sea mayor al 60%. Deberá presentar: Historia Clínica, estado evolutivo actual, e informe de capacidad vital forzada.
- **Factor VIII y antihemofílicos:** El afiliado deberá presentar certificado médico (hematólogo) que indique que tipo y gravedad de la enfermedad padece, prescripción médica original con diagnóstico del evento hemorrágico tratado, resumen de historia clínica original con evolución del evento hemorrágico y detalle de cómo se administró el factor antihemolítico requerido. El **factor VII** solo se proveerá a pacientes portadores de Hemofilia A o B severa con dopaje elevado de inhibidor circulante por encima de las cinco unidades Bethesda por mm y solo en casos de hemorragia aguda espontánea o tratamientos prequirúrgicos preventivos. Deberá enviarse: copia del resultado del inhibidor, peso del paciente, indicación médica con mención de la dosis por kg. de peso, y tipo de protocolo utilizado.
Para el **tratamiento profiláctico** los requisitos son los siguientes: además de todo lo anterior, prescripción médica original con modalidad profiláctica indicada, dosis individual, vía, y frecuencia, y tipo de factor, ficha de seguimiento diario, resultado del factor en sangre (menos del

- 1% en sangre), informe social de familia continente, certificado de asistencia a cursos de adiestramiento y asesoramiento para la profilaxis, y certificado de vacunación contra Hepatitis A, B y antitetánica.
- **Factor IX:** Hemofilia tipo B
 - **Somatotrofina:** En casos de déficit de la misma (Insuficiencia renal crónica en la infancia, Síndrome de Turner y Prader Willil, e hipopituitarismo con trastornos de crecimiento. La solicitud del tratamiento deberá ir acompañada de: Nivel sérico de la hormona de crecimiento, estudio genético, tabla de crecimiento pondoestatural, velocidad de crecimiento en el último año (sin cobertura si el crecimiento es inferior a 2cm./año), e historia clínica con informe de edad ósea.
 - **Octreotide** en el síndrome carcinoide y tumores hipofisarios productores de somatostatina (acromegalia). Con historia clínica y estudios de laboratorio y por imágenes.
 - **Medicación anti HIV y anti SIDA, inmunosupresores. (antiretrovirales).** Para su cobertura toda la documentación deberá ser remitida por médico especialista en infectología. (resumen de Historia clínica, planilla de adherencia, planilla de denuncia al programa nacional de Sida, resultados de carga viral y CD4, y solicitud de medicamentos)
 - **Dapsona:** para el tratamiento de la Lepra en cualquiera de sus formas.
 - **Factores estimulantes de colonias granulocíticas** (Neupogen, Filgastrin) para pacientes con neutropenias severas postquimioterapia (menos de 1000 neutrófilos mm²). Deberá estar acompañada del resultado del laboratorio, protocolo de médula ósea).
 - **Efalizumab** en el tratamiento de la psoriasis moderada a severa.
-

- **Etanercept:** en el tratamiento de la Artritis reumatoidea, artritis ideopática juvenil, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, psoriasis en placas según el siguiente esquema: luego de comprobada la ineficacia del tratamiento de por lo menos un año con metrotrexato y leflunomida. Deberá presentar historia clínica del médico tratante, radiografías de ambas manos, y perfil bioquímico para artritis reumatoidea: PCR, factor reumatoide, complementemia, eritrosedimentación, inmunoglobulinas, Ac. Antinúcleo, y fosfatasa alcalina. El reconocimiento del 100% se otorgará siempre y cuando el beneficiario/a haya presentado certificado de discapacidad dentro del marco de la Resolución 1613/08 del Servicio Nacional de Rehabilitación acorde a la Ley 22.431.
 - **Fabrazyme:** Para Enfermedad de Fabry. Con copia del dopaje de alfa galactosidasa molecular, historia clínica donde conste el peso del paciente, estudios de diagnóstico que muestren lesión típica en algún aparato (RNM de cerebro, electromiograma, ECG o ECG, biopsia de piel, microalbuminuria, proteinuria de 24 horas, ecografía renal, fondo de ojo.), y tratamiento especificando dosis, vía, y frecuencia.
 - **Abatacept:** En artritis idiopática juvenil y artritis reumatoidea.
 - **Adalimumab:** artritis ideopática juvenil, artritis psoriásica, artritis reumatoidea, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, espondilitis anquilosante, psoriasis en placas.
 - **Alfa 1 antitripsina:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (EPOC)
 - **Ambrisentan:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (EPOC)
 - **Anti inhibidor del Factor VIII:** Hemofilia tipo A y B
-

- **Azacitidina:** Síndrome mielodisplásico.
- **Bendamustina:** Leucemia linfática crónica, linfoma no Hodgkin folicular, mieloma múltiple.
- **Bevacizumab:** Cáncer de ovario epitelial, cáncer de colon, de mama, pulmón, riñón, trompa de Falopio, y Glioblastoma.
- **Bortezomib:** mieloma múltiple
- **Bosentan:** Enfermedad PulmonarObstructiva Crónica (EPOC)
- **Cetuximab:** Cáncer de colon, cáncer de la región de cabeza y cuello.
- **Ciclosporina:** rechazo de órgano o tejido.
- **Cladribine:** Leucemia linfática crónica
- **Complejo protrombínico activo:** Hemofilia tipo A
- **Dasatinib:** Leucemia linfática aguda
- **Encima pancreática:** Enfermedad Fibroquística del páncreas.
- **Erlotinib:** cáncer de páncreas y pulmón.
- **Everolimus:** Rechazo de órgano y tejido, y cánceres de mama, páncreas, y riñón.
- **Fulvestrant:** Cáncer de mama.
- **Imatinib:** Cáncer Gastrointestinal, leucemia linfática aguda, leucemia mieloide crónica, síndrome mielodisplásico
- **Infliximab:** artritis psoriásica, reumatoidea, colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn, espondilitis anquilosante, psoriasis en placas.

- **Inmunoglobulina humana inespecífica endovenosa:** Enfermedad de Guillán Barré, purpura trombocitopénica idiopática, rechazo de órgano o tejido, y Síndrome de Kawasaki
- **Ipilimumab:** melanoma
- **Lanreotida:** Acromegalia, Cáncer hipofisiario de somatotrofina
- **Lapatinib:** Cáncer de mama
- **Lenalidomida:** Mieloma Múltiple y Síndrome mielodisplásico
- **Micofenolato:** Rechazo de órgano o tejido
- **Nilotinib:** Leucemia Mieloide crónica
- **Nimotuzumab:** Glioma, Glioblastoma, cáncer de región de cuello y cabeza.
- **Palivizumab:** en prevención de infección severa por virus sincicial respiratorio.

Norma:

- En prematuros extremos (menos de 1000 grs. Y edad gestacional menor o igual a 28 semanas, con o sin displasia pulmonar durante su primera estación invernal en el hogar)
- Pacientes con displasia broncopulmonar de 24 meses de edad o menores al comienzo de la estación de VSR y que hayan requerido oxígeno u otro tratamiento médico para control de su enfermedad dentro de los 6 meses previos
- Prematuros de muy bajo peso al nacer (- 1500grs., y edad gestacional menor a 32 semanas y que hayan padecido patología neonatal grave especialmente respiratoria, en quienes pueda presumirse una evolución tórpida. Se utilizará durante los meses de alta prevalencia (abril a septiembre)

Deberán presentar para su autorización: historia clínica con antecedentes neonatales y/o antecedentes de utilización de oxígeno o displasia broncopulmonar. Solo se autorizarán durante los meses de prevalencia de la enfermedad

- **Pancreatina:** (lipasa, amilasa, proteasa). En enfermedad fibroquística del páncreas.

- **Pazopanib:** Cáncer de riñón
- **Pegvisomant:** acromegalia
- **Ranimizumas:** maculopatía
- **Riruximab:** artritis reumatoidea, enfermedad de Wegener, leucemia linfática crónica, linfoma no Hodgkin folicular, poliangeitis microscópica
- **Sirolimus:** Rechazo de órgano o tejido
- **Sunitinib:** Cáncer de páncreas, de riñón u gastrointestinal.
- **Tacrolimus:** Rechazo de órgano o tejido
- **Temsirolimus:** Cáncer de riñón
- **Timoglobulina:** Rechazo de órgano o tejido
- **Tobramicina:** Enfermedad Fibroquística del páncreas
- **Tocilizumab:** Artritis idiopática juvenil, y artritis reumatoidea.
- **Trabectedina:** sarcoma de partes blandas.
- **Trastuzumab:** Cáncer de mama y gastrointestinal.
- **Treprostinil:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Para acceder a la provisión de los medicamentos nombrados el beneficiario deberá presentar historia clínica, y estudios complementarios que acrediten la enfermedad, protocolo de tratamiento incluyendo dosis diaria y tiempo estimado del mismo.

La cobertura de medicamentos para enfermos de diabetes también será del 100%, y se brindará en función de la Ley 23.753 y a su Decreto Reglamentario 1.271/98 , y Resolución 1156/14 según el siguiente detalle:

de las tiras reactivas para glucosa en sangre	diabetes
---	----------

(1) Cantidades de referencia: son aquellos establecidos para dar respuesta adecuada la gran mayoría de los pacientes en los diferentes esquemas terapéuticos recomendados. Pueden ser modificadas ante casos particulares debidamente documentados mediante historia clínica y registro semanal de glucemias.

(*) Tratamiento intensificado: consiste en administración de insulina basal (NPH dos a tres veces al día, insulina detemir dos veces al día o insulina glargina, una vez al día), más insulina adicional de acción rápida en relación a las ingestas (insulina regular o análogos rápidos), o bomba de infusión continua subcutánea.

(**) Prescripción médica especializada: Médicos especialistas en Endocrinología y/o Nutrición, y aquellos especialistas en Clínica Médica, Medicina General y Pediatría, que acrediten capacitación en Diabetes (Especialización Universitaria a través de carreras de especialización y/o maestrías, capacitación en sociedades científicas afines) y un mínimo de cinco años de trabajo en un Servicio acreditado donde se traten pacientes con esta patología.

(***) Situaciones especiales: Tratamiento intensificado con riesgo frecuente de hipoglucemias o bomba de insulina o gestantes con diabetes pregestacional o gestacional con insulina o mujer con diabetes que planifica su embarazo.

(****) Bomba de infusión: Ante indicación expresa y fundamentada de profesional especializado, su otorgamiento deberá ser evaluado y aprobado por la auditoría de la institución que corresponda, utilizando como referencia las normas que al respecto ha establecido la Sociedad Argentina de Diabetes y que formarán parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

Respecto del tratamiento con otras drogas que no estén contempladas en el presente cuadro (Ej. Liraglutide -Victosa-), la cobertura será del 70% y con justificación de medicina de evidencia.
--

- **Normas para la dispensación de medicamentos:**

- Cantidad de medicamentos: Se podrán recetar hasta dos (2) especialidades medicinales por receta. Estas tendrán la obligación de presentar el nombre genérico mientras que la marca comercial podrá ser sugerida por el médico tratante.
- Unidades de medicamentos: Se acepta un máximo de tres (3) medicamentos por receta. Ejemplo: dos (2) unidades de un mismo medicamento y otra unidad de un medicamento distinto.
- Tratamiento Prolongado: deberá estar fehacientemente explicitado por el médico prescriptor. Se reconocerán hasta dos (2) unidades de un mismo medicamento de cualquier presentación en un mismo renglón.
- Antibióticos inyectables: Se reconocerán hasta cinco unidades cuando se trate de ampollas unidosis. Para los envases multidosis se reconocerán hasta dos (2) unidades.
- Validez de la receta: La prescripción y expendio de la misma debe encontrarse dentro de la vigencia impresa en el recetario. Además, la receta tendrá quince (15) días de validez a partir de la fecha de prescripción.

- **Exclusiones:**

- Alimentos
- Leche
- Perfumería
- Presentaciones Hospitalarias
- Disfunciones sexuales: Excepción de pacientes que han padecido recientemente una prostatectomía
- Obesidad: se expondrán conforme a la ley de Obesidad
- Venta Libre
- Descartables
- Oncológicos a excepción de la Farmacia de SMAUNaM
- Tabaquismo
- Herboristería
- Recetas Magistrales

Las excepciones a estas exclusiones deberán contar con la debida autorización previa de Auditoría Médica quien deberá dar intervención sobre el recetario (sello, firma y porcentaje de cobertura) a fin de que la farmacia pueda expender lo solicitado.

- **Horario de Atención de la Farmacia SMAUNaM:**

De lunes a viernes de 8.00 a 13.00 y de 16.00 a 21.00 horas. Los sábados solo al mediodía de 8.00 a 13.00

- **Uso Racional de medicamentos en Pediatría (Normas de SAP y Neofax)**

**FARMACOS. FORMAS DE DILUSIONES Y MODO DE
CONSERVACIÓN. TIEMPO DE EFECTIVIDAD
SAP- NEOFAX**

FARMACO	T° AMBIENTE	REFRIGERAC.	DILUCIÓN	INCOMPATIBILIDAD
Amikacina	Usar y desechar		Dx. 5-10% SF.	Ampicilina, Anfotericina B, Fenitoína, Heparina, Imipenem, Penicilina G
Ampicilina	Usar dentro de las 1 ^o horas de efectuada la mezcla		Dx. 5-10% SF.	Amikacina, Amioradona, Fluconazol, gentamicina, reliverán, midazolan, Tobramicina
Aciclovir	Usar dentro de las 12 horas de efectuada la mezcla		Agua destilada	Dopamina
Anfotericina		Proteger de la luz. Dura 7 días	Dx. 5-10% SF.	Amikacina, ciprofluoxacina, CLNa, CLK, dopamina, Fluconazol, gentamina, gluconato de calcio, meropenem, penicilina, ranitidina, sulfato de magnesio, tobramicina.
Cefazolina			Dx. 5-10% SF.	Amioradona, fenobarbital, vancomicina.
Cefotaxima	24 horas	5 días	Dx. 5-10% SF.	Aciclovir, amikacina, clindamicina, CLK, heparina, metronidazol, midazolan, renifentanilo.
Ceftazidima	24 horas	7 días	Dx. 5-10% SF.	Amioradona, fluconazol, midazolam, vancomicina,
Ceftriaxona	3 días	10 días	Dx. 5-10%	Aminofilina, fluconazol, vancomicina.
Fluconazol	2 semanas	No refrigerar	Dx. 5-10%	Ampicilina, Anfotericina B, Cefotaxima, Ceftazidima, ceftriaxona, digoxina, furosemida, gluconato

				de calcio, Imipenem
Gentamicina	Usar y desechar		Dx. 5-10% SF.	Ampicilina, Anfotericina B, Furosemida, Heparina, Imipenem, Indometacina, Penicilina G
Imipenem	10 horas	48 horas	Dx. 5-10% SF.	Amikacina, amioradona, Bicarbonato de Na, Fluconazol, gentamicina, lorazepam, tobramicina.
Meropenem	2 horas	12 horas	Dx. 5-10% SF.	Anfotericina B, metronidazol
Metronidazol	Proteger de la luz	30 días	Dx. 5-10%	Meropenem
Penicilina G		7 días	Dx. 5-10% SF.	Amikacina, aminofilina, anfotericina B, gentamicina, metoclopramida, tobramicina
Rifampicina	4 horas		Dx. 5%	
Vancomicina	24 horas	4 días	Dx. 5-10% SF.	Cefazolina, cefotaxima, ceftazidima, ceftriaxona, dexametasona, fenobarbital, heprina

TRASPLANTES

La cobertura para los trasplantes será de 100%.

Para acceder a la misma se requiere de la documentación que a continuación se detalla, debiéndose iniciar un expediente para las diferentes etapas; esto es: pretrasplante, trasplante, y/o postrasplante.

Para la realización del **Pretrasplante:**

- Historia clínica del médico clínico que certifique condiciones de aptitud psicofísicas para iniciar estudios de pre-trasplante.
- Documentación que avale la Insuficiencia la Insuficiencia Renal Terminal.
- Formulario de elección y aceptación del beneficiario del centro más cercano que le efectuará el trasplante.
- Historia clínica completa por médico nefrólogo del Centro de diálisis, o especialista según trasplante
- Pedido del médico tratante (nefrólogo o especialista en trasplantes) solicitando iniciación de estudios de pretrasplante.
- Presupuesto detallado del pretrasplante
- Informe Social
- Informe del Médico Auditor

Finalizados los estudios pre-trasplante, el centro deberá remitir los resultados de los estudios realizados a la Obra Social.

Para la realización del **trasplante:**

- Aptitud o no (en este caso con informe de las causas) pre Tx firmado por el jefe del servicio
- Inscripción en la lista de espera con el INCUCAI (SINTRA)
- Presupuesto detallado del Tx.
- En caso de que el donante sea un donante vivo: informe de aptitud del receptor y/o donante.

Una vez efectuado el trasplante se deberá remitir a SMAUNaM la siguiente medicación:

- Fotocopia de la Historia Clínica completa.
 - Protocolo quirúrgico (si es con donante vivo enviar los dos protocolos)
-

- Protocolo de anestesia.
- Certificado de implante del INCUCAI.

Controles **post-trasplante**:

Para su autorización, el médico tratante deberá presentar historia clínica con la correspondiente evolución entre períodos, y resultado de los análisis de laboratorio, que será visado por el médico auditor.

Es un módulo mensual para su control y seguimiento.

Se proveerá además las drogas inmunosupresoras al 100%.

Indicaciones y contraindicaciones de los Trasplantes

Trasplante Cardíaco:

Indicaciones	Contraindicaciones
- Pacientes con Clase Funcional III y IV con tratamiento médico completo y no pasibles de otra alternativa terapéutica. - Pacientes con angina inestable, isquemia persistente muy limitante para la actividad diaria. - Lesiones coronarias con gran riesgo vital, con técnicas de revascularización en Unidad Coronaria e imposibles de compensar. - Arritmias ventriculares recurrentes sintomaticas con riesgo de vida, con muerte súbita, con tratamientos antiarrítmicos, miocardiodesfibriladores - Enfermedades cardíacas Congénitas no solucionables con cirugías ni tratamiento médico.	Absolutas - Enfermedades neoplásicas - Insuficiencia Hepatorenal - Amiloidosis sistémica - Severa discapacidad - Diabetes incontrolable con altas dosis de insulina. - Enfermedad pulmonar severa (Hipertensión pulmonar severa). - IAM pulmonar en los últimos 6 meses. - infecciones Relativas - Chagas - Mayores de 65 años - Sarcoidosis. - Enfermedad vascular periférica - Insuficiencia orgánica. No indicado - SIDA, enfermedades psiquiátricas, drogadicción activa

Trasplante Cardiopulmonar:

Indicaciones	Contraindicaciones
--------------	--------------------

<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia respiratoria irreversible - Insuficiencia cardíaca no reversible - Coronariopatía - Hipertensión pulmonar primaria - Cardiopatías congénitas 	<p>Absolutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infección pulmonar o extrapulmonar no controladas - Enfermedad Aguda sobreagregada - Neoplasia no curada - Disfunción de otro órgano vital - Tabaquista activo - Drogadicción - SIDA - Trastornos psiquiátricos <p>Relativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - malnutrición severa - Infección activa no pulmonar.
--	---

Transplante Hepático

Indicaciones	Contraindicaciones
<ul style="list-style-type: none"> - Colestasis crónica no Congénita (Cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria) - Cirrosis no biliar: (Cirrosis alcohólica, criptogenética, post hepática por virus de la hepatitis B y C, hepatitis autoinmune - Insuficiencia Hepática Aguda (hepatitis víricas, toxicoinfecciosas). - Trastornos metabólicos congénitos - trastornos vasculares: Hipertensión portal iopática - Fracaso de injerto previo - Enfermedades congénitas (atresia de vías biliares, síndromes colestásicos familiares, fibrosis hepática congénita, enfermedad de Carola - Tumores hepáticos. - Pacientes con encefalopatía hepática. - Pacientes con Hemorragia por várices esofágicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Trombosis completa del eje esplenomesentérico-portal - Edad avanzada. - Infección extrahepática grave. - enfermedades extrahepáticas graves (cardíacas, renales y neurológicas) - Pacientes alcohólicos y deterioro neuropsiquico importante. - Infecciones por VHB. - Pacientes con hepatocarcinoma. <p>No indicaciones</p> <p>Tumores malignos, SIDA, drogadicción</p>

Trasplante de Médula Ósea

Indicaciones	Contraindicaciones
<ul style="list-style-type: none">- Aplasia Medular idiopática o adquirida no secundaria a invasión neoplásica- Tumores hemáticos (linfomas, leucemias)- Mieloma Múltiple	

OTRAS COBERTURAS

10.1. Cuidados Paliativos (*)

La Obra Social contemplará asistencia total a los pacientes terminales con expectativa de vida estimada no mayor de 6 meses, a través de un equipo multidisciplinario, con el objeto de aliviar el dolor, los síntomas y contener psicológicamente al paciente y su familia. La cobertura será del 100%. (Ver anexo Programa de Cuidados Paliativos).

Sin perjuicio de lo mencionado se podrán atender algunos otros casos muy puntuales, con previa auditoría médica, e informe social, esto es: fracturas importantes que provoquen postración del paciente, enfermedades psiquiátricas, de la tercera edad, otras.

Básicamente el paquete de prestaciones es el siguiente:

Prestaciones	Cobertura
Visita médica domiciliaria	3 veces por semana, con excepción de las urgencias debidamente justificadas
Enfermería domiciliaria	Por reintegro se reconocerá un módulo diario por horas según la gravedad y el requerimiento del enfermo
Kinesiología domiciliaria	Por reintegro se reconocerá un módulo semanal.
Psicoterapia	En caso de ser necesaria, para el enfermo y el grupo familiar, previa evaluación de auditoría Médica.
Nutricionista	Por bonos (emisión de órdenes prácticas) a través del Convenio con el Colegio de Nutricionistas de la provincia de Misiones.
Medicamentos	A través de la Farmacia de SMAUNaM
Cobertura de Prácticas Médicas	A través de los mecanismos habituales de la Obra Social
Coberturas de otros insumos	A través de los mecanismos habituales de la Obra Social (camas, colchones, etc.

10.2. Hemodiálisis y diálisis peritoneal continua

Cobertura del 100%. Para la misma se requiere como requisito indispensable que los pacientes se inscriban en el INCUCAI dentro de los 30 días de iniciado el tratamiento.

La modalidad de **Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria** se autorizará exclusivamente y en procesos puntuales de extrema excepción, a saber: enfermos pediátricos, pacientes que no dispongan de un acceso vascular adecuado, pacientes con Insuficiencia cardíaca, y afiliados que presentes razones sociales justificadas (accesibilidad, trabajo, negación a realizar el procedimiento convencional, etc). Cada caso será evaluado en particular por auditoría médica y por el Área Social.

10.3. Prótesis, Ortesis, e insumos

- Prótesis e implantes de colocación interna: 100%.
- Prótesis externas y ortesis: 50%.

10.3.1. Prótesis

En todos los casos la documentación a presentar será la siguiente: solicitud de la prótesis con los detalles médicos, sin marcas y sin modelos, estudios complementarios por imágenes realizados previos a la intervención que demuestren la patología motivo de la cirugía. Posterior a la intervención: Protocolo quirúrgico firmado y sellado por el médico interviniente, certificado de implante y radiografía post-quirúrgica.

El mecanismo para la adquisición es el siguiente: Una vez solicitada la prótesis, se requerirán por lo menos tres (3) presupuestos a distintos oferentes, adjudicándose la de menor valor siempre y cuando cumplan con las especificaciones médicas solicitadas por el profesional que realizará la cirugía.

Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin aceptar indicación de marcas. Se proveerán exclusivamente prótesis nacionales, excepto cuando no existan en plaza. En caso de que un afiliado solicite una prótesis de determinada marca, este pagará la diferencia (si existiese) entre la adjudicada y la requerida por él.

No se reconocerán las prótesis denominadas biogénicas o bioeléctricas.

Las prótesis de ortopedia y traumatología a cubrir según Nomenclador Nacional son las siguientes y siempre acompañadas de

los estudios por imágenes que avale la patología que genera la solicitud de la prótesis:

- **Totales y parciales de cadera** cementadas y no cementadas.

- **RTC (Reemplazo Total de Cadera):** Se reconocerá 1 cada 3 años en los siguientes casos: aflojamiento séptico, aflojamiento mecánico, fracturas periprotésicas, luxaciones recidivantes, osteólisis localizadas; en base al siguiente esquema:

Cadera:

- **Por patología traumática:**
 - **Pacientes +60 años:** placas DCP y clavos endomedulares ENDERS.
 - **Pacientes -60 años:** Clavo endomedular tipo GAMMA.
- **Por patología no traumática:**
 - **De primera vez:**
 - **30 años:** RTC de superficie
 - **45 años:** RTC no cementada
 - **65 años:** Híbrida
 - **+ de 65 años:** cementada
- **Por revisión:**
 - **Con poco hueso:** RTC no cementada
 - **con buen stock óseo:** RTC híbrida.

- **espaciadores articulares de rodilla y cadera con gentamicina**, totales y parciales

- **de rodilla:** Se reconocerá una cada 3 años

Prótesis de Rodilla

- **por artroscopías:**
 - 25 años: suturas meniscales
 - 30 años: Sistemas transversales
 - +30 años: Tornillos de Kurosawa
 - Mosaicoplastías: en menores de 45 años con RNM que indique lesión amplia y profunda del cartílago.
- **Fracturas:** material de osteosíntesis: placas y tornillos: en menores de 50 años: el material a otorgar será de titanio, en los mayores de 50 años se reconocerán placas y tornillos de acero inoxidable.

- **Osteotomías (tibia y fémur):** Grapas, placas condileas, y placas Puddé. Para el tipo de material según edad del paciente se tendrá en cuenta la misma norma que para las placas y tornillos por fracturas

- **Artroplastías:** -Reemplazo Total (PTR):- -50 Prótesis anatómicas: (permiten flexión 140°)
- +50 PTR INSALL-BURSTEIN (permiten flexión 90°)

- Unicompartimentales: para su reconocimiento deben reunir 4 condiciones: ser menores de 40 años, RNM con integridad de rótula e integridad del otro compartimiento, y como tratamiento luego de una mosaicoplastía sin resultado satisfactorio.

El **Endoboton** se reconocerá en personas jóvenes que hayan padecido rotura del ligamento cruzado anterior de rodilla.

- **Materiales de columna:** Se reconocerá 1 cada 5 años.

- **Patología de columna cervical:** En las discopatías con canal estrecho se reconocerán placas con tornillos de titanio, CAGE, y para vía posterior. Para su solicitud se deberá presentar resultados de RNM, y EMG.

- **Patología de columna lumbar:**

- **Traumáticas:** - **Fracturas Estables:** No operar. Corset hasta su resolución.

- **Fracturas Inestables:** se operan. Con sistema de instrumentación. Con barras y con tornillos. Ganchos, uniones DTT

- **No Traumáticas:** - **Escoliosis:** - **angulación + 20°:** instrumentación de columna

- **Angulación - 20°:** No se instrumenta.

- **Hernia de disco:** - **Simple:** No se instrumenta

- **Degenerativa:** Se instrumenta con espaciador interespinal (hasta 2)

- **Con canal estrecho y listesis.** Sistema de instrumentación

- **Materiales de osteosíntesis.**

- **Las placas bloqueadas de Húmero** se reconocerán exclusivamente en los siguientes casos: fracturas distales, pacientes que padezcan de osteoporosis, y en fracturas conminutas.

Prótesis Cardiovasculares:

- Marcapasos con sus catéteres: 1 cada 5 años
- Catéteres cardíacos s/generador: 1 cada 5 años
- Válvula Cardíaca: 1 cada 5 años
- Anillo para reconstrucción valvular: 1 cada 5 años
- Stent para uso coronario: 2 por acto operatorio
- Stent coronario de liberación de drogas (paclitaxel y rapamicina): 1 por acto operatorio
- Filtro de protección distal para angioplastia carotídea: 1 por acto operatorio.
- Endoprótesis Aórtica torácica: 1 por afiliado
- Endoprótesis Aórtica abdominal recta o bifurcada: 1 por beneficiario
- Endoprótesis Aórtica Abdominal bifurcada-Extensión: 1 por afiliado.
- Endoprótesis oclusora auricular septal: 1 por afiliado
- Endoprótesis oclusora para ductus arterio-venoso: 1 por afiliado
- Endoprótesis oclusora ventricular: 1 por afiliado
- Endoprótesis oclusora foramen oval: 1 por afiliado
- Cardiodesfibrilador: Se reconocerá en pacientes con Síndrome de Brugada y en pacientes que sufren muerte súbita por arritmia ventricular refractaria. Se deberá adjuntar estudio electrofisiológico, y test de amiodarona. En los casos en los que se produzca un cambio de generador por agotamiento, deberán enviar el estudio que corresponda y avale dicho cambio. 1 cada 3 años
- Microcoils para tratamiento endovascular de aneurismas o malformaciones en el aparato cardiovascular: hasta 12 por acto operatorio.

Prótesis Auditivas:

- **Implante Coclear:** se reconocerá 1 cada 5 años, según lo especificado en el anexo 1 de la Resolución 1276/02. APE, apartado B. Candidatos a implantes cocleares, y de la Resolución 1200/12 normativa modificatoria de la SSS. Cualquier elemento del implante coclear que deba repararse,
-

como así también la calibración debe ser reconocida al 100% según las leyes mencionadas en el párrafo precedente.

Norma: Desde los doce meses de edad con hipoacusia perceptiva profunda de más de 90 db bilateral en las frecuencias del habla, desde los 24 meses de edad con hipoacusias perceptivas severas o profundas perdidas entre el 60 y 90 db bilateral en las frecuencias del habla. El uso de audífonos específicos y estimulación auditiva adecuada durante seis meses son requisitos previos necesarios. A cualquier edad hasta los 60 años según condición física adecuada sin contraindicaciones médicas ni psicológicas, con hipoacusias severas o profundas con porcentajes de discriminación de oraciones de hasta 50% con audífonos en el oído a implantar y con audición residual de hasta 60% con audífonos en el oído contralateral, en hipoacusias progresivas con adquisiciones lingüísticas limitadas. Para su reconocimiento se deberá aportar los siguientes estudios: otoemisiones acústicas, potenciales evocados de tronco cerebral, audiometría tonal con y sin audífonos, timpanometría, logaudiometría, tomografía y/o resonancia, estudios psicológicos, estudios psicopedagógicos y neurolingüísticos. El seguimiento y control incluye las calibraciones y las evoluciones lingüísticas.

Prótesis Urogenitales:

- Esfínter urinario artificial externo: 1 cada 5 años
- Sling para incontinencia urinaria: 1 cada 5 años.
- Stent Ureteral: 2 por cada acto operatorio.

Suturas Mecánicas:

En cirugías de intestino por múltiples patologías, excepción de las localizadas a partir de los 10 cm. del recto, o sea zona perirectal.

Prótesis Neuroquirúrgicas:

- Válvulas para derivación: 1 cada 3 años
- Microcolils para tratamiento endovascular de aneurismas, malformaciones o tumores craneales: hasta 12 por acto operatorio.

- Microesferas o partículas de embolización: por acto operatorio.
- Stent para usoneurovascular: 1 por acto operatorio.

Mallas de Polipropileno: Para cirugías de hernias. Se reconoce un monto fijo, ajustable anualmente en base al aumento del costo de vida. La modalidad se realizará por reintegro. Los requisitos necesarios para el cobro del mismo son:

- Solicitud del médico cirujano
- Autorización previa de Auditoría Médica
- Factura debidamente conformada a nombre del afiliado.

Cuando el afiliado solicite la cobertura de una marca en particular, la diferencia del valor (si existiese) estará a cargo del mencionado

Se reconocerán las prótesis mamarias (expansores y prótesis propiamente dichas) (*), en afiliadas que han padecido mastectomía a consecuencia de cáncer de mama. Los requisitos y las normas de cobertura son los mismos que para las prótesis en general.

10.3.2. Ortesis

ORTESIS RECONOCIDAS	
Plantillas ortopédicas	Arnes (en ocho, Pawlick)
Calzados ortopédicos	Collar de Filadelfia (en comodato)
Corset (Taylor, Jewett, Knight, Knight-Taylor, Ballenado, cruciforme, Boston, Milkaukke, Bivalvado)	Cabestrillo (en comodato)
Valvas o férulas	Barra de Dennis Browne

En el caso de reintegro de zapatos y/o plantillas ortopédicas el afiliado deberá presentar como mínimo 3 (tres) presupuestos, la prescripción médica con diagnóstico, y el original de la factura de compra, si la misma se realizara en comercios de la ciudad de Posadas. Si la compra se efectuara en el interior de la provincia se

requerirá un solo presupuesto. La cobertura de zapatos y plantillas es de 2 (dos) veces al año.

La Obra Social proveerá el menor precio de la cotización en plaza de por lo menos 3 (tres) presupuestos. En caso de que la ortesis se requiera de urgencia y corresponda al interior de la provincia, la compra se realizará en el lugar de origen y solo se requerirá un presupuesto.

10.3.3 Insumos

Insumos	Cantidad mensual	Cobertura
Bolsas de colostomía	60	100%
Pañales descartables		
- discapacitados	150	100%
- no discapacitados y adultos	90	70%

La provisión de pañales será a través de la Farmacia de SMAUNaM mediante el sistema de Provisión de medicamentos. Para las regionales del interior se establecen proveedoras de los mismos.

Existen en la Obra Social un banco de insumos y ortesis (camas ortopédicas, sillas de rueda, férulas, muletas, cabestrillos, entre otros), que se encuentran a disposición de sus afiliados para ser entregados en comodato en forma gratuita. En caso de que al momento de necesitarse alguno de ellos y no se posea en stock, SMAUNaM alquilará el insumo para proveérselo al afiliado.

10.4. Otoamplifonos

La cobertura será del 100% para los niños de hasta 15 años y en las hipoacusias bilaterales severas de cualquier edad, y en algunos casos severos de pérdida de la audición con autorización previa de Auditoría Médica. En todos los demás casos la cobertura será la de un monto fijo por cada audífono, ajustable en base al aumento del costo de vida. La modalidad se realizará por reintegro. Los requisitos necesarios para el cobro del mismo son:

- Presentación de audiometría
- Autorización previa de Auditoría Médica
- Indicación Médica
- Factura de compra a nombre del afiliado

10.5. Óptica

Se garantizará la provisión de un lente por año, o dos (2) lentes (uno para lejos y otro para cerca) cada 2 años, a excepción de los bifocales y multifocales cuya cobertura será de un par cada 2 años.

Los cristales antireflex únicamente se autorizarán siempre y cuando sean recetados por el médico, deberán contener las especificaciones técnicas correspondientes.

Los lentes de contacto se reconocerán a todos los pacientes afiliados a la Obra Social que presenten algún vicio de refracción a partir de las 3 dioptrías. En caso de que algún afiliado (por indicación médica) desee optar por lentes de contacto descartables, estos podrán ser autorizados teniendo en cuenta que se reconocerán tantos como el monto correspondiente a un par de lentes de contacto convencional cada dos (2) años.

Los afiliados titulares tendrán un reconocimiento diferencial para la adquisición de armazones (código: 30.02.12), los que serán reconocidos al doble del valor de uno convencional (30.02.01)

La cobertura corresponderá según el siguiente esquema:

Código	Concepto	Características y Observaciones
30.02.02	Cristales Orgánicos	Hasta graduaciones de 6 dioptrías tanto en esféricos, cilíndricos o esférico-

		cilíndricos
30.02.03	Cristales orgánicos de laboratorio esféricos	Graduaciones por encima de 6 dioptrías en esféricos, cilíndricos o esférico-cilíndricos
30.02.04 (*)	Cristales orgánicos de laboratorio cilíndricos	Graduaciones por encima de 2.25 a 4 dioptrías en cilíndricos o esféricos cilíndricos.
30.02.05 (*)	Cristales Light extradelgados	En vicios de refracción importantes, (altas graduaciones) y con indicación del oftalmólogo tratante.
30.02.05 (*)	Cristales Antireflex	Con indicación del oftalmólogo tratante y certificado laboral.
30.03.01	Cristales bifocales esféricos	
30.03.02	Cristales bifocales cilíndricos	
30.03.03 (*)	Cristales multifocales	Un par cada dos (2) años
30.02.01	Armazones	
30.02.11 (*)	Lentes de Contacto	Con vicios de refracción a partir de las tres (3) dioptrías
	Lentes de Contacto Tóricas	Para pacientes con astigmatismo, por encima de tres (3) dioptrías
30.02.12 (*)	Armazones para titulares	Se reconoce arancel diferenciado para los armazones de los afiliados titulares. (valor doble al armazón convencional)

10.6. Traslados y Derivaciones*

Incluye traslados dentro y fuera de la provincia, con una cobertura del 100% a cargo de la Obra Social.

Los tipos de traslados a realizar se dividen en:

- **Simples:** Servicio Programado para traslado de afiliados desde Centros Asistenciales a domicilio o viceversa. Se realizan en Unidades móviles con dotación de chofer y enfermero. Se prestará a solicitud del afiliado con el correspondiente pedido del Servicio Médico Tratante, dentro del área de Operaciones y conforme a la programación prevista. Es un servicio sin cargo.
- **De alto Riesgo:** Derivado de una urgencia (situación aguda) o emergencia (situación con riesgo de muerte) y que culmine en una internación en un centro asistencial. Es sin cargo dentro del área de Operaciones. Se realizará en Unidades móviles de Terapia Intensiva con dotación de médico, enfermero y chofer.

Para mayor información referirse a punto 10.12. Convenio con Medisur)

10.6.1. Afiliado en tránsito y Afiliado derivado (*)

Afiliado en Transito: Es aquel que, por situaciones ajenas a la salud deben viajar a otras provincias. En estos casos la Obra Social brinda una cobertura en salud para las urgencias, emergencias o imponderables a través de la Red Cosun y/o el hospital Italiano de corresponder. En este sentido queda claro que la atención a recibir es siempre por situaciones de urgencia y nunca programadas (accidentes caseros, descompensaciones, etc.). Esta categoría no implica la intervención previa de Auditoría Médica. Para su otorgamiento el afiliado deberá presentarse en el sector administrativo (Prestaciones) o por internet previo al viaje, y efectuar el trámite correspondiente. Las prácticas médicas y/u odontológicas realizadas que deriven de la situación emergente tendrán un coseguro del 20% sobre los valores SMAUNaM. Los prestadores serán los de la Red Cosun, salvo excepciones debidamente evaluadas por Auditoría Médica. La vigencia del servicio será de un (1) mes.

Afiliado Derivado: Es aquel que, previa Auditoría Médica, es derivado a otro centro de mayor complejidad para completar estudios que permitan arribar a un diagnóstico, resolver una situación de salud, o buscar una segunda opinión. En tal sentido se establecieron dos (2) categorías de pacientes derivados fuera de la provincia: Derivados obligatorios y derivados voluntarios. Se define como **Derivado Obligatorio:** a aquel

afiliado que no puede solucionar su problema de salud dentro de las alternativas que brinda la provincia, y que por ello resulta necesario derivarlo a centros de mayor complejidad fuera de la misma. Se define como **Derivado Voluntario**: a aquel que acude a centros de salud fuera de la provincia dentro del marco de una segunda opinión. En ambos casos la derivación se realiza con consentimiento previo de Auditoría Médica. Los requisitos indispensables para acceder al beneficio son: Historia Clínica, derivación del médico local y/o citación a un nuevo turno del médico tratante, y turno otorgado para la atención objeto de la derivación. Auditoría médica evaluará los elementos aportados y otorgará la derivación determinando su carácter de Obligatorio o Voluntario. En los pacientes derivados con carácter de Obligatorio, se les otorgará un adelanto de subsidio diario por estadía y un subsidio por pasajes que se fijan periódicamente, a cuenta de rendición. En casos clínica y fehacientemente justificados y autorizados por Auditoría Médica se reconocerán los pasajes vía aérea. De ninguna manera la derivación podrá responder a la modalidad de "autoderivación", por lo que el afiliado siempre deberá denunciar previamente la misma, como así también notificar previamente las prácticas solicitadas. De no cumplirse con este requisito no se reconocerá la derivación y las prácticas deberán ser abonadas por el afiliado en su totalidad (100%).

Se reconocerán gastos de traslado para acompañantes con declaración expresa del titular, debiendo notificar los datos personales del acompañante. En el caso de tratarse de un menor de hasta 16 años que deba concurrir a un centro de mayor complejidad para realizar una práctica quirúrgica se autorizará el acompañamiento de los dos padres, esto es: 3 (tres) pasajes. De los 16 a los 21 años con acompañamiento de uno de los padres y/o representante legal. Para la rendición, el afiliado deberá presentar constancia de las prácticas realizadas o constancia de asistencia (ambulatorio), o epicrísis de la Historia Clínica (internación) y los pasajes. De existir una diferencia entre lo anticipado y lo rendido se deberá reintegrar o no la misma.

Se podrá financiar sin costo adicional el coseguro a cargo del afiliado en cuatro (4) cuotas, a partir de un determinado piso (ajustable con el costo de vida).

Derivados Obligatorios	Derivados Voluntarios
- Necesitan resolver su	- Para una segunda opinión

<p>problema de salud fuera de la provincia (no existe oferta)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con pasaje y estadía - Coseguros: en ambulatorio: 20% de las prácticas según valores SMAUNaM si figuran dentro del menú prestacional de la Obra Social, y 20% de lo facturado si las prácticas están fuera del menú prestacional. En internación son del 100% según criterio de Auditoría Médica 	<ul style="list-style-type: none"> - Sin pasaje ni estadía - Coseguros: 50% de la práctica facturada
<p>En el caso que el afiliado concurra al Servicio de emergencia del Hospital Italiano el cobro de coseguro dependerá de la condición del afiliado.</p>	

10.6.2. Residencia Temporal fuera de la Provincia: (*)

Es aquella cobertura que se otorga al afiliado que por razones laborales o de estudio reside en forma temporal fuera de la provincia (más de 30 días), sin que ello implique fijación permanente del domicilio. En estos casos la Obra Social brinda la cobertura de salud equivalente al "Plan A" a través de la Red COSUN, adecuándose a las prestaciones de la Obra Social receptora. En el caso que las prestaciones solicitadas excedan la canasta básica de la Red Cosun, auditoría médica podrá autorizar la o las prácticas requeridas aún con efectores fuera de la Red. Se cobrará un coseguro del 20% sobre los valores vigentes de SMAUNaM. Al igual que los afiliados derivados estos podrán corresponder a obligatorios o voluntarios debiendo cumplir con las mismas obligaciones expresadas en el párrafo anterior.

Las prestaciones que excedan la canasta básica, (alta complejidad, internaciones, lentes y prótesis) requieren autorización previa del SMAUNaM. En caso de que la obra social receptora no contemple alguna prestación que corresponda brindar a los beneficiarios del Plan A, el mecanismo de cobertura será el siguiente: el afiliado deberá presentar para el reintegro (a valores SMAUNaM) todas las prescripciones

médicas (perfectamente identificadas con nombre, apellido Y DNI del beneficiario), recibo o factura oficial de los pagos efectuados a los prestadores, y en caso de compra de medicamentos acompañado los troqueles correspondientes. Los valores a reintegrar serán los estipulados por SMAUNaM.

Para acceder a este beneficio el afiliado deberá fundamentar por escrito su solicitud para residir fuera de la provincia, en el caso de los estudiantes bastará con presentar constancia de alumno regular al 30 de abril, siendo factible su renovación mientras se mantenga la causa originaria del beneficio.

10.6.3. Residencia Permanente fuera de la Provincia:

Es aquella cobertura que se le brinda al afiliado que por razones laborales reside en forma permanente fuera de la provincia.

La cobertura brindada a este grupo de afiliados es la misma que le corresponde a los afiliados activos de nuestra Obra Social. Cada práctica reconocida tendrá un coseguro aplicable de 20% sobre los valores de SMAUNaM. Las residencias permanentes se renuevan anualmente al 31 de diciembre de cada año.

La modalidad para la efectivización del beneficio será la misma que para los afiliados temporarios.

En los casos en que el SMAUNaM sea receptor de afiliados de otras provincias regirán los mismos mecanismos que los antes citados y en base a la canasta básica de reciprocidad.

10.6.4. Canasta básica de Prestaciones entre Provincias (Reciprocidad)

- Consultas médicas (hasta 4) por mes por afiliado.
- Laboratorio: Determinaciones incluidas en el Nomenclador Nacional, salvo RIE.
- Radiología: Las incluidas dentro del Nomenclador Nacional, excepto tomografías, resonancias y otras de alta complejidad
- Prácticas médicas ambulatorias incluidas en el Nomenclador Nacional
- Kinesiología: las correspondientes a los códigos 25.01.01 y 25.01.02. Hasta 10 sesiones por mes y no más de 30 anuales

- Psicología: hasta tres (3) sesiones para elaboración del diagnóstico
- Fonoaudiología: los incluidos dentro del Nomenclador Nacional. En caso de tratarse de sesiones de reeducación fonoaudiológica las mismas no podrán exceder las 10 mensuales
- Enfermería básica ambulatoria: incluidas en el Nomenclador Nacional.
- Oftalmología y urgencias oftalmológicas
- Odontología: Prácticas incluidas en el Nomenclador Nacional, salvo el código 10.10, y los capítulos 04 y 06.
- Medicamentos: los reconocidos en las OSU que brinda el servicio, salvo los de alto costo (oncológicos, HIV, etc), y en aquellos casos que la compra sea de un valor considerado (estipulado periódicamente según el costo de vida).

Es un acuerdo entre las OSUS (Obras Sociales Universitarias) brindar la prestación de servicios de salud para sus respectivos afiliados, fuera del ámbito de cobertura natural de los mismos.

10.6.5. Estadía dentro de la Provincia: (*) En los casos en que la patología no tenga resolución en su lugar de origen, al igual que para las derivaciones fuera de la provincia, se reconocerán los pasajes ida y vuelta a valor de los pasajes interurbanos de mercado con o sin acompañante según se trate de pacientes menores o imposibilitados de viajar solos. Se otorgará además un subsidio fijado por el Consejo de Administración por estadía y por día de hasta cinco (5) días para los casos ambulatorios y de hasta diez (10) para aquellos que requieran internación, teniendo en cuenta que cualquier imponderable será reevaluado por SMAUNaM y con evaluación de auditoría médica

10.6.6. Hospital Italiano: (*) Convenio firmado con la institución con la intención de brindar y mejorar los servicios asistenciales de salud de alta complejidad de nuestros afiliados en los casos en que la situación de salud no pueda resolverse en el lugar de origen. En este sentido el Hospital Italiano brindará las prácticas diagnósticas y terapéuticas ambulatorias y de

internación que sean autorizadas por SMAUNaM. Todo procedimiento realizado en la institución deberá ser autorizado previamente a través de los mecanismos habituales de auditoría médica de la obra social.

Los servicios brindados por el Hospital son los siguientes: prestaciones moduladas y no nombradas cardiovasculares, respiratorias, urológicas, neurológicas, ginecológicas, musculoesqueléticas, otorrinolaringológicas, oftalmológicas, oncológicas, hematológicas de alta complejidad, salud mental y terapia. Se deja por sentado que en ningún caso la Obra Social reconocerá el costo de "Arancel Diferenciado" que muchos profesionales de la institución cobran a sus pacientes, debiendo por lo tanto el afiliado asumir dicho valor.

Convenios Vigentes con Centros de Alta Complejidad a través de la Red OSU

Obras Sociales Universitarias	Datos	Convenios
ASPURC Río Cuarto	Ruta Nac. 36 Km 601. Río cuarto. (0358) 4676392/93/94	Hospital Italiano (Buenos Aires)
ASUNT Tucumán	San Martín 864. Tucumán. (0381)4310723/0090/1048	Hospital Italiano Austral Fundación Favaloro
DAMSU Cuyo Mendoza	Centro Universitario. Mendoza. (0261)4494071/72/75	Hospital Italiano Austral Fundación Favaloro FLENI
DAMSU San Juan	Rivadavia 431. San Juan. (0264)4224318/5194	Hospital Italiano Austral Fundación Favaloro
DASMI Luján	Constitución 2388. Luján. (02323)420579	Austral CEMIC
DASPU Córdoba	A.Valparaiso. Cordoba.	Hospital

	(0351)4334095/96/97/98/99	Privado Córdoba Instituto Modelo de Cardiología OULTON
DASU. Univ. Nac. De la Patagonia.	Mitre 937. Comodoro Rivadavia. (0297)4464444	Hospital Italiano Hospital Británico Austral Instituto de la Visión
DASUTEN (universidad tecnológica Nacional	Sarmiento 440. Capital Federal. (011)43941788/2690	
DOSUBA Univ. Nac de Buenos Aires	Uriburu 860. CABA. (011)49610039/5929. 46910034/8889	
DOSPU San Luis)	Belgrano 1131. San Luis. (02652)422230/422648	
DSS (Univ. Nac. La Plata)	Calle 53 N°: 419. La Plata (0221)4213780/4247881	
ISSUNNE Corrientes (Noreste)	Mayo 868. Corrientes. (03783)425407/402	Hospital Italiano Fundación Favaloro Fundación Cardiológica de Corrientes (FUNCACOR)
OSUNL (Universidad Nacional del Litoral)	9 de Julio 2853. Santa Fe (0342)4571184/185/189/190/191	
OSUNER Entre Ríos	Galarza 658. Entre Ríos. (03442)426992/431875	Hospital Italiano Fundación Favaloro
OSUNSA Salta	Buenos Aires 367. Salta. (0387)4212240	Hospital Italiano
OSUNLaR	Vieytes y P. Camaño. La Rioja. (03822)464101	
OSUNLAM Univ.	Florencio Varela 1903. San Justo.	

Nac. Matanza)	(011)46510087	
OSUNR (Rosario)	Alvear 724. Rosario (0341)4259329/9296/8012/7376	
SMAUNSE Santiago del Estero	Buenos Aires440/46. Santiago del Estero. (0385)4211527/4218767	Fundación Favaloro CEMIC
SOSUNC Comahue	C.Rodriguez 235. Neuquen. (0299)44425581	Hospital Italiano
SOSUNS. Universidad Nac. Del Sur	Av. Colón 80. 1º piso. Bahía Blanca (0291)4226059/4561294	Hospital Italiano Fundación Favaloro
SUMA.	Santa Fé 2639. Mar del Plata (0223)4937371	
OSPUNCPBA. Univ. Nac. Del Centro	H. Yrigoyen 662. P.B. Tandil. (02293)421608	Hospital Italiano

10.6.7. Cobertura en Centros de Mayor Complejidad en

CA de mama: Solo para consulta de segunda opinión y en Radioterapia (Acelerador Lineal, Tridimensional y Braquiterapia). No corresponde reconocer estadía ni pasajes en casos de cirugía y/o quimioterapia. Los afiliados que por razones personales y/o de propia decisión (derivación voluntaria) requiera su atención en otro centro médico fuera de la provincia para realizar las prácticas mencionadas podrá hacerlo, no correspondiendo el pago de pasajes ni estadías, y reconociéndosele únicamente los montos prestacionales de las prácticas que se le realicen a los valores que SMAUNaM tienen pactados con los prestadores de nuestra provincia. Para ser considerado el pedido de la derivación se debe presentar biopsia con la confirmación anatomopatológica. No se reconocerán las autoderivaciones.

10.7. Accidentes

El SMAUNaM, como toda obra social, no es responsable legalmente ni tiene obligación de dar cobertura en accidentes ocurridos a sus afiliados, por disposición expresa de los artículos 1737, 1745, 1746, 1749 concordantes y aplicable del Código Civil y Comercial. A pesar de ello y como una forma de dar contención a

nuestros afiliados, SMAUNaM gerenciará la cobertura en base a lo siguiente:

- En caso que Auditoría Médica o el Sector de Prestaciones Médicas detecte prácticas que podrían corresponder o estar relacionadas a un accidente laboral, de tránsito, de deportes de alto riesgo, y/o de cualquier naturaleza, dicha circunstancia se deberá incluir en el sistema en el lugar en donde se cargan datos de "Accidentes", además de completar el Acta de Notificación y Compromiso (ver anexo).
- La solicitud se deberá evaluar para determinar la pertinencia o no de la misma de parte de Auditoría Médica en primer lugar y de los demás sectores comprometidos si correspondiese.
- En el caso que se considere que existe una necesidad inmediata de brindar atención médico-asistencial, como consecuencia del estado de salud del beneficiario, se procederá a autorizar por parte de Auditoría Médica las prácticas y/o tratamientos solicitados, con la condición de que la autorización quedará sujeta a reintegro o devolución del afiliado (o del tercero que acuda en su nombre y representación en calidad de deudor solidario), en función de que el SMAUNaM no cubre accidentes.
- No obstante, se establece que la Obra Social y como un beneficio acordado a sus afiliados, procederá a asumir el costo que demande el accidente según el monto máximo que establezca el Consejo de Administración de SMAUNaM, por lo que todas aquellas prácticas y/o tratamientos y/o medicamentos que superen dicho monto deberán ser reintegrados íntegramente por los afiliados y/o terceros obligados.

10.8. Prestamos asistenciales para la salud

Se prestará asistencia económica a los afiliados titulares activos para afrontar erogaciones motivadas para la atención de la salud de su persona o del grupo familiar (prestaciones no cubiertas por la Obra Social, Coseguros, gastos que se deriven de una derivación, compra

de prótesis, ortesis, materiales descartables, o todo concepto de "no nombrado".

Los préstamos serán personales, con un costo administrativo del 2% a descontarse de la primera cuota de devolución, sin intereses y reintegrables de hasta doce (12) cuotas. En casos excepcionales y debidamente justificados se podrán autorizar mayores plazos.

10.9. Subsidios

- **Por Nacimiento:** Se deberá presentar partida de nacimiento y/o sentencia de adopción. Este beneficio regirá solo para los afiliados de los planes A, L y J.
- **Por Fallecimiento:**, del titular y/o grupo familiar directo (hijos y cónyuge). Se deberá presentar acta de defunción. Se pagará el mencionado subsidio al beneficiario que en vida fuera designado por el titular. En fallecimientos producidos fuera del ámbito de la provincia se reconocerá el traslado del afiliado fallecido siempre y cuando la derivación a un centro de mayor complejidad haya sido autorizada previamente por SMAUNaM. Este beneficio regirá solo para los afiliados de los planes A, L y J.
- **Por discapacidad: (*)** Para asistencia económica provisoria previa evaluación de la situación y con control periódico de la misma para aquellas situaciones en las que por cuestiones de recursos económicos se hace imposible la atención del discapacitado por parte de la familia, y que le obligan a buscar otras alternativas asistenciales.
- **Fumigación: (*)** La Obra Social subsidiará el 50% del valor del servicio de fumigación y desratización en los domicilios particulares de los afiliados titulares y hasta un tope ajustable periódicamente. (equivalente al valor de la práctica 66.95.71 (Ac. IgG Toxoplasmosis x 3). Este subsidio se otorgará una vez por año, por grupo familiar, reintegrando el importe contra presentación del recibo oficial del servicio antes mencionado.

- **Cobertura para Celíacos:** en concepto de harinas y premezclas libres de gluten para los afiliados que acrediten Enfermedad Celíaca, conforme a la Resolución Nº: 504/14 del Ministerio de Salud de la Nación. Ley 26588. Para ingresar al beneficio los afiliados deberán acreditar la enfermedad con la presentación de la siguiente documentación: biopsia intestinal y anticuerpos antiendomiso y antigliadina. El pago será mensual a favor del afiliado titular.

10.10. Afiliados Jubilados

La Obra Social otorgará prestaciones a los "afiliados Jubilados" a todo aquel afiliado que desee incorporarse en este carácter, siempre y cuando reúna los siguientes requisitos: ex agentes titulares que acrediten 10 años como mínimo de aporte en carácter de afiliado titular al Servicio Médico Asistencial de la UNAM. Podrán afiliarse como grupo familiar del afiliado jubilado efectuando el aporte correspondiente el cónyuge o concubina/o, hijos hasta los 21 años siempre y cuando estén a cargo del Titular Jubilado y no se encuentren emancipados ni civil ni comercialmente, hijos hasta 25 años siempre y cuando cursen estudios a nivel terciario y/o universitarios.

Los requisitos que deberán cumplimentar para la afiliación serán los siguientes:

- Constancia de iniciación de trámite o concesión del beneficio previsional ante el Anses y/o Instituto de Previsión Social de la provincia de Misiones.
 - Certificación de la baja de Servicios extendida por la UNaM
 - Copia certificada de la constancia (carnet) de la afiliación al PAMI y/o IPS
 - Cónyuge: Acta de matrimonio
 - Concubino/a: Constancia de inscripción ante el Registro pertinente de la Unión Convivencial
 - Hijos: partida de nacimiento, constancia de alumno regular universitaria y/o terciario de institución reconocida oficialmente por el Ministerio de Educación, certificado de discapacidad si
-

correspondiese, y toda otra documentación que a criterio del Servicio se pudiera requerir para determinar su condición de posible beneficiario.

Las prestaciones médicas asistenciales que tendrán los Afiliados Jubilados son las mismas que se brindan a los Afiliados Activos (Plan A). El pago de coseguros que generen dichas prácticas deberán ser abonados en el momento de la autorización. Para aquellos que usen la modalidad de autoexpendio o para prácticas fuera de la provincia, con la cuota mensual correspondiente al aporte establecido, se cobrarán los coseguros correspondientes, teniendo en cuenta que de poseer deudas prestacionales el monto abonado se imputará primero a la deuda prestacional existente, y luego, para el caso que existiera saldo a su favor se imputará al pago de la cuota mensual, la que deberá estar al día para gozar de los beneficios que brinda el servicio.

Del mismo modo que los afiliados activos, los jubilados residentes fuera de la provincia recibirán las prestaciones asistenciales a través de la Red Cosun y bajo las mismas condiciones (coseguros, derivaciones a centros de mayor complejidad, etc.).

10.11. Reintegros

Se otorgará el beneficio de reintegro a todo gasto que proceda de algún servicio de salud autorizado previamente por Auditoría Médica, (medicamentos, prácticas no nomencladas, terapias especiales, etc.), siempre y cuando no supere los tres (3) meses de producido el servicio.

Los requisitos que el afiliado deberá cumplir son los siguientes: solicitud de reintegro debidamente conformada, prescripciones de las prácticas solicitadas (previamente autorizadas por el médico auditor), o medicamentos, historia clínica o protocolo quirúrgico, recibo y/o factura oficial donde esté claramente identificado el concepto del arancel. En particular para los medicamentos, se exigirán los troqueles de los fármacos facturados. En cuanto a las ortesis se exigirá la presentación de tres (3) presupuestos, reconociéndose el 50% del presupuesto menor.

10.12. Plan Especial Oncológico (PEO01)

Todo paciente oncológico determinado por historia Clínica del médico tratante, Estudio de Anatomía Patológica y acreditado por Auditoría médica ingresará al Plan Especial Oncológico. El mismo posibilitará una cobertura del 100% a cargo de la Obra Social de todas las prácticas y medicamentos asociados exclusivamente a la patología de base.

10.13. Nomenclador reducido por SMAUNaM a los estudiantes con Beca de Salud(*)

Todo estudiante de la Universidad Nacional de Misiones que no disponga de cobertura de salud (Obra Social), será beneficiario de una beca de salud, que le permitirá acceder a determinadas prestaciones. Este beneficio se otorgará solo en concepto de becario, esto es "como ayuda parcial para acceder a los gastos de salud" y según el menú prestacional descrito en el anexo del presente manual.

Si por algún motivo el estudiante necesitara alguna prestación extra al paquete prestacional previsto, la misma deberá ser previamente autorizada por los decanos de cada Unidad Académica. De igual manera, la solicitud será evaluada por Auditoría Médica dándose cobertura o no de corresponder lo solicitado. Bajo ningún punto de vista la prestación solicitada podrá exceder el menú prestacional de los afiliados de la Obra Social.

Para el uso del beneficio, es condición indispensable que el alumno candidato a obtener la beca no podrá poseer otra cobertura médica.

10.14. Convenio Servicios Domiciliarios (*)

10.14.01: MEDISUR (Posadas) (*)

El presente convenio consta de los siguientes servicios:

- **Servicios de Enfermería:** en general a domicilio y/o base durante las 24 horas del día y durante los 365 días del año, que incluyen sin cargo, sin límite y con la provisión del material descartable las siguientes prácticas: control de presión arterial, inyectables, nebulizaciones (entrega del nebulizador en comodato), curaciones, enemas entre otros. Para el uso del servicio el afiliado deberá contar con la respectiva prescripción médica.

- **Servicios de Atención de Primeros Auxilios, urgencias y Emergencias Médicas:** Con suministro de medicación básica y prescripción médica, sin cargo y sin tope, en el lugar de ocurrido el hecho, y si fuera necesario se realizará el traslado hasta el centro asistencial de elección del afiliado dentro del radio de cobertura.

- **Servicios de Traslados en Ambulancia:** Dentro del radio geográfico la ciudad de Posadas y zonas de influencia. Los tipos de traslados a realizar se dividen en:

- **Simple:** Servicio Programado para traslado de afiliados desde Centros Asistenciales a domicilio o viceversa. Se realizan en Unidades móviles con dotación de chofer y enfermero. Se prestará a solicitud del afiliado con el correspondiente pedido del Servicio Médico Tratante, dentro del área de Operaciones y conforme a la programación prevista. Es un servicio sin cargo y sin tope con autorización previa del médico auditor. En caso de feriados o fines de semana los traslados se efectuarán sin autorización previa y se autorizarán el día hábil inmediato posterior.
 - **De alto Riesgo:** Derivado de una urgencia (situación aguda) o emergencia (situación con riesgo de muerte) y que culmine en una internación en un centro asistencial. Es sin cargo dentro del área de Operaciones y sin tope. Se realizará en Unidades móviles de Terapia Intensiva con dotación de médico, enfermero y chofer.
-

- **Servicio de Consulta Médica Domiciliaria:** Son servicios programados que corresponden a una situación en la que no hay riesgo de vida y no necesitan atención inmediata (debiendo ser resuelto dentro de las 24 horas de haberse solicitado el servicio). La franja horaria del servicio esta comprendida entre las 7 y las 20 horas. Para este servicio el afiliado entregará a la empresa prestataria, una orden de consulta más un abono adicional por el servicio domiciliario.

A los fines de contratar los servicios antes mencionados, los afiliados deberán contactarse al (0376) 4444444 y 4439309.

10.14.02: SOS (Oberá) (*)

Ofrecerá los siguientes servicios:

- **Enfermería a domicilio y/o base:** Servicio programado con prescripción médica escrita y sellada por el profesional que lo solicita, según el siguiente esquema: 6 controles de presión, 6 inyectables, 6 nebulizaciones, entrega de nebulizador en comodato por 2 días, 6 curaciones, enemas, etc. por afiliado por mes en servicios a domicilio. Para el servicio de enfermería en base no se establecen límites mensuales de atenciones.

- **Urgencias y emergencias médicas y urgencias odontológicas:** igual que el anterior

- **Traslados:** Los servicios derivados de una emergencia y/o de urgencia serán únicamente urbanos y a un centro asistencia de elección del afiliado. Los servicios programados urbanos a centros asistenciales previa autorización por parte de SMAUNaM no está incluido dentro del convenio por lo que la prestadora facturará por separado la suma correspondiente.

- **Consultas a domicilio:** incluye 3 consultas por mes y por afiliado dentro del radio urbano de Oberá, el excedente en el número de consultas será con cargo al afiliado, debiendo este abonar el valor de la consulta.

10.14.03: EMEL (Eldorado) (*)

Ofrecerá los siguientes servicios:

- **Enfermería a domicilio y/o base:** (control de presión arterial, inyectables, entrega de nebulizaciones en comodato por 7 días, curaciones, enemas, otros servicios de enfermería), es un servicio programado que se efectúa con prescripción médica escrita y sellada por el profesional tratante. El material descartable necesario para la realización de las prácticas será sin costo alguno. El tope máximo por afiliado y por mes será de 6 atenciones por afiliado.

- **Traslados:** Los servicios derivados de una emergencia y/o de urgencia serán únicamente urbanos y a un centro asistencia de elección del afiliado. Los servicios programados urbanos a centros asistenciales previa autorización por parte de SMAUNaM no está incluido dentro del convenio por lo que la prestadora facturará por separado la suma correspondiente.

- **Consulta a domicilio:** Para este servicio el afiliado entregará a la empresa prestataria, una orden de consulta más un abono adicional por el servicio domiciliario.

- **Servicios de Atención de Primeros auxilios, urgencias y emergencias médicas:** Con suministro de medicación básica y prescripción médica, en el lugar de ocurrido el hecho, y si fuera necesario se realizará el traslado hasta el centro asistencia de elección del afiliado dentro del radio de cobertura. El número estipulado por mes será de 10 por padrón.

10.14.04: GARUPA SALUD

Estará destinado a afiliados que habiten en Garupá, Candelaria y Santa Inés.

Al igual que los convenios anteriores prestará los siguientes servicios: atención de enfermería, traslados simples, consultas a domicilio, y atención de primeros auxilios, urgencias y emergencias médicas.

10.15: Servicio telefónico de guardia para fines de semana y feriados:

Como una forma de resguardar a nuestros afiliados de imponderables surgidos en horarios no habituales, se incorporará la asistencia de un servicio telefónico de guardia para fines de semana y días feriados. El mismo funcionará según el siguiente esquema:

- Fines de semana
- Feriados
- Días laborables fuera del horario de atención de la Obra Social; esto es de 12.30 a 16 horas, y a partir de las 19 horas a las 8 de la mañana del día siguiente.

La operatividad será la siguiente: cuando se produzca una llamada de emergencia el operador deberá en primer lugar escuchar la demanda por la cual el afiliado se comunica, e inmediatamente después deberá proveer información que le sirva para resolver la situación planteada (efectores de atención, guardias existentes, profesionales a consultar, etc.). Se aconseja ofrecer en primera instancia la consulta con la empresa de traslados contratada (MEDISUR, o sus equivalentes en Oberá, Eldorado, y Garupá), ya que el 90 % de las situaciones planteadas se resuelven por este medio.

Nº de celular: (376) 4398383

Para más detalles consultar en el anexo Programa de Servicio Telefónico.

16.17. Visita a los Sanatorios

Con la intención de evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por los sanatorios, hospitales y/o clínicas de internación que tienen convenio con nuestra Obra Social; como así también la satisfacción de nuestros usuarios se realizará tres (3) veces por semana un recorrido programado por los efectores descriptos más arriba. Para ello el Servicio Social efectuará visitas periódicas a los internados y completará una ficha de relevamiento dirigida a evaluar la infraestructura edilicia, el recurso humano, las características del menú, la limpieza entre otros. De detectarse alguna internación

prolongada o un problema médico evidente se le comunicará al auditor médico para que complete la visita desde una mirada netamente acorde a su profesión.

ANEXO

ANEXO

PLAN MATERNO INFANTIL

1. Introducción

La propuesta de SMAUNaM hace suya los compromisos asumidos por la comunidad internacional y nacional en favor de la madre y del niño, en tal sentido es su intención aportar desde su competencia al mejoramiento en los niveles de salud de este binomio.

2. Objetivos

- Contribuir a disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil.
- Mejorar la eficiencia y eficacia de la atención materno infantil
- Fortalecer, gerenciar y brindar acciones de prevención tendientes a transformar el modelo actual, tradicional, y asistencial que brinda la mayoría de las obras sociales.
- Asegurar el control adecuado y según normas del embarazo, parto y puerperio y del niño sano.
- Optimizar las prestaciones materno-infantiles

3. Población a cubrir

Se dará cobertura a la afiliada durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento. La atención del recién nacido será hasta el año de edad.

Población estimada /año: 40 embarazadas.

4. Estrategia

La puerta de entrada al beneficio estará dada por la presentación del certificado de embarazo expedido por el médico obstetra tratante donde conste la fecha de la última menstruación (FUM) y la fecha probable de parto (FPP). Cumplido este requisito se dará el alta a la afiliada al Plan Materno-Infantil cargándola en el sistema. Una vez ingresada al padrón de "Embarazadas", la trabajadora social efectuará una entrevista con la beneficiaria y su pareja (siempre y cuando quiera asistir) a fin de informar sobre los beneficios del programa, evaluar individualmente cada situación en cuanto a su área de incumbencia (ver planilla de entrevista familiar) y

entregar la chequera de prestaciones médicas y la Libreta Materno Infantil.

Desde SMAUNAM se programarán reuniones grupales periódicas y sistemáticas con las embarazadas que hayan ingresado al plan con la intención de abordar diferentes temáticas relacionadas con los cuidados de la madre y el bebé (alimentación, inmunizaciones, crianza, hábitos higiénicos entre otros). Estos espacios además servirán para trabajar en forma conjunta entre las parejas asistentes, miedos, temores, compartir experiencias, etc. La modalidad establecida será a través de talleres. (Ver Anexo: temario con los contenidos a desarrollar).

Para mayor difusión y en concordancia con los talleres se entregarán folletería con contenidos educativos.

En el momento de iniciar formalmente el presente programa se realizarán múltiples actividades de difusión a través de los diferentes medios (radio, prensa, página Web entre otros).

El padrón de embarazadas se mantendrá actualizado a modo de un "fichero cronológico" lo que le imprimirá dinamismo al programa.

Una vez producido el parto la Obra Social concederá a cada recién nacido un presente a manera de representar el éxito del trabajo realizado en forma conjunta entre la familia y SMAUNaM.

5. Cobertura

La cobertura será del 100% tanto en internación como en ambulatorio y exceptuada del pago de coseguros para la atención integral y medicaciones específicas (Resolución 939/00 Ministerio de Salud de la Nación. PMO).

Las prácticas ambulatorias básicas con cobertura al 100% serán entregadas a la beneficiaria en el momento de constatarse el embarazo y luego de la entrevista con la trabajadora Social con la modalidad de chequera, como fuera expresado en el punto 4. En caso de que la embarazada presente un embarazo de alto riesgo y necesite de prácticas extras no incluidas en las mencionadas, el médico auditor contemplará cada caso y autorizará las mismas de acuerdo a las normas que figuran en el punto 6 y con la cobertura que rige para el PMO.

La cobertura comprende:

Embarazo y Parto

- **Consulta Médica:** 1 por mes hasta el primer mes posterior al nacimiento.
- **Colposcopia y PAP:** en una sola oportunidad.
- **Análisis Clínicos:** Hemograma, glucemia, uremia, orina completa, Grupo Sanguíneo y Factor Rh, VDRL, Serología para chagas, Toxoplasmosis, HIV, y HbsAg. Coombs indirecta en caso de madre RH- y padre RH+. (primer Trimestre). Hemograma, recuento de plaquetas, uremia, uricemia, glucemia, orina completa. Glucemia postprandial en caso de necesidad. (Segundo Trimestre). Orina completa, hemograma, eritrosedimentación, glucemia, VDRL, uricemia, coagulograma. Coombs indirecta en caso de madre RH- y padre RH+ (Tercer trimestre).
- **Estudios Bacteriológicos: De orina** en pacientes con antecedentes de infección urinaria en el primer trimestre; y módulo Bacteriológico x 2 para otras infecciones.
- **Módulo estreptococo beta hemolítico:** En el tercer trimestre entre la 35 y 37 semanas
- **Ecografías Obstétricas:** 4 (Primero, segundo y tercer trimestre)
- **Curso de psicoprofilaxis obstétrica:** a partir del 7º mes.
- **Monitoreo Fetal:** Solo cuando se justifique y debidamente documentado con Historia Clínica y Auditoría Médica previa a partir de la semana 36 y uno por semana.
- **Electrocardiograma y riesgo quirúrgico** (en el tercer trimestre).
- **Consulta odontológica, topicación de fluor (2) y técnica de cepillado (1)**
- **Internación:** sin complicaciones será de 48 horas para una cesárea y de 24 horas para un parto normal
- **Medicamentos:** En ambulatorio con cobertura del 100% únicamente para los enunciados en el listado adjunto (o sea para los medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio). El resto de los medicamentos tendrán una cobertura del 60%

Listado de Medicamentos genéricos con cobertura del 100% para la madre

DROGA	PRESENTACIÓN
Inmunoglobulina anti-rho	*
Ácido Fólico	Todas
Hierro+vit b12+ac.fólico+asoc	Todas
Vitamina A **	Todas
Metilergonovina	Todas
Calcio	Todas
Calcio carbonato+asoc.	Todas
Cloruro de Potasio	Todas
Vitaminas + minerales	Todas
Isoxuprina	Todas
Estradiol	Todas
Hierro	Todas
Hierro+Ac. Fólico	Todas
Hierro sulfato	Todas
Hierro sulfato+Asoc.	Todas
Vacuna antitetánica	Todas
Hidroxiprogesterona	Todas
Oxitocina	Todas
Gammaglobulina antitetánica c/toxoide	Todas
Potasio, gluconato	Todas
Vit. K	Todas
Ritodrine	Todas
Magnesio	Todas
Metoclopramida	Todas
Nistatina	Todas

Nota: Las vacunas se concederán solo en el caso que el Ministerio de Salud Pública no disponga de ellas.

***En Madre Rh- no sensibilizada dentro de las 72 horas de ocurrido el parto y dentro de la internación, y en embarazos que terminen en aborto.**

****En el caso de la vitamina A en crema se reconocerá 6 envases de 200 gramos durante el embarazo a partir del quinto mes y hasta un mes posterior al nacimiento, que serán retirados de la farmacia de SMAUNaM a través de la presentación de la Planilla de Medicación Crónica debidamente conformada por el médico obstetra. Igual procedimiento rige para la provisión de pomada cicatrizante con Vitamina A, ácido bórico y asociados, medicamentos, leches**

Infantil

-

Consulta Médica: Se cubrirá una consulta para control de niño sano de seguimiento y control por mes hasta el año de vida

- **Screening Neonatal:** Estudios para la detección de la fenilcetonuria, galactosemia, 17 OH progesterona, biotinidasa, hipotiroidismo congénito y enfermedad fibroquística del Recién Nacido, durante el primer mes de vida.
- **Otoemisiones:** (ley 25.415) a todo bebe a partir de las 48 horas de vida y antes de los 3 meses.
- **Internación:** De 24 o 48 horas con control adecuado a todos los recién nacidos. En caso de recién nacidos patológicos se brindará cobertura de internación medicamentos y métodos diagnósticos sin límite de tiempo.
- **Ecografía de cadera:** en nacimientos por podálica con semiología positiva o dudosa, y en niñas con antecedentes familiares.
- **Medicamentos:** En ambulatorio con cobertura del 100% hasta el año de vida del listado de medicamentos esenciales (Anexo IV. Resolución 310/04). Las vacunas que integren el Calendario Obligatorio de Vacunación de la República Argentina se concederán solo en el caso que el Ministerio de Salud Pública no disponga de ellas.

En el caso de las cremas para prevenir la dermatitis del pañal se reconocerán 3 envases de 100 gramos durante el primer año de vida.
--

LECHE

- **Embarazada:** 2 latas de 800 gramos de leche de primera calidad por mes, desde el 7º al 9º mes.
- **Niño:** 4 latas de 800 gramos de leche por mes durante los primeros 3 meses de vida. A partir del 4º mes y hasta el año de vida se entregarán 3 latas por mes siempre y cuando no consuman leche maternizada y/o medicamentosa
- **Leche Maternizada:** 3 kilos de leche o 3 pack de 24 unidades de 250 cm³ de leche líquida por mes, hasta el 3º mes. Se reconocerá dicho esquema siempre y cuando existan estrictos motivos médicos, con Historia Clínica debidamente justificada y con autorización previa del médico auditor.

- **Leche medicamentosa:** 3 kilos de leche por mes hasta el 6º mes de vida. Las condiciones para su reconocimiento son las mismas exigidas para la provisión de leche maternizada.

Sin embargo y a pesar de la entrega de leche se estimulará la lactancia materna a través de folletos explicativos que contengan conceptos sobre las bondades de este insumo natural.

6. Algunas Normas

- **Módulo Bacteriológico:** 2 en todo el embarazo. Sirve para detectar vaginosis y la presencia de clamideas muy frecuentes en nuestra zona. El momento de su realización es variable y queda a criterio del médico tratante.
- **Módulo Urológico:** Están indicados hasta 2 estudios. El primero durante el primer trimestre, y el segundo entre las semanas 27 y 29 semanas. Si hay antecedentes de infecciones urinarias con urocultivos positivos antes del embarazo pueden considerarse el reconocimiento de un urocultivo por trimestre. Si algún cultivo fue positivo durante la gesta con tratamiento completo realizado pueden ser necesarios realizar hasta un cultivo mensual hasta la finalización del embarazo.
- **CMV y Rubeola:** Un test de IgG positiva en una mujer fuera del embarazo certifica con esa única determinación que es inmune, y por lo tanto no requiere repetir estudios durante la gestación. Por lo tanto en el embarazo solo debe pedirse una sola determinación en el primer trimestre y en pacientes sin serología positiva.
- **Ecografías:** (Medicina Fetal) Algoritmo

Embarazo Normal

Primer Trimestre. Semana 8-9	Subunidad Beta y Proteína Plasmática (PAPP-A). Si dan bajas pensar en Alteraciones cromosómicas. Estas prácticas deben interpretarse relacionando los resultados con la ecografía de la semana 11-13
--	--

Primer Trimestre. Semanas 11- 13	Primera Ecografía. (Screening). Verificar la translucencia nucal. La medición de la frecuencia cardíaca es importante como indicador: Bradicardia (-100 latidos/min.) posibilidad de muerte fetal. Latidos superiores a 150 pensar en la posibilidad de alteraciones cromosómicas. Es importante ver los huesos propios de la nariz que analizado con los otros parámetros dan un 85% de padecer o no algún tipo de alteraciones cromosómicas Ecodoppler del ductos venoso y válvula tricuspídea: su alteración indica: cardiopatía congénita o anomalías cromosómicas
Segundo Trimestre Semana 20-22	Segunda Ecografía. (Screening). Sirve para ver morfología.
Tercer Trimestre	Tercera ecografía. Sirve para ver ganancia de peso (retrasos de crecimiento)

Embarazo de Alto Riesgo

En General: Pacientes con hipertensión declarada, preeclampsia, diabetes, trastornos del crecimiento fetal, insuficiencia placentaria, disminución del líquido amniótico, incompatibilidad RH,	
13 -20 semanas	Ecodoppler de arterias uterinas: se puede detectar una gestosis (modificación de la capa elástica de las arterias desaparece y las curvas de la arteria desaparecen
Semana 32	Doppler de la cerebral media y umbilical
Semana 36	Doppler de la cerebral media y umbilical. Como refuerzo de la anterior. Importante: si estas dos dan normales no hace falta repetir más ecodoppler.
En Particular:	
Amenaza de parto Prematuro	Siempre y cuando el cuadro sea manejable, las nuevas tendencias están destinadas a que las pacientes no se internen. Se controlan con ecotransvaginales para ver el cuello del útero (valor normal entre 4.5 y 5 cms. Valor de riesgo: - 2.5 cms.) y el tratamiento de elección es la progesterona. Vía vaginal. El control ecográfico es cada 2 semanas y la conducta es expectante Se monitorea la modificación del cuello uterino desde la semana 22 hasta la semana 36,6. - Pacientes que han tenido antecedentes: se

	realiza a la semana 11, 14 y luego cada 2 semanas. Con diagnóstico: se hace cada 2 semanas
Mujeres Rh -	Ecodoppler entre la semana 28 y 30 para detectar la anemia del feto. No deben realizarse más de 2 controles
Retardo de Crecimiento Intrauterino	Demostrado por disminución de líquido amniótico Ecodoppler desde la semana 28 semanalmente, si el resultado es anormal a partir de la semana 34 una cada 48 horas.
Diabetes	Desde las 28 semanas, una por semana control ecográfico cada 2 semanas. Se evalúa biometría, volumen del líquido amniótico y placenta.
Colestasis	Desde las 28 semanas, una por semana
Hipertensión	Desde las 28 semanas, una por semana, a partir de la semana 34 cada 48 horas
Embarazo Gemelar	- Ecografía 7 a 10 semanas: diagnóstico de corionicidad y anmionicidad Ecografía de 11 a 14 semanas: Corionicidad y anmionicidad, anatomía y marcadores fetales (translucencia nucal, hueso nasal, ductus venoso, regurgitación tricuspídea), evaluación de cordones umbilicales: inserciones y número de vasos umbilicales. Continuar con ecografías cada 2 semanas hasta la semana 34.

Actividades para el control del embarazo

Consultas	Antes de las 20	Entre 22 y 24	Entre 27 y 29	Entre 33 y 35	Entre 38 y 40
	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5
Prueba de embarazo	X				
Cálculo de Amenorrea	X	X	X	X	X
Historia Clínica y evaluación del riesgo	X	X	X	X	X
Examen clínico completo	X				
Peso corporal	X	X	X	X	X
Talla	X				
Suplemento con Ac. Fólico + Hierro	X	X	X	X	X
Papanicolau y colposcopía	X				
Vaginosis Examen de flujo vaginal	X			X	
VDRL	X		X		
HIV	X		X		

Examen Odontológico	X				
Medida de la Tensión Arterial	x	x	x	x	X
Medida de la Altura Uterina	x	x	x	x	x
Determinación de HBsAg	X				
Coagulograma Básico				x	
Grupo sanguíneo y factor Rh	X				
Detectar Chagas	X				
Orina completa	x		x	x	
Cultivo de orina	x		x		
Vacunación antitetánica	x			x	
Detectar Diabetes	x				
Detectar diabetes gestacional			x		
Serología de Toxoplasmosis (muestras pareadas, repetir 28 y 32 según resultados)	x				
Uremia	X				
Evaluación cardiovascular				x	
Examen mamario y recomendaciones para la lactancia	x	x	x	x	x
Monitoreo fetal					x
Ecografías	x		x	x	
Estudio ecográfico de la semana 13	x				
Detección del Estreptococo Beta Hemolítico				x	

PLAN DE PREVENCIÓN DE CÁNCERES FEMENINOS Y DE PRÓSTATA

1. Introducción

El presente programa tiene por finalidad proteger a la población de afiliados de la Obra Social, de las patologías oncológicas más frecuentes que producen el mayor número de muertes en el hombre y la mujer; esto es los **cánceres de útero y mama** en la mujer, y de **próstata** en el hombre.

La detección precoz es la mejor manera de disminuir la incidencia de estas enfermedades.

En el caso de los cánceres de útero el mayor riesgo lo presentan las mujeres con: relaciones sexuales tempranas y frecuentes, primer embarazo temprano, múltiples parejas sexuales, número excesivo de partos, frecuentes infecciones ginecológicas de transmisión sexual (papilomas, herpes virus tipo II, etc).

En el caso de los cánceres de mama el mayor peligro corresponde a los siguientes casos: paridad tardía (>30 años) sin lactancia, antecedentes heredo-familiares de cáncer de mama, obesidad posmenopáusica, exposición a radiaciones, y displasia mamaria.

Por último el carcinoma de próstata es el tumor urológico maligno más común en los hombres mayores de 45 años y se ubica en el segundo lugar de muerte por cáncer. Es un tumor que aumenta su frecuencia con la edad. Es decir, a mayor edad, mayor posibilidad de desarrollar el mismo. Pero también existe otra particularidad: es de crecimiento muy lento, de manera que el diagnóstico precoz ofrece una excelente sobrevida por lo que es importante no esperar a que se presenten los síntomas.

Como fuera expresado en párrafos anteriores, y siendo estas patologías las más comunes dentro del grupo de enfermedades oncológicas, se considera en el presente documento la prevención como el más importante pilar, y dentro de éste el control periódico; de tal manera se busca implementar un mecanismo accesible y completo para evitar la mayor cantidad de riesgos entre los afiliados y la curación –si existiese- en la mayoría de los casos.

2. Algunas consideraciones

Exponemos algunos indicadores que muestran el comportamiento de nuestros afiliados frente a prácticas de prevención, como se podrá observar los porcentajes son bajos, siendo más manifiestos en los controles mamarios.

Prácticas incorporadas en la chequera					
	Prácticas	Estadist/15	Población	Cobertura	
Hombres	PSA	322	651	49	
	Eco				
	Prostática	135	651	21	
Mujeres	PAP	736	1910	38,5	
	Colposcopia	503	1910	26	
	Mamografías	1303	1266	26 Son 4/afiliada	
	Eco Mamaria	423	1910	22	
	Eco			incluidas las	
	Ginecológ	574	644	89,1304348	embarazadas
				25,908372	incluidas otras
	Eco Transvag	328	1266	8	patologías

Dentro de los cánceres más comunes entre nuestra población de afiliados se encuentra el carcinoma de mama (40%)

Enfermos oncológicos

Tipo de CA	Nº	%
Mama	33	40
Piel	15	19
Leucemias	7	9
Colon	7	9
Prostata	4	5
Rinón	4	5
Utero	2	2
Otros	10	11
Total	82	100

Otros elementos a tener en cuenta a la hora de decidir acciones preventivas

Gasto Anual de Medicamentos Oncológicos. 2015	1600000
Pacientes en tratamiento:	15
Gasto por afiliado	94117

3. Objetivos

- Acercar y ofrecer a los afiliados de nuestra Obra Social la oportunidad de realizar los controles y las prácticas básicas para el cuidado de su salud y la prevención de los cánceres mencionados.
- Promover mediante la consulta médica las conductas preventivas, y la determinación del riesgo individual realizando los estudios pertinentes cuando estén indicados.
- Contribuir a disminuir la morbimortalidad por estos cánceres entre la población beneficiaria.

4. Población a cubrir

Estará dirigido a la población afiliada a la obra social según el siguiente esquema:

Tipo de cáncer	Característica de la población	Número de afiliados bajo Programa
Cáncer de Útero	En toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales, o mayores de 18 años a 70 años	1910 mujeres
Cáncer de Mama	Mayores de 35 años a 70 años	1266 mujeres
Cáncer de Próstata	De 50 años a 70 años	651 hombres

5. Metas

Duplicar en un 50% las prácticas de controles ginecológicos y de prevención del cáncer de próstata en el transcurso del año 2016.

6. Estrategia

Si bien la captación de los beneficiarios se realizará a través de diferentes métodos de convocatoria: bocas de expendio, métodos de difusión (correo electrónico, página web, cartillas, etc.), la más usada por nosotros será, en esta primera etapa, la de asesoramiento a través de Auditoría Médica o personal de cada regional y Sede Central.

Cumplido este requisito, se dará el alta a los beneficiarios cargándolos en el sistema. De esta manera se generará un registro

que permitirá un mejor acompañamiento de los pacientes, fortaleciendo de esta manera las conductas preventivas. La responsable de la referida tarea será el Área de Prestaciones.

Se entregará la Chequera conteniendo las consultas y las prácticas diagnósticas correspondientes según lo especificado en el punto 6; y efectuará una entrevista a fin de informar sobre los beneficios del programa, la importancia de realizar los estudios y de llevar una vida saludable. También abrirá a cada beneficiario un legajo personal con la correspondiente historia clínica. La misma contendrá entre otras, los resultados de los estudios diagnósticos. Cada legajo será actualizado anualmente y contra entrega de la nueva chequera siempre y cuando los controles sean normales. De existir algún signo de alarma los mencionados serán más frecuentes y estarán a cargo del Área de Auditoría Médica

7. Prácticas

A continuación se describen las consultas y prácticas con cobertura del 100% a cargo de la Obra Social y por año, según tipo de patología a prevenir:

Programa	Prácticas Específicas	Actividades Complementarias Comunes
Mujeres hasta los 35 años	<ul style="list-style-type: none"> • Una consulta ginecológica /año • Un PAP/año • Una colposcopia /año • Una ecografía mamaria 	Folletos informativos para la distribución conteniendo los siguientes temas: <u>Para CA de Útero</u> (detección de factores de riesgo, importancia de los controles médicos), <u>CA de Mama</u> (idem anterior, más la importancia del autoexamen, <u>CA de Próstata</u> (Hiperplasia benigna y maligna, diferencia entre ambas, consulta precoz, y síntomas a tener en cuenta: dificultad para orinar, disminución en la fuerza del chorro, eyaculación dolorosa, sangre, etc. Conductas para llevar una vida saludable (alimentación sana, actividad física, no fumar, otros)
Mujeres de 35 a 70 años	<ul style="list-style-type: none"> • Una consulta ginecológica /año • Un PAP • Una colposcopia • Una mamografía/año • Una ecografía mamaria • Una ecografía ginecológica (si tiene más de 50 años se autorizará la transvaginal) • Densitometría (mayor de 50 años) 	
Cáncer de Próstata	<ul style="list-style-type: none"> • Una consulta urológica/año la que incluye tacto rectal • Un análisis de PSA • ecografía prostática. • Un análisis de orina común 	

En caso que algún afiliado presente alteraciones en los resultados de los estudios primarios y necesite completar y/o confirmar el diagnóstico con otras prácticas, el médico auditor contemplará cada caso y autorizará las mismas con una cobertura del 100% de acuerdo a las normas que figuran en el punto 7.

8. Normas

Algoritmo Cáncer de Próstata

TACTO RECTAL	PSA (TOTAL)	CONDUCTA
Tacto Rectal Positivo	Cualquier valor	Eco con biopsia Transrectal
Tacto Rectal Negativo	Menos de 4 mg/ml	Evaluación anual
	Mayor de 10mg./ml.	PSA Libre <0.15: Eco con biopsia transrectal
	Entre 4 mgs/ml y 10 mg/ml (zona gris)	PSA libre >0.15: evaluación anual

Algoritmo Cáncer de Útero

Lesiones de Cuello Útero.	de de	Sospecha y/o PAP anormal	Cuello de útero anormal (tumor o úlcera)	Biopsia de la lesión
			Cuello uterino normal	Colposcopia y biopsia dirigida Curetaje endocervical

Biopsia de Cuello	de	NIC 1 (PAP previo ASC o LSIL)	PAP cada 6 meses	
		NIC 1 (PAP previo: AGC o HSIL), NIC 2 ó, NIC 3, adenocarcinoma in situ, carcinoma microinvasor	LEEP o conización	

Tratamiento del cáncer según estadios	IA1 (sin permeación linfovascular)	Conización para conservar fertilidad	
	IA1 (con permeación linfovascular) IA2	HR tipo II con disección ganglionar pélvica	
	IB1 y IIA1	HR tipo III con disección ganglionar pélvica	

	IB2, IIA2, IIB, IIIA, IIIB, y IVA	Radioterapia y quimioterapia concurrentes	
--	-----------------------------------	---	--

Referencias:

ASC: Células atípicas escamosas de significado intermedio (ASCUS)

NIC: Neoplasia intraepitelial cervical (1: leve, 2 moderado, 3 severo)

LSIL: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado

HSIL: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado

HAT: histerectomía abdominal total

HAV: Histerectomía ampliada a vagina

HR: histerectomía radical

Detección y Tipificación del Virus Papiloma Humano (HPV)

Se reconocerá la detección y tipificación del virus papiloma humano (HPV) a toda mujer de entre 30 y 65 años que posean un estudio previo de citología cervical (Papanicolau), colposcopia y/o biopsia que a criterio del médico tratante manifieste indicios de probable patología viral.

Los criterios que justifican el estudio por Biología Molecular son:

- Discordancia diagnóstica entre PAP y Colposcopia
- Diagnóstico de ASCUS (PAP limítrofe) por citología exfoliativa
- Evaluación de recidiva viral postratamiento.

El algoritmo de monitoreo será el siguiente:

Citología y test de HPV	Actividades comprometidas
PAP negativo y HPV DNA negativo o positivo para tipo viral de bajo riesgo	Seguimiento con recitación a 3 años
PAP negativo y HPV DNA positivo para tipo viral de alto riesgo o indeterminado	Seguimiento con recitación al año.
PAP positivo (L-SIL, H-SIL, o CC) y HPV DNA positivo para tipo viral de alto riesgo	

Algoritmo Cáncer de Mama

Lesiones mamarias				
Nódulos o masas palpables		Microcalcificaciones agrupadas		Asimetrías, densificaciones
				Distorsión arquitectural
Magnificación Ecografía mamaria		Magnificación		Magnificación Ecografía mamaria
Quiste	Quiste	Microcalcific	Sospecha de	Si hubo cambios

	complejo o nódulo sólido	aciones benignas	malignidad	respecto de los estudios previos
Control o aspiración	Punción Confirmac. histológica	Control	Punción Confirmación histológica	Punción Confirmación histopatológica

CHEQUERAS

1. Mujeres 18 a 35 años

- 1 consulta ginecológica /año (42.01.01)
- 1 PAP/año (15.01.06)
- 1 colposcopia /año (22.01.01)
- 1 ecografía mamaria/ año (18.01.06)

2. Mujeres de 35 a 50 años

- 1 consulta ginecológica /año (42.01.01)
- 1 PAP/año (15.01.06)
- 1 colposcopia /año (22.01.01)
- 1 ecografía mamaria/ año (18.01.06)
- 1 mamografía por año frente y con proyección axilar de ambas mamas (34.06.01/02 x 2)
- 1 ecografía tocoginecológica (18.01.04)

3. Mujeres de 50 a 70 años

- 1 consulta ginecológica /año (42.01.01)
- 1 PAP (15.01.06)
- 1 colposcopia (22.01.01)
- 1 mamografía/año (34.06.01 x 2 y 34.06.02 x 2)
- 1 ecografía mamaria (08.01.06)
- 1 ecografía transvaginal (18.01.53)
- 1 densitometría/año de dos regiones (cadera y columna) (34.10.51)

4. Hombres de 50 años a 70 años

- 1 consulta urológica/año (42.01.01)
- 1 análisis de PSA (66.10.00)
- 1 ecografía prostática (18.01.14)
- 1 análisis de orina común (66.07.11)

PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN

1. Introducción

La hipertensión es una de las enfermedades más frecuentes en la Argentina; alrededor del 35% de la población de 20 a 69 años padece de la misma, y cerca de 50 a 60% de los individuos afectados desconocen su enfermedad.

La hipertensión arterial en varones jóvenes se asocia a largo plazo con la aparición de cardiopatías isquémicas y enfermedades cardiovasculares, que provocan un incremento en la mortalidad total, de ahí la importancia de su prevención.

Por lo tanto este Programa estará dirigido primordialmente a la promoción, prevención y detección de la patología, y diagnóstico y tratamiento temprano; por lo que las acciones se desarrollarán en el primer nivel de atención.

2. Objetivos

- Contribuir a que nuestros afiliados hipertensos logren una presión arterial normal, y de esa manera disminuir la frecuencia de sus complicaciones cardiovasculares.
- Proteger a la población de afiliados de los factores de riesgo, que favorecen el desarrollo de esta enfermedad.
- Garantizar una atención de calidad a los pacientes con hipertensión arterial

3. Población a cubrir

Estará dirigido a todos los pacientes hipertensos de la Obra Social (con valores de tensión arterial mayor o igual a 140 mm/Hg de sistólica, y/o mayor o igual a 90 mm/Hg de diastólica).

Total de población bajo programa: 382 afiliados mayores de 50 años, de estos se esperan 134 enfermos (35%)

4. Estrategia

En la Boca de Expendio de Posadas se les solicitará a los afiliados el registro de la presión arterial evaluada por su médico de

cabecera; de no contar con este dato, se les tomará la misma en el momento en que acudan a la oficina por algún motivo. Si el paciente se encuentra hipertenso en el último control, o tiene enfermedad cardiovascular ingresará al Programa.

Una vez detectado el afiliado con Hipertensión será derivado al médico clínico responsable del programa, quien asumirá el compromiso del control y seguimiento de la patología.

A fin de llevar un adecuado seguimiento y control del afiliado y de la marcha del programa, a cada afiliado que ingrese al mismo se le completará una planilla de recolección de datos (edad, sexo, enfermedades asociadas alcohol, trabajo, alimentación, actividad física, médico tratante, estudios realizados, tratamiento).

5. Actividades

- 5.1 Se habilitará vouchers conteniendo 2 (dos) consultas médicas/año para médico especialista en cardiología, 1 (una) consulta oftalmológica, 1 (una) consulta con nutricionista con la correspondiente dieta, 2 (dos) órdenes de análisis clínicos (hemograma completo, glucemia, uremia, creatininemia, orina completa, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos e ionograma); 1 (una) orden para ECG por año. Esta chequera se entregará en la boca de expendio al comenzar cada año calendario a todo afiliado que reúna las condiciones establecidas en el punto 3.
 - 5.2 Talleres educativos de hipertensión. No solo destinados a los afiliados hipertensos, sino a todos aquellos que quieran modificar su estilo de vida con el fin de intentar prevenir las patologías cardiovasculares (actividad física, tabaquismo, alimentación, etc.).
 - 5.3 Entrega de folletos con información sobre el cambio de vida relacionada con la disminución de la hipertensión.
 - 5.4 Actividad física: a través de la organización de grupos de afiliados que quieran realizar ejercicios físicos de tipo aeróbico acompañados y supervisados por un profesor de Educación Física
 - 5.5 Teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes responden a la medicación con diuréticos tiazídicos y
-

beta bloquiantes a bajas dosis estos serán facilitados en forma gratuita por la Obra Social. Si por algún motivo no se lograra un adecuado control de la enfermedad y el paciente necesitara otras drogas, estas serán entregadas por la obra social, con una cobertura del 70% dentro del marco de la Resolución 310 del Ministerio de la Nación.

PROGRAMA DE DIABETES

1. Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica considerada como un serio problema para la Salud Pública tanto en los países desarrollados como los en vía de desarrollo. Es una causa importante de muerte, discapacidad, y de altos costos en la atención médica.

Se trata de una enfermedad metabólica heterogénea y compleja caracterizada por una elevación permanente de los niveles de glucosa en sangre debida a una menor de producción y/o acción de insulina que tiene como resultado la incapacidad del organismo para metabolizar los nutrientes adecuadamente.

La diabetes mellitas incluye diversas formas clínicas:

- tipo I (insulinodependiente)
- tipo II (no insulinodependiente)

2. Objetivos

- Detectar a los pacientes diabéticos asintomáticos con el fin de incorporarlos al programa para comenzar con el tratamiento adecuado precozmente.
- Proteger a la población de afiliados de los factores de riesgo, que favorecen el desarrollo de esta enfermedad.
- Contribuir a que nuestros afiliados diabéticos logren estabilizar los síntomas de la enfermedad, y de esa manera disminuir la frecuencia de las complicaciones. (vasculopatías, retinopatías, y neuropatías)
- Garantizar una atención de calidad a los pacientes afiliados de diabetes.

3. Población a cubrir

Estará dirigido a todos los pacientes de la Obra Social a partir de los 45 años, esto es: 1914 afiliados. De estos solo el 7% serán los casos posibles: 133 enfermos.

4. Estrategia

En las bocas de expendio se invitará a los afiliados a presentar un control de glucemia que estará a cargo de la Obra Social. Los

pacientes que presenten una glucemia patológica entrarán en el Programa.

Lograda la identificación de los pacientes, se confeccionará un legajo personal que contendrá los siguientes datos: historia clínica (antecedentes del paciente, estudios realizados, resultados de estudios efectuados, etc.), y hoja de plan terapéutico.

A cada afiliado se le entregará una chequera anual conteniendo las siguientes prestaciones:

- 6 órdenes de consultas médicas por año para diabetólogo o médico clínico (1 cada dos meses).
- 2 órdenes de consulta medica para cardiólogo (1 cada 6 meses) y un ECG
- 1 consulta oftalmológica integral.
- 3 órdenes de consulta para nutricionista (una inicial, a los 30 y los 60 días)
- Plan de alimentación personalizado. (*)
- Análisis clínicos: 4 hemoglobinas glicosiladas (1 cada 3 meses), y un perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéidos) y glucemia 2 veces por año.

Dado que la diabetes y sus complicaciones son prevenibles en un alto porcentaje mediante el empleo de otras estrategias se tendrán en cuenta además: talleres Educativos y actividades físicas a través de la coordinación y supervisión de un profesor.

5. Cobertura de Medicamentos

Corresponde a los comprendidos en el Programa Nacional de Diabetes. Ley 23753, y a su Decreto Reglamentario: 1271/98, Res. Nº: 1156/14 de MSP, con cobertura del 100%, quedando el esquema de cobertura de la siguiente manera:

**MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA DIABETICOS
COMPRENDIDOS DENTRO DE LA RESOLUCIÓN 1156/14**

Medicamentos/Insumos Básicos	Cantidad y descripción de insumos	
Tratamiento con personas con Insulina	Trat. No intensificado o combinado con antidiabéticos orales	Tratamiento intensificado *
Insulina	- Concentración de U 100, 80 y 40 - Origen: - Bovinas, porcinas humanas: Regular, NPH, lenta, premezclas, y ultralenta. Según prescripción médica - Análogos de la insulina: rápidos (Lispro, aspártica, glulisina), de acción prolongada (Detemir/glargina) y premezclas (Según prescripción médica especializada **)	
Jeringas descartables para insulina	100 anuales	200 anuales
Agujas descartables para uso subcutáneo	150 anuales	200 anuales
Lancetas descartables para punción digital	100 anuales	200 anuales
Provisión de tiras reactivas para automonitoreo glucémico	400	1500-1800 en situaciones especiales ***
Tiras reactivas para acetona en sangre/orina	50 anuales	
Tiras reactivas para glucosa en orina	100 anuales	
Bomba de Infusión continua para insulina y sus insumos descartables ****	Según Prescripción médica especializada	
Personas con tratamiento antidiabéticos orales	Cloridrato de Metformina (S/prescripción médica)	Glibenclamida, glipizida, glimepirida (S/prescripción médica)
Provisión de tiras reactivas para glucosa en sangre	50 anuales	100 anuales
Lancetas descartables para punción digital	50 anuales	
Reflectómetro para la lectura de las tiras reactivas para glucosa en sangre	1 cada 2 años para todas las personas con diabetes	

CUIDADOS PALIATIVOS (*)

Los cuidados paliativos constituyen una modalidad asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Se trabaja frente a los problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida a través del alivio del sufrimiento.

1. Objetivos

- Ofrecer a los pacientes terminales una modalidad asistencial que mejore su calidad de vida.
- Brindar un sistema de confort y soporte en el hogar, que ayude a los pacientes terminales a vivir tan activamente como les sea posible, tratando de evitar el dolor, náuseas, vómitos, insomnio, falta de apetito, depresión.

2. Equipo Profesional

El equipo profesional que asistirá al paciente deberá ser multidisciplinario con el fin de ofrecer un abordaje integral a la atención del mismo. Dicho equipo será coordinado por la Trabajadora Social de la Obra Social. Los profesionales involucrados serán:

- **Médico:** Con manejo en tratamiento para el dolor y cuidados paliativos. Además del cuidado del paciente, organizará y coordinará la operatoria del equipo y asiste al paciente integralmente.
- **Enfermera:** (licenciada en enfermería o enfermera universitaria). Efectuará controles vitales, higieniza al paciente, brindará confort, suministra la medicación.
- **Psicólogo/psiquiatra:** Acompañará al paciente en los cambios que conlleva su enfermedad, abordará diversas situaciones problemáticas como la elaboración del propio estado de deterioro del paciente, y podrá brindar a los familiares directos del enfermo herramientas para la contención de la situación.
- **Kinesiólogo:** en determinados casos (inmovilizaciones prolongadas) se necesitará de la presencia del mismo, quien brindará el apoyo necesario al paciente.

- **Nutricionista:** Realiza por única vez la dieta que deberá ser aportada al paciente.

3. Provisión

Para llevar adelante la tarea profesional la O.S. brindará dentro de sus posibilidades los elementos necesarios para la correcta atención del paciente según criterio médico. Estos incluirán: medicamentos, material descartable equipamiento ortopédico, oxígeno.

4. Medicación

La cobertura de la medicación será del 100% a cargo de la O. S. los medicamentos prescritos serán previamente auditados por SMAUNaM.

El médico o familiar a cargo del paciente deberá informar semanalmente a la O.S. (vía fax, mail, o personalmente) las necesidades de medicación con una anticipación de 48 horas. En caso de cambio de indicaciones médicas o cualquier problema que requiera envío urgente de medicación también será obligación del médico informar a la O.S.

5. Actividades reconocidas y frecuencia de las mismas

- **Visita médica domiciliaria:** 3 veces por semana, con excepción de las urgencias debidamente justificadas.
 - **Enfermería Domiciliaria:** Atención diaria de 12 horas por día.
 - **Kinesiología:** 3 veces por semana.
 - **Nutricionista:** Una única consulta y el plan alimentario.
 - **Medicamentos:** A través de los mecanismos habituales de la Obra Social.
 - **Cobertura de Practicas médicas:** a valores SMAUNaM.
 - **Cobertura de Insumos y equipamiento:** A través de la Obra Social (alquiler o banco de ortesis y equipamiento ortopédico)
-

6. Registros

La historia clínica (HC) es el instrumento fundamental para el trabajo interdisciplinario y la posibilidad de valorar al paciente en forma integral, ya que en ella cada profesional volcará su trabajo (apreciaciones, tratamientos en común, conclusiones, etc.)

La HC constará de 3 formularios, cada uno de los cuales cumplirá diferentes funciones:

- a. **Hoja de registro de visitas domiciliarias:** En esta planilla se registrarán las visitas que se efectúen al paciente de los distintos profesionales intervinientes (se constatará la hora y la fecha), y deberá estar abalada por la firma del enfermo o del familiar.
- b. **Hoja de evolución:** En esta planilla se registrarán las apreciaciones, síntomas, signos, y datos de importancia del paciente. Sirve para plasmar en ella la historia natural de la enfermedad y es de utilidad para el trabajo multidisciplinario. Se constatará la hora y la fecha de la visita, y deberá estar abalada por la firma del enfermo o del familia.
- c. **Hoja de Indicaciones médicas:** Se deberán constatar las indicaciones o prescripciones que el médico considere necesarias.

7. Liquidación de Honorarios

La liquidación de honorarios se realizará exclusivamente sobre los registros realizados en la Historia Clínica.

Se entregará la documentación correspondiente el primer día hábil de cada mes siguiente a las prestaciones realizadas. Los registros presentados deberán estar completos de lo contrario serán debitados los honorarios procedentes.

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD (*)

1. Definición de discapacidad

“Toda aquella persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.

2. Beneficiarios

Destinado a aquellos afiliados titulares o familiares que estén enmarcados en la definición de discapacidad y que cumplan con los requisitos administrativos solicitados por la obra social.

3. Marco Legal

- **Ley 22.431/81** (Sistema de Protección Integral de los discapacitados)
- **Ley 24.901/97** (Sistema de Prestaciones Básicas de Habilitación y rehabilitación Integral a favor de las personas con Discapacidad)
- **Ley 25.504/01** (Ministerio de Salud de la Nación. Certificado Unico de Discapacidad. Alcances de los certificados Emitidos por las Provincias Adheridas a la ley N° 24.901)
- **Decreto 1193/98** (Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y rehabilitación Integral a favor de las personas con Discapacidad).
- **Resolución 428/99** (Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad actualizada en Resolución 36/03).
- **Resolución 705/00** (Marco básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad).
- **Resolución 1328/06** (Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a personas con discapacidad).
- **Resolución 1074/08** (Modificación de Aranceles vigentes de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de la Personas con Discapacidad).
- **Resolución 675/09** (Nuevo certificado Único de Discapacidad)
- **Resolución 2299/10** (Nuevos Valores)

4. Incorporación al Programa

4.1. Requisitos a presentar por el afiliado:

- Certificado de discapacidad habilitado por organismo competente. (Deberá ser renovado cada 4 años. La falta de la misma podrá dar origen a la suspensión de los servicios específicos y la baja del padrón de discapacitados)
- prescripción médica (de todas las especialidades que comprenden el tratamiento, deberá especificarse tipo de la prestación y período de la misma).
- resumen de Historia Clínica del médico neurólogo, pediatra o médico clínico.
- Plan del trabajo detallando las tareas a desarrollar por especialidad con indicación de frecuencia y carga horaria.
- Presupuesto

4.2. Evaluación de la incorporación: Previas entrevistas a cargo de Auditoría Médica y de la Trabajadora Social se analizará toda la documentación aportada por el afiliado, se realizará un informe admitiendo o no al beneficiario.

4.3. Se acordará el tipo de prestación integral correspondiente al tipo de discapacidad, y los aranceles según lo establecido en la Resolución 2299/10 de la Superintendencia de Servicios de Salud. SSS)

4.4. Informes de Avance: Auditoría médica solicitará trimestralmente a los prestadores datos para la evaluación que serán incorporados al legajo personal del beneficiario.

5. Servicios

Los prestadores que brinden los servicios a los afiliados discapacitados deberán estar incorporados al Registro Nacional de Prestadores.

La cobertura brindada por la Obra Social será de 100%, siempre y cuando las prestaciones estén directamente relacionadas con la patología que causante de la discapacidad.

Las prestaciones de carácter educativo serán provistas a aquellos beneficiarios que no cuenten con oferta educacional estatal adecuadas a las características de su discapacidad.

Los traslados serán reconocidos a aquellos afiliados que no puedan desplazarse en transportes públicos y que acrediten ingresos bajos.

Los servicios ofrecidos serán los que a continuación se detallan:

- 5.1.** Servicios Médicos Asistenciales Básicos (diagnósticos o terapéuticos)
- 5.2.** Medicamentos relacionados directamente con la discapacidad.
- 5.3.** Prótesis y ortesis.
- 5.4.** Transporte (cuando el discapacitado se vea imposibilitado de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos- Res. 428/99)
- 5.5.** Kinesiología (tope 12 sesiones/mes)
- 5.6.** Fonoaudiología (tope 8 sesiones/mes)
- 5.7.** Estimulación Temprana (Tope 12 sesiones/mes)
- 5.8.** Psicopedagogía (Tope 8 sesiones/mes)
- 5.9.** Psiquiatría y psicología (Tope 4 sesiones/mes)
- 5.10.** Psicodiagnóstico (1/año)

Estos servicios pueden brindarse en forma coordinada a través de diferentes modalidades ya sea de Atención Ambulatoria o Modalidad en Internación:

- 5.11.** Modalidad Ambulatoria: Módulo Hospital de día, Módulo Centro de día, Módulo Centro Educativo Terapéutico, Módulo Estimulación Temprana, Prestaciones Educativas: Educación Inicial,
-

Educación General Básica, Apoyo a la integración Escolar, Formación Laboral y/o rehabilitación profesional.

5.12. Modalidad de Internación: Módulo de Internación en Rehabilitación, Módulo hogar, residencia y Pequeño Hogar

6. Actividades preparatorias para la puesta en marcha

- 6.1.** Confección del padrón de discapacitados según lo establecido en el punto 5.1
- 6.2.** Selección y determinación de que afiliados presenta más de una Obra Social, con la intención de compartir gastos y evitar la doble prestación. En tal sentido se realizarán los trámites necesarios ya que todas las Obras Sociales se encuentran alcanzadas por la obligatoriedad de la Ley 24.901.
- 6.3.** Apertura de legajos personales conteniendo la historia completa de cada beneficiario, estudios complementarios, evaluaciones periódicas, etc.
- 6.4.** Visita a las diferentes instituciones del medio que prestan servicios integrales a discapacitados.

**PRESTACIONES BÁSICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL A FAVOR
 DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS**
**Aranceles sujetos a variaciones (Según Resoluciones de la
 Superintendencia de Servicios de Salud)**

	Categoría A	Categoría B	Categoría C
Hogar permanente con Pre-Primaria			
Hogar permanente con Primaria			
Hogar permanente con Formación Laboral			
Hogar lunes a viernes con Pre-Primaria			
Hogar lunes a viernes con Primaria			
Hogar lunes a viernes con Formación Laboral			
Residencia lunes a viernes			
Residencia permanente			
Pequeño Hogar Lunes a viernes			
Pequeño Hogar Permanente			
Escolaridad Pre-primaria Jornada simple			
Escolaridad Pre-primaria Jornada doble			
Escolaridad Primaria Jornada simple			
Escolaridad Primaria Jornada doble			
Escolaridad formación Laboral Jornada simple			
Escolaridad formación Laboral Jornada doble			
Hogar lunes a viernes con Centro de Ed. Terapéutica			
Hogar lunes a viernes con Centro de día			
Centro de día- Jornada Simple			
Centro de día- Jornada Doble			
Centro de Educación Terapéutica- Jornada Simple			
Centro de Educación Terapéutica- Jornada Doble			
Hogar lunes a viernes			

Hogar Permanente			
Hogar Permanente con Centro de día			
Hogar Permanente con Centro de Ed. Terapéutica			

	Mensual	Hora
Estimulación Temprana		

Prestaciones de Apoyo	
-----------------------	--

	Mensual	Hora
Módulo de Apoyo a la Integración Escolar		

	Semanal
Rehabilitación- Módulo Integral Intensivo	
Rehabilitación- Módulo Integral Simple	

	Semanal
Rehabilitación- Hospital de Día Jornada Simple	
Rehabilitación- Hospital de Día Jornada Simple	
Rehabilitación- Internación	

	Diaria
Alimentación	

	Kilómetro
Transporte	

PRESTACIONES AMBULATORIAS					
	HOSPITAL DE DIA	CENTRO DE DIA	CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO	ESTIMULACIÓN TEMPRANA	PRESTACIONES EDUCATIVAS
Definición	Trat. Ambulatorio Intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa con objetivo terapéutico de recuperación	Trat. Ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento en una persona con discapacidad	Trat. Ambulatorio con el objeto de incorporar conoc. Y aprendizajes de carácter educativo con metodologías terapéuticas. Pacientes que no pueden acceder a un sistema de educación especial.	Proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado	Educación inicial Corresponde a la primera etapa de la escolaridad
					Ed. General Básica Proceso Educativo prog. Entre los 6 y los 14 años
					Apoyo a la integración escolar Proceso Educativo sistematizado dentro de un servicio escolar especial o común
					Formación laboral Preparación adecuada para su inserción en el trabajo
Población	Todo paciente con todo tipo de discapacidad física (motora y sencitiva) que pueda trasladarse a una institución	Niños, jóvenes y adultos con discapacidades severas imposibilitados de acceder a la escolaridad o ubicación laboral	Discapacitados mentales (psicóticos y autistas) y lesionados neurológicos, parálíticos cerebrales, multidiscapacitados entre 4 y 24 años.	Niños discapacitados de 0 a 4 años, eventualmente hasta 6 años	Educación inicial Niños discapacitados de 3 a 6 años
					Ed. General Básica entre 6 y 14 años
					Apoyo a la integración escolar De 3 a 18 años con necesidades educativas especiales derivadas de su discapacidad

					Formación laboral 14 a 24
Prestación institucional	Clínicas , hospitales y Centros de Rehabilitación	Centros de día	Centro Educativo- terapéutico	Centros de Estimulación Temprana	Educación inicial Escuela de Educación especial o de Educación común cuando sea posible
					Ed. General Básica Esc. De educación especial o común en los casos que sea posible
					Apoyo a la integración escolar Equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo de profesionales especializados
					Formación laboral Centros o escuelas de formación laboral
Modalidad de cobertura	Concurrencia diaria simple o doble	Concurrencia diaria en jornada	Jornada simple o doble diaria	Hasta 3 sesiones semanales (atención individual, con participación activa del grupo familiar	Educación inicial Jornada simple o doble
					Ed. General Básica Simple o doble y diaria
					Apoyo a la integración escolar En escuela común, consultorio, o en domicilio
					Formación laboral Jornada simple o doble diaria o periódica

PRESTACIONES EN INTERNACIÓN				
	INTERNACIÓN EN REHABILITACIÓN	MODULO HOGAR	RESIDENCIA	PEQUEÑO HOGAR
definición	atención de pacientes en etapa subaguda que haya superado el riesgo de vida (sin escaras, sin medicación endovenosa, y compensado hemodinamicamente)	Vivienda, alimentación, atención especializada a personas con discapacidad sin su familia	Unidad habitacional que cubre los requerimientos de los discapacitados con autovalimiento para abastecer sus necesidades básicas	Recurso que brinda cobertura integral a los requerimientos básicos para el desarrollo de los niños y adolescentes discapacitados sin familia
Población	Todas las edades	Todas las edades	18 a los 60 años ambos sexos	De 3 a 21 años
Prestación Institucional	Clínicas y sanatorios y clínicas de rehabilitación	Hogares	Residencias para 8 a 10 personas	Casas para 12 a 15 niños
Modalidad de Cobertura	Medico especialista, rehabilitación, Rx y laboratorio	Alojamiento permanente o de lunes a viernes	Alojamiento permanente o de lunes a viernes	Alojamiento permanente o de lunes a viernes

PRESTACIONES ANEXAS		
	PRESTACIONES DE APOYO	TRANSPORTE
Definición	Recibe como complemento de otra prestación principal	Traslado de personas desde su residencia al lugar de la prestación siempre y cuando no pueda desplazarse en transporte público
Población	Todas las edades	Todas las edades
Tipo de Prestación	Ambulatoria (domicilio, consultorio, centro de rehábil)	
Modalidad de Cobertura	Maximo de horas 6 semanales	Automóvil, microbús

NUTRICIÓN (*)

1. Patologías

Las patologías incluidas dentro del presente programa son: Hipertensión, diabetes y obesidad. Se podrán incorporar otras patologías especiales que requieran dicho tratamiento, previa auditoría médica y según cada caso en particular.

2. Normas

- 2.1. **Hipertensión:** 3 consultas anuales y 1 plan alimentario
- 2.2. **Diabetes:** 3 consultas anuales y 1 plan alimentario
- 2.3. **Obesidad:** 7 consultas y 1 plan alimentario
- 2.4. **En caso de ser necesaria una extensión del tratamiento por motivos médicos que así lo justifiquen;** se podrá acceder a la misma a través de la evaluación previa de auditoría Médica. Para tal fin la/él afiliado deberá presentar una historia completa consignando la evolución y resultado del tratamiento, y si los hubiese los estudios complementarios realizados en el período.

3. Practicas Cubiertas

- 3.1. Consulta: 42.01.04
- 3.2. Dieta: 19.01.02

4. Acceso al beneficio

- 4.1. La puerta de entrada al beneficio estará dada a través de una **consulta diagnóstica** realizada por médico tratante (clínico) quien solicitará la interconsulta a la nutricionista. De ser necesaria la prestación nutricional, el médico deberá autenticar fehacientemente la patología objeto de la solicitud. En todos los casos se deberá adjuntar una historia clínica completa que incluya entre otras cosas el peso, la talla y la superficie corporal del/la paciente, tratamientos anteriores, comorbilidades, fecha en que se desencadena la patología, evolución, registro de la tensión arterial y resultados de laboratorio (adjuntando copias de los mismos).
-

- 4.2. La documentación deberá ser presentada en la Obra Social para ser evaluada por el médico auditor.
- 4.3. Una vez autorizada la prestación la/él afiliado se encontrará en condiciones de acceder a la prestación nutricional.

Programa Vida Saludable- Actividad Física.

1. Introducción

SMAUNaM en concordancia con las pautas recomendadas por la Organización mundial de la Salud y otros organismos nacionales e internacionales sobre prácticas saludables, incorpora esta actividad entendiendo que la misma facilita un mejor estado de salud y bienestar de las personas.

2. Objetivos

- Ofrecer y acercar a los afiliados de nuestra Obra Social actividades de promoción y prevención de enfermedades evitables a través de acciones dirigidas a incentivar prácticas saludables.
- Fortalecer, gerenciar y brindar acciones de prevención tendientes a transformar el modelo actual, tradicional, y asistencial que brinda la mayoría de las obras sociales.
- Apostar al cuidado de la salud mediante hábitos y prácticas saludables que aporten a nuevos y mejores estilos de vida para nuestros afiliados.
- Fomentar la actividad física frecuente en forma regular y periódica a fin de evitar una vida sedentaria.

3. Población a cubrir

Estará dirigido a todo afiliado titular y su grupo familiar que manifieste voluntad de realizar actividad física.

4. Estrategia

Aquellos afiliados que se incorporen al programa deberán dirigirse a la Sede del SMAUNaM más cercana y solicitar su ingreso al Programa, en tal sentido se dará el alta correspondiente y se emitirá la ficha técnica personal, y la chequera correspondiente para efectuar el control clínico previo al inicio de la actividad. La misma incluye una consulta médica, una ergometría y análisis de laboratorio (colesterol

total, HDL, LDL, triglicéridos, glucemia, uremia, creatinina, y hemograma), todas ellas con cobertura al 100%.

En el interior los afiliados deberán concurrir a las bocas de expendio o enviar un mail a prestaciones@smaunam.com.ar generándose el mecanismo descrito en el párrafo anterior; esto es alta al plan y expendio del Boucher y la ficha de salud personal. Estas últimas serán enviadas al interior para ser entregadas a los afiliados participantes

El beneficiario deberá efectuar los estudios indicados. Con los mismos visitará a su médico personal y le solicitará complete la ficha epidemiológica. Una vez completada e interpretados los estudios complementarios, el médico tratante evaluará si el paciente es apto para realizar la actividad física.

La mencionada Historia Clínica deberá ser visada por Auditoría Médica. Recién completado este paso el afiliado se encontrará en condiciones de alta al programa.

Los centros de actividad son tres (3), en Posadas, Eldorado y Oberá, en los mismos se realizarán las actividades programadas según factores de riesgo conformándose de esta manera subgrupos de trabajo. En el cuadro siguiente se detallan los centros por días, horarios de atención y profesional a cargo.

Lugar	Dirección	Días	Horario	Profesional
Posadas	Gimnasio UNaM. Sarmiento 2436 Posadas.	Miércoles Viernes Sábado	17 a 18 Hs. 17 a 18 Hs. 9 a 10 Hs.	Fernando Boede Daniel Cuenca
Oberá	Gimnasio del Campus de la Universidad	Martes y Jueves	18 a 19 Hs.	Laura Krieger
Eldorado	Complejo nuevo, detrás de la facultad de ciencias forestales	Martes y Jueves	18 a 19 Hs.	Domann

Mensualmente la Secretaría de Deportes elevará a la Obra social la nómina de participantes del programa. El SMAUNaM emitirá el bono mensual "Gimnasio UNaM por 1 mes" (Código 25.01.53) a cada afiliado con la intención de un mejor seguimiento, control y evaluación de los resultados obtenidos.

El curso de las actividades serán supervisadas y evaluadas trimestralmente por Auditoría Médica (por parte del SMAUNaM), y por la Secretaria de Deportes de (por parte de la Universidad).

Semestralmente se incluirá un taller de trabajo con los participantes para tratar temas específicos sobre "hábitos saludables" (alimentación, recreación, prácticas higiénicas, etc).

NOMENCLADOR DE PRÁCTICAS Y CIRUGÍAS ASOCIACIÓN DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA DE MISIONES

12.30 MIEMBRO SUPERIOR

12.30 Complejidad 1

- 12.30.01 Practicas Incruentas
- 12.30.02 Infiltraciones
Inmovilizaciones Enyesadas, Yesos Localizadores, para tracción
- 12.30.03 elástica digital
- 12.30.04 Extracción Osteodesis Percutáneas.
- 12.30.05 Tracciones Esqueléticas.

12.31 Complejidad 2

- 12.31.01 Yeso Toracobraquial
Reducción De Fracturas y/o Luxaciones en forma incruenta bajo
- 12.31.02 anestesia local, plexual gral. Incluye yeso
- 12.31.03 Biopsias Por Punción A Cualquier Nivel.
- 12.31.04 Extracción clavijas percutáneas con anestesia local
- 12.31.05 Tracciones esqueléticas como único trat.
- 12.31.06 Toilette Quirúrgica superficial (supraaponeurótica)
Tratamiento de la espasticidad con infiltración con toxina botulínica
- 12.31.07 hasta 4 grupos musculares sea uni o bilateral (*)

12.32 Complejidad 3

- 12.32.01 Dedo En Resorte Del Adulto o Congénito.
Osteodesis Percutáneas En Fracturas diafisarias de falanges,
- 12.32.02 metacarpianos, muñeca o codo
Amputaciones En Agudo o Reamputaciones programadas en dedos
- 12.32.03 (hasta 2). Mas de 2 aumenta una complejidad
- 12.32.04 Tumores benignos en partes blandas extra aponeuróticos
- 12.32.05 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE DEQUERVAIN
- 12.32.06 QUISTE DE LA VAINA FLEXORA. EXÉGERESIS DEL GANGLIÓN
- 12.32.07 Fasciotomía subcutánea palma de mano
TRATAMIENTO DEL SINDROME DEL TUNEL CARPIANO SIMPLE
- 12.32.08 ARTROSCOPICO O MINI OPEN
- 12.32.09 SINOVECTOMÍA PARCIAL DE MUÑECA
- 12.32.10 SINOVECTOMIA TOTAL MCF O IF
- 12.32.11 TENOSINOVECTOMIA DEL RETINACULO DORSAL.
- 12.32.12 ARTRODESIS IFP O IFD.
- 12.32.13 BIOPSIAS A CIELO ABIERTO.
- 12.32.14 Injerto libre de piel como único tratamiento en dedos
- 12.32.15 Neurorrafia nervios perif. Tronco term

12.32.16 Tratamiento de la espasticidad con infiltración con toxina botulínica
5 grupos musculares o mayor sea uni o bilateral (*)

12.33 Complejidad 4

- 12.33.01 Neurolisis Nervios Periféricos.
- 12.33.02 Denervaciones.
 - Osteosíntesis Fracturas Diafisarias MCP y falanges hasta dos. Más de 2
- 12.33.03 2 aumenta una categoría
- 12.33.04 Osteosíntesis Clavícula, Cúbito o Radio (extrarticulares)
- 12.33.05 Artrodesis MCF de los Dedos y del Pulgar
- 12.33.06 Reducción y Plástica Acromioclavicular.
- 12.33.07 Amputaciones en Mano, Antebrazo y Brazo
- 12.33.08 Tenosinovectomía Dígito Palmar
- 12.33.09 Extracción Material de Osteosíntesis.
 - Enfermedad de Dupuytren Palmo/MCF Hasta 2 rayos. Más de 2
- 12.33.10 aumenta una categoría. Si se realiza injerto de piel + 20%
- 12.33.11 Ruptura Ligamentos 4 Últimos Dedos.
 - Plástica Dedo en Boutonnier, Cuello de cisne y mallet finger. 2 o más
- 12.33.12 dedos aumenta una categoría
- 12.33.13 Colgajos Homodigitales, zetaplástias o Colgajos locales
- 12.33.14 Tumores Partes Blandas Subaponeuróticos.
- 12.33.15 Tenorrafia Tendón Extensor. Más de 2 Aumenta una categoría
 - Tenorrafia Tendón Flexor en Cualquier Zona excepto en tierra de
- 12.33.16 nadie (Zona III). Más de 2 aumenta una categoría
- 12.33.17 Sinovectomía Total de Muñeca o Codo.
 - Liberación Articular en Mano (hasta 2 articulaciones) IF, MCF y
- 12.33.18 muñeca
- 12.33.19 Toilettes de la Fractura Expuesta sin Tratamiento óseo definitivo
 - Neurorrafia colaterales nerviosas en dedos o palma de mano (+ de 2
- 12.33.20 aumenta 1 categoría)
- 12.33.21 Cirugía reconstructiva de la uña
- 12.33.22 Artrodesis IFP o IFD
- 12.33.23 Reparación ligamentaria en MCF del pulgar + muñeca y codo
- 12.33.24 Drenaje de Infección o absceso profundo
- 12.33.25 Resección ósea por osteomielitis.
- 12.33.26 Transposición simple del nervio cubital en codo
- 12.33.27 Osteosíntesis de fractura simple del olecranon

12.34 Complejidad 5

- 12.34.01 Osteosíntesis Biosea de Antebrazo.
 - 12.34.02 Epineurectomías. Endoneurólisis en General
 - Neurorrafia Nervios Periféricos de troncos terminales plexo braquial
 - 12.34.03 (radial, cubital o mediano) o injerto de colaterales nerviosos en
-

-
- dedos o palma de mano(+ de 2 aumenta la categoría)
- 12.34.04 Colgajos Heterodigitales. Incluye Injerto
Enfermedad de Dupuytren MCF más IF. Dos o más rayos aumenta
- 12.34.05 una categoría. Si se realiza injerto de piel + 20%
- 12.34.06 Tenolisis.
- 12.34.07 Tenorrafia de Flexores en Tierra de Nadie (por dedo)
- 12.34.08 Transferencia Tendinosa para Sección de extensores
- 12.34.09 Osteosíntesis Fracturas Intraarticulares en mano
- 12.34.10 Osteosíntesis Escafoides Carpiano
- 12.34.11 Osteosíntesis Fractura de Húmero.
- 12.34.12 Fractura Expuesta en Mano. Tratamiento Completo
- 12.34.13 Pseudoartrosis de Falanges o Metacarpianos. Incluye injerto
- 12.34.14 Artrodesis Trapecio Metacarpiano.
- 12.34.15 Artrodesis Parciales del Carpo.
- 12.34.16 Osteotomías en Mano o Antebrazo.
Artroplastías por Resección Radio Cubital inf., radio humeral,
- 12.34.17 acromioclavicular, y externo clavicular
Artroscopia simple de muñeca y codo Impingement de muñeca
- 12.34.18 fracturas intraarticulares, sinovectomia,etc.
- 12.34.19 Sindactilea Simple. Dos o Más Espacios, aumentar una categoría.
- 12.34.20 Polidactilea Simple. Dos o Más Dedos Aumentar una categoría
- 12.34.21 Bandas Constrictivas Congénitas.
- 12.34.22 Tratamiento del Impingement del Hombro a cielo abierto
- 12.34.23 Liberación Articular Codo.
- 12.34.24 Pseudoartrosis Cúbito o Radio. Incluye Injerto
- 12.34.25 Resección Tumores Oseos Benignos.
- 12.34.26 Pseudoartrosis de Clavícula. Incluye injerto.
- 12.34.27 Tratamiento de la Tortícolis Congénita.
Resecciones tumorales cavitarias (si agrega injerto óseo aumenta 1
- 12.34.28 categoría)
- 12.34.29 Síndrome túnel carpiano complejo (recidivado)
Tenorrafia tendón flexor en cualquier zona excepto en tierra de
- 12.34.30 nadie (Zona III) + de 2 aumenta una categoría
- 12.34.31 Reconstrucción complejo fibro-cartílago triangular
- 12.34.32 Amputaciones en mano, antebrazo y brazo
Neurorrafia colaterales nerviosas en dedos o palma de mano (más
- 12.34.33 de 2, aumenta una categoría).-
Transposición del nervio cubital del codo + osteotomía epitrocLEAR y
- 12.34.34 reinsersión de músculos epitrocleares
Artrodesis radiocubital distal + resección en virola del cúbito
- 12.34.35 (Souve-Kapandjy)
- 12.34.36 Osteosíntesis de fractura conminuta del olécranon
Osteosíntesis de fractura intraarticular de radio distal + fractura de
- 12.34.37 cúbito
- 12.34.38 Tratamiento quirúrgico de la Camptodactilea
- 12.34.39 Tratamiento quirúrgico completo de la fractura de Monteggia o
-

Galeazi

12.34.40 Reemplazo protésico de cabeza radial

12.34.41 Reemplazo protésico MCF o IFP

12.35 Complejidad 6

12.35.01 Artrodesis Muñeca.

12.35.02 Osteosíntesis Hombro y Paleta Humeral.

12.35.03 Osteotomía Húmero.

12.35.04 Alargamientos Óseos.

12.35.05 Artroplastía no Protésica de Codo.

Reducción y Osteosíntesis de las Luxaciones transescafo-perilunares
12.35.06 del carpo

12.35.07 Tratamiento de la Luxación Inveterada Acromi-clavicular

12.35.08 Tratamiento de la Enfermedad de Kienbock

12.35.09 Artrodesis Hombro.

12.35.10 Hemicarpectomías.

12.35.11 Fracturas Expuestas de Húmero y Antebrazo. Tratamiento completo
Enfermedad de Dupuytren MCF e IF con Rigidez articular. Dos o más

12.35.12 rayos aumentan una categoría. Si hay injerto de piel + 20%

12.35.13 Tratamiento de la Inestabilidad del Carpo

12.35.14 Reemplazo Protésico en Huesos del Carpo.

12.35.15 Colgajos Abdominales o Torácicos.

12.35.16 Sindactilea Compleja (2 o Más Espacios Aumentar una categoría)

12.35.17 Polidactilea Compleja (2 o Más Dedos Aumentar una categoría)

12.35.18 Macrodactilea.

12.35.19 Braquidactilea.

Injerto Tendon Flexor (2 o Más Tendones en diferentes dedos
12.35.20 aumenta una categoría)

12.35.21 Reparación Manguito Rotador en Hombro a cielo abierto.

12.35.22 Tratamiento de la Luxación Recidivante de hombro a cielo abierto

12.35.23 Liberación Articular de Hombro.

Transferencia Tendinosa en Parálisis Simple de la mano. Hasta 2
12.35.24 tendones

12.35.25 Tratamiento del Síndrome del Escaleno.

12.35.26 Exéresis de la Costilla Cervical.

12.35.27 Transposición dedo de la mano

Resecciones tumorales óseas segmentaria (si se agrega injerto óseo
12.35.28 aumenta 1 categoría)

12.35.29 Artroscopía simple hombro (Impichment)

12.35.30 Tratamiento quirúrgico de la Rizartrosis

12.35.31 Pseudoartrosis de escafoides simple. Incluye injerto

12.35.32 Pseudoartrosis cúbito o radio. Incl inj.

Injerto de colaterales nerviosos en dedos o palma de mano (más de
12.35.34 dos, aumenta una categoría). -

- 12.35.35 Reemplazo protésico en MCF o IF
Osteosíntesis hombro (extraarticulares) o supracondíleas de húmero
- 12.35.36 o escápula extraarticular. -
- 12.35.40 Reemplazo protésico en MCF o IF

12.36 Complejidad 7

- 12.36.01 Colgajo braquial externo o interóseo posterior o chino
- 12.36.02 Tratamiento de la mano paralítica múltiple. Más de 2 tendones
- 12.36.03 Pseudoartrosis de Escafoides. Incluye injerto
- 12.36.04 Pseudoartrosis de Húmero. Incluye injerto
- 12.36.05 Reconstrucción de las parálisis excluyendo mano
- 12.36.06 Resección oncológicas de tumores maligno
- 12.36.07 Injerto de un nervio. Incluye toma de injerto
- 12.36.08 Mano bott radial.
- 12.36.09 Mano bott cubital.
- 12.36.10 Mano hendida.
- 12.36.11 Reconstrucción del pulgar.
- 12.36.12 Amputación interescapular.
Tratamiento del Traumatismo grave de la mano o dedo. Se
- 12.36.13 consideran traumatismos graves cuando se
encuentran afectados 2 o más elementos nobles en dichos sectores.
Ej: nervio+ tendón, hueso+ tendón, etc.
Cuando se deba asociar plásticas de cobertura cutánea, pasa a
categoría superior.
- 12.36.14 Artroscopía compleja de hombro (mango rotador, inestabilidad)
- 12.36.15 Pseudoartrosis biósea de antebrazo. Incluye injerto
- 12.36.17 Pseudoartrosis biósea de antebr. Inc Inj
Osteosíntesis con compromiso intraarticular de la cabeza humeral y
supra-inter-transcondilea de paleta humeral o intraarticulares de
- 12.36.18 escápula. -

12.37 Complejidad 8

- 12.37.01 Reemplazo Protésico de hombro.
Tratamiento quirúrgico de la lesión de plexo braquial mediante
 - 12.37.02 neurolisis
 - 12.37.03 Reemplazo articular de pie a mano no vascularizado
 - 12.37.04 Pulgarización del índice.
 - 12.37.05 Colgajo dorsal ancho pediculado.
 - 12.37.06 Neurorrafia en lesiones de plexo branquial
 - 12.37.07 Reemplazo protésico de muñeca o codo
Tratamiento del Traumatismo grave Grado II del Miembro (a
cualquier nivel) . Se considera traumatismo grave Grado II cuando
 - 12.37.08 se encuentran afectados 2 o más elementos nobles (hueso – tendón)
-

- nervio) en dichos sectores (Ej.: nervio + tendón, hueso + tendón, etc.) con plástica de cobertura cutánea mediante colgajo rotado y/o pediculado.

Resección Oncológica tumores malignos que comprometan más de un compartimiento o involucre elementos vasculonerviosos

12.37.09 (Liberación con magnificación). -

12.38 Complejidad 9

12.38.01 Reimplante de un dedo.

12.38.02 Colgajos libres vascularizados.

12.38.03 Injertos libres vascularizados.

12.38.04 Transferencias de un dedo del pie a la mano

12.38.05 Injertos articulares vascularizados.

12.38.06 Injerto de nervio en lesión del plexo braquial

Tratamiento del Traumatismo grave Grado III del Miembro (a cualquier nivel) . Se considera traumatismo grave Grado III cuando se encuentran afectados tendones o hueso asociado a lesión vasculo nerviosa macroscópica, con plástica de cobertura cutánea local o

12.38.07 regional. -

Reconstrucción del Pulgar por Transposición de otro dedo de la

12.38.08 mano. -

12.38.09 Revisión Artroplastía Protésica de Hombro, Codo o Muñeca.

12.39 Complejidad 10

12.39.01 Reimplante de varios dedos.

12.39.02 Reimplante de mano.

12.39.03 Reimplante de antebrazo o brazo.

12.39.04 Revisión Artroplastía de Hombro, codo o muñeca

Tratamiento del Traumatismo grave Grado IV del Miembro (a cualquier nivel). Se considera traumatismo grave Grado IV cuando se encuentran afectados tendones o hueso asociado a lesión vasculo nerviosa microquirúrgica, con plástica de cobertura cutánea

12.39.05 microquirúrgica. -

12.39.06 Transferencias de un dedo del pie a la mano. -

12.40 RODILLA

12.40 Complejidad 1

12.40.01 Infiltración. Artrocentesis.

12.40.02 Tracción esquelética.

12.40.03 Calza de Yeso, férula posterior.

12.40.04 Extracción osteodesis percutánea o cuerpo extraño superficial

12.41 **Complejidad 2**

- Reducción incruenta fractura de rodilla, bajo anestesia local o general, incluye 228nmovilización enyesada
- 12.41.01 Reducción de luxación de rótula. Incluye yeso
- 12.41.02 Biopsias por punción.
- 12.41.03 Toilette Quirúrgica superficial (supraaponeurótica). -

12.42 **Complejidad 3**

- 12.42.01 Capsulorrafia. Incluye yeso.
- 12.42.02 Trat de artritis séptica artrotomía curetaje en la osteomielitis
- 12.42.03 Biopsia a cielo abierto.

12.43 **Complejidad 4**

- 12.43.01 Toilette en fracturas expuestas sin tratamiento óseo definitivo Tratamiento de la osteocondritis patelar o femoral. Ratas
- 12.43.02 intraarticulares.
- 12.43.03 Resección de tumores en partes blandas.
- 12.43.04 Sutura en agudo de Ligamento lateral int. O ext. Incluye yeso
- 12.43.05 Osteosíntesis de rótula, incluye yeso
- 12.43.06 Recesión parcial de rótula Hemipatelectomía. Incluye yeso. Tenorrafia simples en rodillas Ej. Tendón cuadriceps tendón rotuliano, etc. Incluye yeso
- 12.43.07 Extracción de cuerpo extraño profundo. Extracción material
- 12.43.08 osteosíntesis
- 12.43.09 Epifisiodesis

12.44 **Complejidad 5**

- 12.44.01 Resección del Quiste de Beaker.
- 12.44.02 Sutura de ligamentos laterales más Menisectomía. Yeso.
- 12.44.03 Sutura de ligamentos laterales más sutura de cruzados.yeso
- 12.44.04 Plásticas ligamentarias extraarticulares
- 12.44.05 Sinovectomía de rodilla.
- 12.44.06 Resección ósea extraarticular de tumor benigno.
- 12.44.07 Osteosíntesis platillo tibial unicondilar
- 12.44.08 Osteosíntesis unicondilar femoral. Fractura intercondilea
- 12.44.09 Menisectomía simple a cielo abierto
- 12.44.10 Sinovectomía a cielo abierto
- 12.44.11 Curetaje lesión tumoral benigna. Cabitaria sin relleno óseo
- 12.44.12 Toilette RTC infectado sin retiro de prótesis

12.45 **Complejidad 6**

- 12.45.01 Osteosíntesis de ambos patillos tibial. Fractura con compromiso intraarticular y/o hundimiento. Incluye injerto óseo
- 12.45.02 Reconstrucción de Ligamentos Cruzados.
- 12.45.03 Osteotomía valguizante de Tibia.
Artroscopia simple. Lavado, 229oilettes, menisectomía, realineación
- 12.45.04 patelo femoral, plicas, sinovectomía, etc.
- 12.45.05 Recesión o curetaje de lesion tumoral cavitaria con relleno óseo
Tenotomías múltiples deflexoras de rodilla con o sin capsulotomía
- 12.45.06 (bilateral aumenta 1 categoría)

12.46 Complejidad 7

- 12.46.01 Reconstrucción cruzados más plásticas en ligamentos laterales
- 12.46.02 Artroscopia compleja de rodilla (LCA-LCP)
- 12.46.03 Artrodesis de rodilla simple
Osteosíntesis de ambos patillos tibiales por doble abordaje, fracturas con compromiso intraarticular y/o hundimiento. Incluye
- 12.46.04 injerto óseo. -

12.47 Complejidad 8

- 12.47.01 Tratamiento quirúrgico de la luxación grave de rodilla. Lesión de harri plat (lesión de ligamentos laterales, cruzados y menisco)
- 12.47.02 Revisión artroscópica (LCA-LCP)
- 12.47.03 RTR o Unicondular
Segundo tipo de Reconversión de RTR infectado sin reconstrucción
- 12.47.04 ósea
- 12.47.05 Extracción de RTR infectado + artrodesis

12.48 Complejidad 9

- 12.48.01 Revisión RTR en un tiempo.
- 12.48.02 1º tiempo de reconversión de RTR infect
Segundo tiempo de reconversión de RTR + reconstrucción ósea con
- 12.48.03 injerto óseo de banco de tejido
- 12.48.04 Reconstrucción Artroscópica de LCA y LCP en un tiempo. -

12.49 Complejidad 10

- 12.49.01 Revisión de un R.T.R. + injerto óseo de banco de tejido
Resección ósea oncológica (tumoral segmentada) y su reemplazo
- 12.49.02 con prótesis o injerto estructural de banco.

12.50 PIERNA, TOBILLO Y PIE**12.50 Complejidad 1**

- 12.50.01 Inmovilizaciones enyesadas.
- 12.50.02 Infiltraciones.
- 12.50.03 Artrocentesis evacuadora.
- 12.50.04 Tracciones esqueléticas.
- 12.50.05 Extracción osteodesis percutáneas.

12.51 Complejidad 2

- Reducciones incruentas y/o manipulaciones en fracturas y/o luxaciones, bajo anestesia local, plexual o gral. Incluye yeso
- 12.51.01 luxaciones, bajo anestesia local, plexual o gral. Incluye yeso
- 12.51.02 Biopsia por punción.
- 12.51.03 Extracciones de Tutoros Externos.
- 12.51.04 Tratamiento quirúrgico uña encarnada
- 12.51.05 Evacuación quirúrgica hematomas superficiales
- 12.51.06 Tracciones esqueléticas como único tratamiento. -
- 12.51.07 Toilette Quirúrgica superficial (supraaponeurótica) -
Tratamiento quirúrgica de dedo en martillo o mazo. Más de 2,
12.51.08 aumenta una categoría. -
- 12.51.09 Uña encarnada

12.52 Complejidad 3

- 12.52.01 Pseudoexostosis de Haglund.
- 12.52.02 Neuroma de Morton.
Tratamiento de dedos en garra, juanetillo de sastre o dedo
- 12.52.03 supraducto
- 12.52.04 Amputación dedos.
- 12.52.05 Artrodesis dedos.
- 12.52.06 Artrotomía dedos o tobillo para exploración o en artromielitis
- 12.52.07 Osteodesis percutáneas en fracturas y/o luxaciones inestables
- 12.52.08 Capsulorrafia, miorrafia.
- 12.52.09 Extracción Ganglión.
- 12.52.10 Fasciotomía.
- 12.52.11 Sinovectomía.
- 12.52.12 Síndrome túnel tarsiano.
Tumores benignos en partes blandas extraaponeuróticos o
- 12.52.13 superficies
- 12.52.14 Biopsias a cielo abierto.
- 12.52.15 Fibromatosis planar nódulo único
- 12.52.16 Injerto libre de piel único tratamiento
- 12.52.17 Tenosinovectomías en gral. A cielo abierto (excepto del Aquiles). -

12.53 Complejidad 4

- 12.53.01 Enfermedad de Lederhouse.
- 12.53.02 Sindactilea simples.
- 12.53.03 Polidactilea simple. Más de 2 dedos aumentar una categoría
- 12.53.04 Osteosíntesis falanges, metatarsianos. Hasta 2.
- 12.53.05 Osteosíntesis unimaleolares, de Peroné o Tibia
- 12.53.06 Extracción material de osteosíntesis.
- 12.53.07 Amputación pié, tobillo o pierna.
- 12.53.08 Espolón calcáneo.
- 12.53.09 Tumores de partes blandas subaponeuróticos
Secuestrectomía o extracción de cuerpo extraño en pie, tobillo o
- 12.53.10 peroné.
- 12.53.11 Tratamiento de la fractura expuesta, sin osteosíntesis
- 12.53.12 Sutura en agudo de ligamentos del tobillo
- 12.53.13 Tenorrafia simple del Aquiles.
- 12.53.14 Colgajos locales.
- 12.53.15 Tenosinovectomía a cielo abierto del Aquiles
Prácticas Endoscópicas simples: Tenoscopías, fasciotomías,
- 12.53.16 tenosinovectomías (excepto Aquiles).-
Amputación del Hallux, uno o más rayos laterales o transmetatarsal.
- 12.53.17 -
- 12.53.18 Neurolisis de nervios periféricos
- 12.53.19 Denervaciones articulares
- 12.53.20 Epifisiodesis
Artroplastía por resección o Artrodesis IF dedos. Más de 2 dedos se
- 12.53.21 agrega un 30%
- 12.53.22 Polidactilias

12.54 Complejidad 5

- 12.54.01 Osteosíntesis de + de 2 falanges o metatarsianos
 - 12.54.02 Osteosíntesis bimaleolar, tibia y peroné, astrágalo o calcáneo
 - 12.54.03 Tratamiento del Hallux valgo simple
 - 12.54.04 Pie Equino.
 - 12.54.05 Antepié varo.
 - 12.54.06 Artrodesis pié.
 - 12.54.07 Osteotomía pié o tibia.
 - 12.54.08 Transferencia/s tendinosas en parálisis o secuela traumática
 - 12.54.09 Reconstrucción ligamentos de tobillo.
 - 12.54.10 Plástica del tendón de Aquiles.
 - 12.54.11 Resección/curetaje tumor óseo cavitario o pediculado s/injerto óseo
 - 12.54.12 Sindactíleas complejas
Pie plano Adquirido del Adulto (ruptura del Tibial post)
 - 12.54.13 Reconstrucción sólo de partes blandas.-
 - 12.54.14 Osteosíntesis diafisarias de Tibia, con a sin Fractura de peroné.-
-

-
- 12.54.16 Tratamiento quirúrgico del Hallux Rigidus, Varus o Flexus.-
 - 12.54.17 Pie Bott simple (un solo gesto quirúrgico).-
 - 12.54.18 Amp. de retropié. tobillo o infrapatelar
Neurorrafia nervios periféricos de troncos terminales plexo lumbosacro (ciático, CPE, CPI, Crural etc) o injerto de colaterales nerviosos en pie (más de dos, aumenta una categoría).-
 - 12.54.19 Bandas constrictivas congénitas en pierna.-
 - 12.54.20 Tenosinovectomía endosc. de aquiles
 - 12.54.22 Exostectomía percutánea de hallux valgo

12.55 Complejidad 6

- 12.55.01 Pie Plano.
- 12.55.02 Pie Cavo.
- 12.55.03 Pie Equino - Varo - Supinado.
- 12.55.04 Resección oncológica tumores malignos.
- 12.55.05 Resección óseas en pandiafisitis
- 12.55.06 Pseudoartrosis de Tibia. Incluye injerto
- 12.55.07 Osteosíntesis trimaleolar de tobillo.
- 12.55.08 Artrodesis de tobillo.
- 12.55.09 Cross leg Incluye injerto.
- 12.55.10 Osteosíntesis pilón tibial intrarticular y peroné
- 12.55.11 Tratamiento Hallux valgo + dedos en garra
Tratamiento quirúrgico de la metatarsalgia central. Osteotomía múltiple de metatarsianos
- 12.55.12 Artroscopía diagnóstica y/o terapéutico de tobillo
- 12.55.13 Resección/curetaje tumor óseo cavitario c/ relleno óseo
- 12.55.14 Artroplastía Protésica de Hallux
Tratamiento Hallux valgo Complejo (partes blandas y Osteotomía del 1º rayo).-
- 12.55.15 Tratamiento Hallux valgo Simple + asociaciones.-
Artroscopía simple de tobillo y pie. Sinovectomías, Impichment sinovial y/o ósea ant. o post.-

12.56 Complejidad 7

- 12.56.01 Fractura expuesta de pierna + osteosíntesis
Resección total ósea como único tratamiento de tibia y peroné, astrágalo o calcáneo
 - 12.56.02 Alargamientos óseos.
 - 12.56.03 Acortamientos de miembro.
Tratamiento hallux valgo complejo (partes blandas y Osteotomía del 1º rayo) + asociaciones.-
 - 12.56.04 Artroscopía compleja de tobillo (Mosaicoplastía, artrodesis).-
Artroplastía articular de tobillo o pie con injerto osteocondral.
 - 12.56.05 Incluye toma de injerto.-
-

- 12.56.08 Triple artrodesis
Resección oncológica que comprometa un compartimiento de pierna
- 12.56.09 o pie.-
Colgajos pediculados en Isla. Incluye Injerto de piel en zona
- 12.56.10 dadora.-

12.57 Complejidad 8

- 12.57.01 Artroplastía de tobillo.
Resección Oncológica tumores malignos que comprometan más de un compartimiento o involucre elementos vasculonerviosos
- 12.57.02 (Liberación con magnificación).-
- 12.57.03 Artrodesis Panastragalina
Tratamiento del pie plano complejo adquirido: Triple artrodesis + reconstrucción ligamentaria y/o tendinosa interna y/o transferencia
- 12.57.04 de tendón y/o osteotomía.-

12.58 Complejidad 9

- 12.58.01 Revisión artroplastía.
Resección tumoral ósea segmentaria y su reemplazo con prótesis o
- 12.58.02 injerto estructural de banco
- 12.58.03 Colgajos Libres Vascularizados (con o sin neurorrafia).-
- 12.58.04 Reimplante de Hallux

12.59 Complejidad 10

- 12.59.01 Reimplante de pie o pierna.

12.60 PELVIS, CADERA Y MUSLO

12.60 Complejidad 1

- 12.60.01 Tracciones esqueléticas.
- 12.60.02 Artrocentesis / Infiltraciones.

12.61 Complejidad 2

- 12.61.01 Reducción fracturas de pelvis o fémur. Incluye cincha pélvica o tracción esquelética como tratamiento definitivo. Calzón de yeso.
- 12.61.02 Punción biopsia.
- 12.61.03 Tracciones esqueléticas único trat.
- 12.61.04 Tratamiento de la espasticidad con infiltración con toxina botulínica, hasta 4 grupos musculares sea uni o bilateral

12.62 Complejidad 3

- 12.62.01 Biopsias a cielo abierto.
- 12.62.02 Reducción luxación de RTC o RPC bajo anestesia. Incluye yeso
- 12.62.03 Resección tumores partes blandas extraaponeuróticos o superf.
- 12.62.04 Miorrafias.
- 12.62.05 Faciotomías.
- 12.62.06 Tratamiento de la espasticidad con infiltración con toxina botulínica, 5 grupos musculares, o de mayor, sea uni o bilateral

12.63 Complejidad 4

- 12.63.01 Tratamiento incruento de la luxación. Congénita de cadera (Petit). Incluye Tenotomía de aductores e inmovilización enyesada
- 12.63.02 Extracción material de osteosíntesis.
- 12.63.03 Extracción tumor partes blandas subaponeuróticos.
- 12.63.04 Amputación.
- 12.63.05 Artrotomía de cadera.
- 12.63.06 Tratamiento de la fractura expuesta, sin tratamiento óseo definitivo

12.64 Complejidad 5

- 12.64.01 Tratamiento del foco osteomielítico: secuestrectomía, curetaje. Extracción cuerpo extraño en hueso, incluido material de Osteosíntesis
 - 12.64.02 Tratamiento quirúrgico ramas del plexo lumbosacro: exploración, neurorrafia.
 - 12.64.03 Sinovectomia de cadera
 - 12.64.04 Resección tumor pediculado o curetaje de lesión cavitaria sin relleno óseo
-

- 12.64.05 Toilette RTC infectado sin retiro de prótesis
- 12.64.06 Forage de cadera simple
- 12.64.07 Cuadriceplastía

12.65 Complejidad 6

- 12.65.01 Osteosíntesis luxofracturas de pelvis extraarticulares
- 12.65.02 Osteosíntesis de Fémur (excepto cadera)
- 12.65.03 Osteotomía de fémur (excepto cadera) In
- 12.65.04 Resección oncológicas tumor maligno de
- 12.65.05 Artrolisis de cadera. Queilectomia.-
- 12.65.06 Artroscopía terapéutica de cadera.-
- 12.65.07 Forage de cadera simple + injerto óseo autólogo
- 12.65.08 Osteosíntesis ala iliaca o rama pubiana

12.66 Complejidad 7

- 12.66.01 Osteosíntesis de cadera o supra/ intercondilea.
- 12.66.02 Osteotomía de cadera o pelvis.
- 12.66.03 Pseudoartrosis pelvis o fémur. Incluye
- 12.66.04 Alargamientos óseos.
- 12.66.06 Fracturas peri protésicas sin revisión protésica
- 12.66.07 Injerto nervioso de ramas terminales del plexo lumbosacro
- 12.66.08 Resección oncológica de tumor sin reconstrucción con injerto
- 12.66.09 Osteosíntesis luxofracturas de pelvis extraarticulares.-

12.67 Complejidad 8

- 12.67.01 Osteosíntesis macizo acetabular u osteosíntesis del arco anterior y posterior pélvico
- 12.67.02 Extracción prótesis de cadera. Girlestone
- 12.67.03 Artrodesis de cadera
- 12.67.04 Desarticulación.
- 12.67.05 Osteotomías de Pelvis
- 12.67.06 Atroplastía total de cadera.
Tratamiento Quirúrgico de la Luxación Congénita de cadera (Descenso, reducción, capsulotomía+ plástica capsular + osteotomía)
- 12.67.07 2º tiempo de reconversión protésica infectada sin reconstrucción ósea
- 12.67.08 Resección Oncológica tumores malignos que comprometan más de un compartimiento o involucre elementos vasculonerviosos
- 12.67.09 (Liberación con magnificación).-

12.68 Complejidad 9

- 12.68.01 Amputación interileo abdominal.
- 12.68.02 Revisión Protésica en un tiempo
- 12.68.03 Fractura periprotésica con revisión de la prótesis
- 12.68.04 1º tiempo de reconversión protésica infectada + espaciador
2º tiempo de reconversión protésica infectada con reconstrucción
- 12.68.05 con injerto de banco
RTC primario en displastías de cadera con plásticas de cotilo con
- 12.68.06 injerto óseo y/o acortamiento femoral
Resección oncológica con reconstrucción con injerto de banco o
- 12.68.07 prótesis

12.69 Complejidad 10

- 12.69.01 Revisión RTC + plástica con injerto de banco
- 12.69.02 Reimplante de un miembro.

12.70 COLUMNA VERTEBRAL**12.70 Complejidad 1**

- 12.70.01 Collar de yeso.
- 12.70.02 Infiltraciones.

12.71 Complejidad 2

- 12.71.01 Minerva de yeso.
- 12.71.02 Corset de yeso. Corset de Risser.
- 12.71.03 Tracción cefálica.
- 12.71.04 Infiltración facetaria y/o sacroilíaca guiada por radioscopia o tac
- 12.71.05 Drenaje y toilettes de absceso superficial supraaponeurótico

12.72 Complejidad 3

- 12.72.01 Tracción cráneo-pelviana o cráneo-femoral
- 12.72.02 Halo-Chaleco.
- 12.72.03 Punción biopsia.
Bloqueo analgésico peridural y/o foraminal guiado por TAC o
- 12.72.04 radioscopia

12.73 Complejidad 4

- 12.73.01 Biopsias a cielo abierto.

12.74 Complejidad 5

- Resecciones parciales óseas como único tratamiento: laminectomía,
- 12.74.01 foraminectomía, apófisis transversas, flavectomía, etc
- 12.74.02 Extracción material de osteosíntesis correspondiente hasta 4 niveles
Toilette quirúrgica en infecciones, sin retiro de material de
- 12.74.03 osteosíntesis

12.75 Complejidad 6

- 12.75.01 Retiro de material de Osteosíntesis corespondiente a 5 niveles o más
Toilette quirúrgica en infecciones con retiro de material de
- 12.75.02 osteosíntesis

12.76 Columna Vertebral – Complejidad 7

- 12.76.01 Disectomía Lumbar simple por vía posterior
Canal estrecho simple. Liberación sacodural de hasta 2 niveles sin
 - 12.76.02 instrumentación con o sin artrodesis simple
-

-
- 12.76.03 Epondilolisis. Espondilolistesis lumbosacra; artrodesis simple, no instrumentada
- 12.76.04 Artrodesis simple de columna cervical por vía posterior; alambrado interespinoso
- 12.76.05 Vertebroplastía y Costoplastía

12.77 Complejidad 8

- 12.77.01 Disectomía lumbar + Artrodesis con instrumentación Epondilolisis. Espondilolistesis, artrodesis instrumentada hasta 3 niveles
- 12.77.02 Canal estrecho degenerativo; liberación sacodural hasta 3 niveles más instrumentación. Recalibrado de canal
- 12.77.03 Inestabilidad postraumáticas y fractura de columna cervical, dorsal y lumbar por vía posterior de con instrumentación de hasta 4 niveles
- 12.77.04 Disectomía cervical por vía anterior Pseudoartrosis a cualquier nivel, sin retiro ni cambio de instrumentación
- 12.77.05 Disectomía cervical-dorsal por abordajes posteriores con o sin instrumentación
- 12.77.06 Artrodesis simple de columna dorsal por vía anterior Canal estrecho cervical. Liberación medular por anterior y artrodesis instrumentada hasta 2 niveles
- 12.77.07 Artrodesis circunferencial de 306º, por posterior, de 1 nivel con o sin colocación de PLIF-TLIF
- 12.77.08
- 12.77.09
- 12.77.10

12.78 Complejidad 9

- 12.78.01 Canal estrecho degenerativo: liberación sacodural de 4 o más niveles, más instrumentación
- 12.78.02 Espondilolisis. Espondilolistesis, artrodesis instrumentada de 4 niveles o más
- 12.78.03 Disectomía cervical/dorsal por vía anterior y posterior. Costo transversectomía
- 12.78.04 Disectomía lumbar/dorsal endoscópica video asistida
- 12.78.05 Laminoplastia cervical, con o sin instrumentación
- 12.78.06 Artrodesis cervical anterior con instrumentación
- 12.78.07 Vertebroplastia
- 12.78.08 Toracoscopía: artrodesis
- 12.78.09 Costoplastía Luxofracturas cervicales, dorsales y lumbares. Estabilización instrumentada por vía anterior
- 12.78.10 Fracturas cervicales, dorsales y lumbares. Estabilización instrumentada por vía anterior.
- 12.78.11 Artrodesis lumbar anterior con y sin instrumentación.-
- 12.78.12
- 12.78.13
- 12.78.14 Artrodesis 360º en 1 + niv. vía post
-

- 12.78.15 Artrodesis instrumentada de columna dorsal por vía anterior
Canal estrecho cervical: liberación medular por anterior y artrodesis
- 12.78.16 instrumentada de 3 niveles o mayor
- 12.78.17 Artrodesis lumbar anterior-disectomía hasta 1 nivel
Artrodesis circunferencial de 306º, por posterior, de 2 niveles o más,
- 12.78.18 con o sin colocación de PLIF-TLIF
- 12.78.19 Reemplazo discal protésico
- 12.78.20 Artroplastía Discal.-

12.79 Complejidad 10

- Osteomielitis aguda y/o crónica. Debridamiento, drenaje (cualquier vía), retiro de material (si corresponde), liberación y nueva
- 12.79.01 estabilización.
 - 12.79.02 Malformaciones congénitas de columna: tratamiento quirúrgico
Tumores Vertebrales (resección oncológica con o sin osteosíntesis
 - 12.79.03 más artrodesis). Por vía anterior y posterior.
Escoliosis, Lordosis, cifosis. Corrección quirúrgica por vía anterior o
 - 12.79.04 posterior. Osteotomía de columna.
Pseudoartrosis a cualquier nivel con retiro de instrumentación rota y
 - 12.79.05 nueva instrumentación

ACTA DE NOTIFICACIÓN Y COMPROMISO PARA DENUNCIAS DE ACCIDENTES

En la ciudad de Posadas, Misiones, en la sede del SMAUNAM sito en Tucumán 2452, se hace presente el Sr./Sra., dando aviso de de un accidente (de tránsito, laboral, etc consignar el que corresponda.....) ocurrido en fecha en calle /ruta de la ciudad de Provincia de Misiones, tomando expreso conocimiento el firmante que: 1) el SMAUNAM no cubre accidentes, por expresa disposición del art. del Código Civil 2) amén de que el SMAUNAM cubra las prestaciones como consecuencia del accidente los gastos que demande las mismas deberán ser reintegradas por el afiliado titular y / o el firmante quién asume la calidad de deudor solidario, 3) el suscrito se notifica que el titular, y ante la imposibilidad del mismo, algún integrante de su grupo familiar mayor de edad y / o el firmante, deberán suscribir oportunamente el convenio de reintegro al SMAUNAM correspondiente.

Art. 1.109. Todo el que ejecuta un hecho, que por su culpa o negligencia ocasiona un daño a otro, está obligado a la reparación del perjuicio. Esta obligación es regida por las mismas disposiciones relativas a los delitos del derecho civil. Cuando por efecto de la solidaridad derivada del hecho uno de los coautores hubiere indemnizado una parte mayor que la que le corresponde, podrá ejercer la acción de reintegro. (*Párrafo incorporado por art. 1° de la [Ley N° 17.711](#) B.O. 26/4/1968. Vigencia: a partir del 1° de julio de 1968.*)

Art. 1.113. La obligación del que ha causado un daño se extiende a los daños que causaren los que están bajo su dependencia, o por las cosas de que se sirve, o que tiene a su cuidado. En los supuestos de daños causados con las cosas, el dueño o guardián, para eximirse de responsabilidad, deberá demostrar que de su parte no hubo culpa; pero si el daño hubiere sido causado por el riesgo o vicio de la cosa, sólo se eximirá total o parcialmente de responsabilidad acreditando la culpa de la víctima o de un tercero por quien no debe responder. (*Párrafo incorporado por art. 1° de la [Ley N° 17.711](#) B.O. 26/4/1968. Vigencia: a partir del 1° de julio de 1968.*) Si la cosa hubiese sido usada contra la voluntad expresa o presunta del dueño o guardián, no será responsable. (*Párrafo incorporado por art. 1° de la [Ley N° 17.711](#) B.O. 26/4/1968. Vigencia: a partir del 1° de julio de 1968.*)

FIRMA: ACLARACIÓN:.....

CALIDAD DEL FRIMANTE: FECHA:.....

Programa Servicio Telefónico

- **OBJETIVO:**
 - Acercar y ofrecer a los afiliados de la Obra Social un servicio de comunicación más fluido que les permita tener acceso directo de orientación frente a problemas de salud ocurridos fuera del horario habitual.
 - Brindar una prestación de servicio telefónico para casos de urgencias y emergencias médicas los fines de semana, feriados y días de semana a partir de las 20 horas para resolución de las mismas
 - Dar contención, información y acompañamiento al afiliado en situaciones de crisis surgidas de inconvenientes de salud.

 - **TIEMPO:**
 - Fines de semana
 - Feriados
 - Días laborables fuera del horario de atención de la Obra Social; esto es de 12.30 a 16 horas, y a partir de las 19 horas a las 8 de la mañana del día siguiente.

 - **PERFIL DEL OPERADOR:** administrativo, con amplio conocimiento en el funcionamiento de la Obra Social, y de la oferta disponible de servicios de salud en la zona. Deberá reunir además condiciones de buen trato con los afiliados, como así también predisposición a la ayuda y contención

 - **RESPONSABLE:** Área de Prestaciones

 - **CAPACITACION:** Se capacitará al/los operadores en los siguientes temas según el manual de procedimientos:
 - Modalidad de atención en situaciones de riesgo, forma de abordaje
 - Canales de derivación: efectores, oferta en general
 - Definición de emergencia, urgencia, situaciones de alto riesgo
 - Flujogramas según eventos.

 - **OPERATIVIDAD:-** Cuando se produzca una llamada de emergencia el operador deberá en primer lugar escuchar la
-

demanda por la cual el afiliado se comunica. Inmediatamente deberá proveer información en cuanto a efectores de atención, guardias existentes, profesionales a consultar, etc. Se aconseja ofrecer en primera instancia la consulta con la empresa de traslados contratada (MEDISUR, o sus equivalentes en Oberá y Eldorado), ya que el 90 % de estas situaciones se resuelven por este medio.

En caso de que la situación sea grave y no se pueda resolver (ejemplo accidentes, intoxicaciones, catástrofes, etc) se llamará al médico auditor con la finalidad de brindar más información o hacerse presente, de ser necesario, en el hospital o equivalente.

Al operador se le aportará una agenda conteniendo teléfonos de utilidad, direcciones, nómina de prestadores, etc.

Llenará una planilla de sucesos a los fines de disponer información estadística y llevar un mejor seguimiento del caso

- **RECURSOS Y COSTO**

Recursos humanos (horas extras)	2
Teléfono	1
Manual de procedimientos	1

- **Anexo: planilla de Sucesos**

Nomenclador de Prestaciones para estudiantes con Becas de Salud

Todo estudiante que perciba la Beca, tendrá acceso a las siguientes prácticas con coseguros del 40%:

- Consultas: (42.01.01) médicas, oftalmológica (30.01.51) y consulta psiquiátrica de diagnóstico y orientación.
- Análisis de laboratorio: hemograma (475), eritrosedimentación (297), hepatograma (481), glucemia (412), uremia (902), coagulograma (171), orina completa (711), VDRL (933 o 934), HIV (063) grupo sanguíneo (433) y factor (813),
- Otras Prácticas: electrocardiograma (17.01.01), papanicolau (15.01.06)
- Radiologías de tórax (34.03.01), cráneo (34.02.01) y senos paranasales (34.02.01).
- Internación clínica y quirúrgica de urgencia con un máximo de 5 días.
- medicamentos ambulatorios con una cobertura del 40% y de internación con una cobertura del 50%.
- odontología básica (consulta, restauraciones, radiografías y extracciones)

Este Menú prestacional podrá ampliarse con autorización expresa de los decanos, y sufrirán los mismos mecanismos de autorización que los afiliados corrientes; es decir según criterio de Auditoría Médica.

Programa de Dengue

Se detallan a continuación acciones cubiertas por SMAUNaM para palear la epidemia de Dengue.

- Acciones Preventivas: Brindando al afiliado información sobre los cuidados personales, de la vivienda y de saneamiento básico.
- Entrega gratuita de repelentes y paracetamol a todo afiliado con Síndrome Febril.
- Cobertura del 80% en análisis de laboratorio (recuento de plaquetas, hepatograma, otros), y serología específica de Dengue (A/P Dengue Ac. Anti IgG, IgM, y IgA cualitativa)
- Control y vigilancia epidemiológica para la detección de casos sospechosos y confirmados según el siguiente esquema: denuncia del caso confirmado, entrevista con auditoría médica a fin de otorgar información al enfermo y su familia. En la mencionada entrevista el afiliado deberá acreditar domicilio con el objeto de buscar bolsones geográficos de riesgo y comunicar a la municipalidad para la desinfectación.
- Sistema de Consultas y respuestas a los afiliados via correo electrónico

BIBLIOGRAFÍA

1. Nomenclador Nacional de Prestaciones con P.M.O. 1998. Ministerio de Salud y Acción Social
2. Normas de Auditoría Médica. IOMA. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. 2002
3. Normas de Auditoría de la Calidad de la Atención. Normativa 005 Gobierno de Nicaragua. Año 2008
4. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención. Ministerio de la Salud. Presidencia de la Nación. 2007
5. Piscoya J. Auditoría Médica como pilar de la Calidad de la Atención de Salud. Revista Médica. IPSS. 1997.
6. Lembeke, P.A. Métodos Científicos de Auditoría Médica. Publicación científica. Nº 534. 1992.
7. Altamar, O.F. Conceptos Generales de auditoría Clínica. 1992.
8. Martínez J. H., Fernández J. Sistema de auditoría Médica Hospitalaria. Revista Cubana de Administración en Salud. 1998.
9. Manual de Auditoría Médica OPS. México. Año 1987.
10. Normas de Auditoría Médica. OSPRERA. 2009
11. Normas de Inmunizaciones. OPS-OMS. 2010
12. Programa de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Nación. Normas. 2003.
13. Resolución 247/96. Programa Médico Obligatorio. Ministerio de la Nación.
14. Resolución 201/02. Programa Médico Obligatorio de Emergencia. Superintendencia de Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación
15. Resolución 310/04. Cobertura de Medicamentos para Patologías Crónicas. Ministerio de la Nación.
16. Ley 22.431/81. Sistema de Protección Integral a las personas discapacitadas
17. Ley 24.901/97. Sistema de Prestaciones Básicas de Habilitación y rehabilitación Integral a favor de las personas con Discapacidad.
18. Ley 25.504/01 (Ministerio de Salud de la Nación. Certificado Único de Discapacidad. Alcances de los certificados Emitidos por las Provincias Adheridas a la ley Nº 24.901
19. Decreto 1193/98. Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y rehabilitación Integral a favor de las personas con Discapacidad.

20. Resolución 428/99. Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad actualizada en Resolución 36/03.
21. Resolución 705/00 (Marco básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad).
22. Resolución 1328/06. Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a personas con discapacidad.
23. Resolución 1074/08. Administración de Programas Especiales. Modificación de Aranceles vigentes de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de la Personas con Discapacidad.
24. Resolución 675/09. Nuevo certificado Único de Discapacidad. Ministerio de Salud de la Nación.
25. Resolución 2299/10 Administración de Programas Especiales. Modificación de Aranceles vigentes de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de la Personas con Discapacidad).
26. Asociación de Ortopedia y Traumatología de la Provincia de Misiones (AOTMI). 2010.
27. Asociación de Anestesiastas de la Provincia de Misiones. Año 2010.
28. Asociación de Gastroenterología de la Provincia de Misiones. Año 2010.
29. Asociación de Oncología de la Provincia de Misiones. Año 2010.
30. Asociación de Otorrinolaringólogos de la Provincia de Misiones. Año 2009
31. Consejo de Obras sociales de Universidades Nacionales (COSUN)
32. Dirección General de Obra Social de la Universidad de Buenos Aires
33. Obra Social de la Universidad Nacional de Rosario
34. Sistema Único de Prestaciones (SUR). Resolución 12001/2012 SSS

