

## **ANEXO II - Prácticas que se dan de baja del Convenio**

<b>CODIGO</b>	<b>DESCRIPCION DE LA PRACTICA</b>
150101	BIOPSIA POR INCISION O POR PUNCION.
150102	ESTUDIO MACRO Y MICROSC. DE PIEZA O
150103	ESTUDIO MACRO Y MICROSC. DE PIEZA R
150104	BIOPSIA POR CONGELACION Y EST.DIF.C
150105	EST.BIOPSICO SER. Y SEMISER.
150106	CITOLOGIA EXFOLIAT.ONCOLOGICA
150107	CITOLOGIA EXFOLIAT.HORMONAL
150108	NECROPSIA DE NEONATO O LACTANTE.
150110	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA B.
150111	CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONC.DE LIQ.
150201	INMUNOMARCACION
150203	RECEPTORES HORMONALES
180103	ECOCARDIOGRAMA COMPL.C/ESOSCOPIA-MODO B
180119	DOPPLER CAROTIDEO
180120	DOPPLER DE LAS VERTEBRALES
190102	REGIMES INDIV.C/PREPARAC.MENU DIETETICO
250103	TERAPIA OCUPACIONAL..POR SESION Y P
250104	REHABILITACION DEL LENGUAJE..POR SE
280102	ESPIROMETRIA ANTES Y DESPUES DE USO
280103	BRONCOESPIROMETRIA.
280107	CURVA DE FLUJO VOLUMEN-CON O SIN ES
280108	DETERMINACION DE VOLUMENES PULMONAR
280109	ESTUDIO DE MECANICA PULMONAR -COMPR
280110	ANALISIS DE GASES EN AIRE ESPIRADO
290101	ELECTROENCEFALOGRAFIA C/ACTIVIDAD SIMPLE
290102	ELECTROENCEFALOGRAFIA C/ACTIVID.COMPLEJA
290107	REFLEXOGRAMA PATELAR Y/O AQUILIANO.
290108	CRONAXIMETRIA
290109	ELECTRODIAGNOSTICO.
290110	REOGRAFIA CEREBRAL, CARDIACA O VASC
330102	PSICOT.GRUP.O COL.NIÑOS O AD.P/SES.60MIN
330107	GOTEO CON PSICOFARMACOS EN LOS ENFE

**Anexo III - Prácticas que se incorporan al Convenio**

<b>CODIGO</b>	<b>DESCRIPCION PARA BONO</b>	<b>DESCRIPCION PARA AUDITORIA</b>
<b>010309</b>	PUNCION LUMBAR CON O SIN MANOMETRIA	Solo pueden facturar Neurologos, Neurocirujanos y Pediatras. No UTI. Sólo en Guardia /Internación Piso. Sólo para DIAGNOSTICO, NO para bloqueo
<b>158001</b>	CITOLOGIA GINECOLOGICA. HASTA 4 MUESTRAS	Hasta 4 muestras. Corresponde a 150106/150107 del NN. <b>AUTORIZAR SOLO x UNO (1)</b> En toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales o mayor de 18 años La cobertura del PAP està indicada en forma anual
<b>158002</b>	CITOLOGIA <b>NO</b> GINECOLOGICA. HASTA 3 MUESTRAS	Bronquial (Cepillado, Lavado y BAL) Líquidos, PAAF y Cepillado endocervical Hasta 3 muestras Corresponde al 150110 y/o 150111 del NN <b>AUTORIZAR SOLO x UNO (1)</b>
<b>158003</b>	BIOPS SERIAD/SEMISERI PIEL,PUNC.BIOP.XMUESTR/FCO SEPAR	Trucut de mama, riñón, hígado, próstata Biopias endoscópicas, cuello uterino, legrado, ganglios linfáticos. Por muestra / Frasco Separado Identificado Corresponde al 150101 y/o 150105 del NN
<b>158004</b>	EST ANAT-PATOL DE RESECC QUIRURG ( <b>NO ONCOL</b> ) P/ORG	Incluye tinciones de histoquímicas simples y complejas. Corresponde al 150102 NN
<b>158005</b>	EST ANAT-PATOL DE RESECC <b>ONCOLÓGICAS</b> POR ORGANO	Incluye ganglios regionales. Y los cortes que fueran necesarios <b>No incluye ganglio centinela.</b> Corresponde al 150103 del NN. <b>AUTORIZAR X UNO (1)</b>
<b>158006</b>	EVALUAC.TECN.COMPUESTAS,COMPLEJAS,TEJID.MULTIPLES	Radio quirúrgica, tejido mamario con márgenes, resección transuretral de próstata o vejiga, conización de cuello uterino y <b>GANGLIO CENTINELA)</b> <b>AUTORIZAR POR PIEZA OPERATORIA</b>
<b>158007</b>	PRESENCIA PATOLOGO EN SITIO DE TOMA BIOPS/CITOLOG	En Quiróf, imag Hasta 4 muestras y control de márg de muestra positiva No incluye estud dif del mater estud (fact x el cód corresp) Corresp al 150104 NN Facturar c/protoc Qx c/firma y sello AnatPatog
<b>158008</b>	NECROPSIA NEONATO O LACTANTE	Corresponde al 150108 del NN <b>CON AUTORIZACION PREVIA DEL IPSST</b>
<b>158009</b>	RECEPT HORM E INMUNOMARC.MARCAD NEC.INCL GTO ENVIO	Para tipificación celular/inmunofluorescencia Los marcadores necesarios. Incluido los gastos de envió. Corresponde a 150201, 150202 y 150203 <b>NN</b> <b>AUTORIZAR POR UNO (1)</b>
<b>280168</b>	POLISOMNOGRAFIA CON OXIMETRIA DIAGNOSTICA	Autorización por Jefatura Médica.
<b>280170</b>	POLISOMN C/OXIMETRIA P/TITULACIÓN DE CPAP Y/O BPAP	<b>AUTORIZAR POR UNO (1)</b> sólo en caso que el resultado de 280168 de positivo. Autorización por Jefatura Médica
<b>290120</b>	E.E.G. PROLONGADO HASTA 4 HORAS, HASTA 21 CANALES.	El paciente previamente debe tener el 290171 patológico
<b>290171</b>	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	Lo máximo es hasta veintiun (21) canales

## ANEXO IV - Prácticas modificadas

CODIGO	DESCRIPCION ACTUAL DE LA PRACTICA	NUEVA DESCRIPCION BONO	DESCRIPCION PARA AUDITORIA
180123	DOPPLER DE LOS MIEMBROS INFERIORES	DOPPLER <b>AMBOS</b> MIEMBROS INFERIOR. ARTERIAL O VENOSO	SE AUTORIZA HASTA 2 POR AÑO.FACTURAR CON INFORMACION
180124	DOPPLER DE LOS MIEMBROS SUPERIORES	DOPPLER <b>AMBOS</b> MIEMBROS SUPERIOR. ARTERIAL O VENOSO	SE AUTORIZA HASTA 2 POR AÑO.FACTURAR CON INFORMACION
180125	DOPPLER CARDIACO	DOPPLER COLOR CARDIACO CON ECOCARDIOGRAMA COMPLETO	EN FACTURACION, DEBE ADJUNTARSE AMBOS INFORMES (ESTRUCTURA Y FUNCION CARDIACA), CASO CONTRARIO DEBITO NO REFACTURABLE
290103	ELECTRONISTAGMOGRAFIA	NISTAGMOGRAFIA. ELECTRORETINOGRAMA	
290104	ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERI	EMG <b>AMBOS</b> MIEMB SUP O INF O FACIAL C/VEL DE CONDOC	SIEMPRE ES EN AMBOS MIEMBROS PORQUE SON PRUEBAS COMPARATIVAS. 1 POR AÑO
290105	ELECTROMIOGRAFIA DE LOS CUATRO MIEM	EMG 4 MIEMBROS CON VELOCIDAD DE CONDUCCION	N/A
290106	ELECTROMIOGRAFIA CON VELOCIDAD DE C	PRUEBA DE ESTIMULO REPETITIVO	INDICACION: MIASTENIA GRAVIS Y SINDROME MIASTENIFORME. SE PUEDE ADICIONAR COD 290104 ó 290105
290111	SOMATO SENS. O VIS. O AUD. - POTENCIALES EVOCADOS	POTENC EVOCADOS DE CUALQ VIA DE CONDUCC O SENTIDOS	SE AUTORIZA POR UNO, AUDITIVO O VISUAL O SOMATOSENSITIVO
290112	CUBRE LOS TRES POTENCIALES EVOCADOS	POTENC EVOCADOS DE DOS VIAS DE CONDUCC O SENTIDOS	SE AUTORIZA POR UNO, AUDITIVO+VISUAL O VISUAL+SOMATOSENSITIVO O AUDITIVO+SOMATOSENSITIVO
290113	EN CASO DE SOLICITAR OTRO POTENCIAL EL MISMO PACIE	POTENC EVOCADOS DE TRES VIAS DE CONDUCC O SENTIDOS	SE AUTORIZA POR UNO, AUDITIVO+VISUAL+SOMATOSENSITIVO
280101	ESPIROMETRIA. COMPRENDE..CAPACIDAD	ESPIROMETRIA COMPUTARIZADA	
330101	PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES, NIÑOS O	PSICOTER.IND.NIÑOS O AD.P/SES.MIN.40 MIN	HASTA 4 SESIONES POR MES. HASTA 30 SESIONES POR AÑO. MÁS DE 30 SESIONES EXCLUSIVAMENTE CON HISTORIA CLINICA. AUTORIZAR POR SALUD MENTAL
330103	PSICOTERAPIA DE PAREJA O FAMILIA, P	PSICOT.PAREJA O FAMIL.P/SES.MIN.50 MINUT	HASTA 4 SESIONES POR MES. HASTA 20 SESIONES POR AÑO. MÁS DE 20 SESIONES EXCLUSIVAMENTE CON HISTORIA CLINICA. AUTORIZAR POR SALUD MENTAL
180132	DOPLER CAROTIDEO Y VERTEBRAL	DOPPLER DE VASOS DE CUELLO (CAROTIDEO Y VERTEBRAL)	EN FACTURACION, DEBE ADJUNTARSE EL INFORME DE AMBOS VASOS, CASO CONTRARIO DEBITO <b>NO REFACTURABLE</b>
180122	DOPPLER DE LOS VASOS ABDOMINALES	DOPPLER DE LOS VASOS ABDOMINALES ARTERIA Y/O VENOS	ARTERIAL Y/O VENOSO
180133	DOPPLER OBSTETRICO	DOPPLER OBSTETRICO	PARA ARTERIAS UTERINAS, PLACENTA Y FETAL <b>NO CARDIACO</b>
180134	ECO DOPPLER CONTROL OVULACION	ECO DOPPLER CONTROL OVULACION	PARA CASOS DE FERTILIDAD SOLO SE AUTORIZA POR <b>JEFATURA MEDICA</b>