

Normas de prestaciones varias

Las siguientes normativas, incluyen en algunos casos, cambios en la codificación que se venía utilizando, a fin de darle mayor coherencia a las prestaciones que son afines.

INDICE:

- 1. Neurocirugías intracraneales**
- 2. Oftalmología**
- 3. Implantes cocleares**
- 4. Cirugía de Tórax**
- 5. Mastoplastias post Mastectomia oncologica**
- 6. Cardiovascular**
- 7. Digestivo**
- 8. Cirugía de la Obesidad**
- 9. Ginecoobstetricia**
- 10. Cirugías de Columna Vertebral**
- 11. Ecodoppler**
- 12. Preparación psicofísica para el parto**
- 13. Hematología**
- 14. Polisomnografía**
- 15. Puvaterapia**
- 16. Cámara Hiperbárica**
- 17. Neonatología**
- 18. Oncología**
- 19. Módulos de Programas**
- 20. Alta complejidad**

1. Neurocirugías intracraneanas – Códigos 01.01.01, 01.02.01, 01.02.06, 01.02.10 y 01.03.03 – 010708

010101 Malformaciones congenitas encefalomeningocele patologia de charnela , Arnold Chiari
010201 Ventriculocisternostomias (endoscopica)
010206 Tratamiento quirúrgico de los aneurismas y malformaciones
010210 Escisión de lesión tumoral intracraneala
010213 Cirugía estereotáxica
010303 Extirpacion o ligadura de aneurismas o malformaciones arteriovenosas medulares
010409 Drezotomía posterior
010410 Neurotomía selectiva extramedular

010708 Tratamiento endovascular de aneurismas craneales con embolizaciones terapéuticas o microcoils

Incluyen: honorarios del equipo quirúrgico, derechos operatorios (de usos de quirófano y de instrumental específico), monitoreo operatorio; 3 días de ARM – materiales descartables y medicamentos de uso común - suturas- , fisioterapia y neurorehabilitación. En menores de 10 años cama acompañante 4 días de UTI y 6 de habitación. Atención médica de las especialidades necesarias, prácticas especializadas médicas y de laboratorio, imágenes (incluyendo TAC, RMN, Ecodoppler y Cámara Gamma)

Excluye: drogas para mantener ARM después del 3er. día, clips, prótesis, válvulas, catéter de medición de presión intracraneana, catéter de Swan Ganz, factores de coagulación, medicamentos catástrofes, Anestesia, Anatomía Patológica y Hemoterapia. (se facturan a las respectivas asociaciones).

Solamente puede facturar estos códigos, las instituciones contratadas especialmente para ello y acreditadas por APROSS

2. Oftalmología

Fotocoagulación con yag láser – código 02.09.01

Se autorizará su cobertura en los siguientes casos:

1.1. Cuando se realiza luego de los 6 meses posteriores a la cirugía de cataratas, en pacientes con opacificación clínicamente significativa de la cápsula posterior del ojo operado

1.2. Cuando se realiza en pacientes con opacificación capsular posterior, independientemente del deterioro funcional, por cualquiera de los siguientes motivos:

1.2.a. Para proveer mejor visualización del polo ocular posterior en casos de desprendimiento de retina, enfermedad macular, retinopatía diabética

1.2.b. Para realizar diagnóstico de tumores de polo ocular posterior

1.2.c. Para evaluar la porción intraocular del nervio óptico

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

1.4. 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:

1.4.a. Criterio 1) el paciente tiene un score corregido de agudeza visual de Snellen de 20/50 o peor sumado a las dos siguientes condiciones simultáneamente:

1.4.a.I. El examen ocular confirma que la opacificación capsular posterior está presente

1.4.a.II. El deterioro de la visión ha interferido con la capacidad del paciente para llevar adelante sus actividades habituales

1.4.b. Criterio 2) el paciente tiene una agudeza visual corregida máxima de 20/40 o mejor + las tres siguientes condiciones simultáneamente:

1.4.b.I. Agudeza visual fluctuante como resultado de resplandor o disminución del contraste

1.4.b.II. El examen ocular confirma que la opacificación capsular posterior está presente

1.4.b.III. El deterioro de la visión ha interferido con la capacidad del paciente para llevar adelante sus actividades habituales

Observaciones:

1.5. Se considera inapropiada

1.5.a. Si se realiza de manera concurrente con la cirugía de cataratas

1.5.b. Si se realiza de manera profiláctica

1.5.c. Si se realiza de manera sistemática luego de las cirugías de cataratas sin tener en cuenta las necesidades específicas de cada paciente

Cobertura de excimer laser Código 020706

Normativa

1. En miopías:

Miopía mayor de -3,5 d y menor a -8d (miopías + astigmatismos superiores a -8 d tienen indicación de lio fáquica al igual que hipermetropías mayores a +4,5 d)

Anisometropía superior a 2 dioptrías

2. En astigmatismo:

Mayor a -3 d puro

Mayor a -2d asociado a miopías mayor a -2d o a hipermetropía mayor a +1,5 d

3. En hipermetropías

Mayor a +1,5 d y menor a +4,5 d(en pacientes entre 40 y 65 años de edad)

Causas médicas que son de indicación para cirugía refractiva

Intolerancia a lentes de contacto médicamente evidenciables, por ej.: queratitis a repetición con el uso de lentes de contacto, conjuntivitis papilar gigante por uso prolongado de los mismos, infecciones corneales, etc.

Causas laborales precisas, por ej.: operarios de máquinas de alta precisión donde es fundamental la nitidez total y pacientes que trabajan en ambientes muy húmedos y calurosos que impiden el uso de corrección aérea.

Intolerancia al uso de anteojos por anisometrías que producen aniseiconia, ésto es la diferencia importante en la graduación entre un ojo y el otro con la imposibilidad resultante para fusionar las imágenes que pueda dar visión doble, imágenes aberrantes, mareos,etc.

Contraindicaciones

Miopías evolutivas, queratocono evolutivo, cataratas, uveítis, ojo seco severo, blefaritis y alergias, glaucoma no controlado, colágenopatías, inmunosupresión, ojo único, expectativas no comprendidas o aumentadas en el paciente, menores de 20 años de edad, diabetes, ambliopía profunda de un ojo, queloides, etc.-

300124 Topografía Corneal uni o bilateral

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

Diagnóstico de queratocono (mancha roja inferior)

300202 Paquimetría Computarizada

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

Paciente con disminución visual que se presenta con edema corneal en la biomicroscopía. Se realiza seguimiento con recuento endotelial y paquimetría.

TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA (OCT)

Este estudio no está contemplado en el Nomenclador Apross. Las Instituciones prestadoras lo tienen incluido en su presupuesto y en el caso que se prescriba, deberán hacerse cargo del costo del mismo.

3. Implante coclear

Código 030361 Preimplante

Incluye: honorarios profesionales de la salud, audiometría b.e.r.a., entrenamiento en lectura labial en los casos que lo requieran, estimulación eléctrica del promontorio, evaluación psicológica, examen vestibular, impedanciometría, logaudiometría, otoemisiones acústicas, selección de otoamplifonos, timpanometría, TAC.

Código 030362 Cirugía de Implante Coclear

Incluye: internación en habitación doble con baño privado, de adultos o pediátrica, hasta dos (2) días; honorarios (de todo el equipo profesional) y derechos operatorios, de anestesia, de monitoreo, de oximetría de pulso, clínicos y monitoreo del facial, prácticas de control y tratamiento, interconsultas, medicamentos y materiales descartables, quirúrgicos y de piso.

Prótesis: provisión a cargo de APROSS.

Norma de prescripción: el profesional solicitante de la prótesis, deberá realizarlo con la descripción genérica, según las siguientes características de modo excluyente: array de electrodos perimodiolar, array de 16 electrodos o mas; receptor interno de titanio; carcasa de silicona flexible; imán removible; profundidad de lecho óseo de hasta 3 mm; diagnóstico de telemetría de impedancias; diagnóstico de imagen de respuesta neural o de telemetría de respuesta neural; procesador del habla retroauricular con pilas o baterías recargables; estrategias de programación de alta velocidad de estimulación.

Código 030364 Post Implante

Incluye: honorarios profesionales de la salud: durante tres (3) meses posquirúrgicos: calibraciones (las necesarias); incluyendo evaluación audiológica, de percepción del habla y orientación familiar; incluye supervisión del profesional rehabilitador, rehabilitación y adiestramiento auditivo; eventualmente evaluación psicológica y apoyo psicoterapéutico. Apross cubrirá hasta un máximo de dos módulos.

Excluye: programa SAID

4. Cirugía de Tórax

050403 Operaciones en el mediastino via torácica o videoscópica

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

- * Estadificación de cáncer de pulmón
- * Tumores del mediastino
- * Heridas torácicas

050405 Mediastinoscopia con o sin videoscopia

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

Estadificación de cáncer de pulmón

050413 Toracovideoscopia terapéutica. Para resecciones

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

Lesiones periféricas cuya resección sea exclusivamente por esa vía

050501 Colocación de stent endobronquial

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

- 1- El alivio sintomático de pacientes con obstrucción crítica de la vía aérea, principalmente debida a compresión extrínseca con o sin componente endoluminal
- 2- La resolución de patología benigna obstructiva aérea no operable (p. Ej. Estenosis post-extubación no operable) o en pacientes no elegibles para cirugía
- 3- El tratamiento paliativo de enfermedades neoplásicas que determinan síntomas obstructivos de la vía aérea, ya sea definitivo o transitorio (en espera de radioterapia o tratamiento antineoplásico).

5.-060200 MASTOPLASTIAS POST MASTECTOMIA ONCOLOGICA

Solamente serán autorizadas a los Prestadores contratados especialmente por APROSS, y según normativas.

Las alternativas reparadoras contemplan desde la preparación inmediata del lecho quirúrgico con expansores para un posterior implante, hasta la reconstrucción del complejo areola pezón.

Características de la Cobertura:

- La cobertura es del 100% a cargo de APROSS
- Las afiliadas no deberán abonar suma alguna a los prestadores contratados
- Alcanza a las mujeres menores de 65 años.
- No está cubierta la Cirugía Estética de la mama contralateral, que de realizarse en el mismo acto quirúrgico que la operada, no podrá ser facturada ni al APROSS ni a la Afiliada.
- Los aranceles que se abonan a los prestadores, incluyen el costo de la prótesis implantada (Implantes anatómicos texturizados y expansores anatómicos texturizados con válvula incorporada)
- Para solicitar la autorización, debe completarse el formulario especial que se retira en APROSS y luego se presentará en Auditoría Médica acompañando:
 - Copia de Historia Clínica actualizada consignando el tratamiento en curso y el pronóstico oncológico
 - Informe Quirúrgico de la ablación
 - Prescripción del cirujano plástico con propuesta de técnica a emplear.

6.-Cardiovascular

070115 Colocación de Desfibrilador implantable -Resincronizador-

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

Amplio consenso y evidencia de buena calidad:

1- **Prevención secundaria:** pacientes que en ausencia de una causa tratable presenten lo siguiente:

(a) Paro cardíaco debido a taquicardia ventricular o fibrilación ventricular

(b) Taquicardia ventricular (tv) espontánea y sostenida que provoca síncope o compromiso hemodinámico significativo

(c) Taquicardia ventricular (tv) sostenida sin síncope o paro cardíaco, asociada a una reducción de la fracción de eyección (<35%) en pacientes cuya clase funcional no sea peor que III de la clasificación funcional de insuficiencia cardíaca de la New York Heart Association

2- **Prevención primaria:**

(a) pacientes con historia de infarto agudo de miocardio (IAM) que a su vez tienen todo lo siguiente: 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 de la New York Heart Association

(b) condiciones familiares cardíacas con un alto riesgo de muerte súbita, incluyendo a los síndromes de Qt prolongado, la Cardiomiopatía Hipertrófica, el Síndrome de Brugada, la Displasia ventricular derecha arritmogénica, y luego de la reparación de la Tetralogía de Fallot

070803 Angioplastia Trasluminal coronaria con rotablator / Simpson

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

Lesiones calcificadas no dilatables

070806 Angioplastia Trasluminal periférica

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

1. Arterial renal: cuando se cumplen los siguientes criterios:

al menos 75% de estenosis de una o ambas arterias y que desarrollen, a pesar de tratamiento médico óptimo (asociación de dosis máximas de 3 o más drogas sinérgicas) al menos alguna de las siguientes condiciones:

* Hipertensión no controlada

- * Edema pulmonar recurrente fugaz
 - * Ingreso a diálisis dependiente únicamente de estenosis aterosclerótica de la arteria renal, o deterioro de función renal, especialmente con estenosis bilateral o riñón único funcionante.
2. Enfermedad arterial periférica de miembros inferiores: cuando se cumplen los siguientes criterios: estenosis u oclusión de la arteria ilíaca con claudicación intermitente o isquemia crítica de la extremidad con empeoramiento clínico y que luego de una extensa evaluación y tratamiento médico adecuados no mejora ni se estabiliza y requiere de un procedimiento invasivo, ante la presencia de al menos alguna de las siguientes condiciones clínicas:
- * dolor vascular limitante para su estilo de vida habitual o permanente en reposo
 - * úlceras vasculares no cicatrizantes o gangrena focal: deberá cumplirse en su totalidad con los siguientes criterios anatómicos:
 - * lesiones menores de 10 cm
 - * lesiones localizadas en la ilíaca externa o común

Tratamiento de aneurismas de aorta – códigos 07.02.06, 07.02.07

By pass aorto coronario – código 07.02.08

By pass mamario coronario - código 07.02.09

Resección de aneurisma ventricular, como única operación – código 07.02.10

Incluyen: honorarios del equipo quirúrgico, derechos operatorios (de usos de quirófano y de instrumental específico), monitoreo operatorio; 3 días de ARM – Materiales Descartables Específicos y Habituales y Kit de circulación extracorpórea (oxigenador, cánulas, tubuladuras etc.); medicamentos de uso común - suturas-; fisioterapia y neurorehabilitación. En menores de 10 años cama acompañante 3 días de uti y 6 de habitación. Atención médica de las especialidades necesarias, prácticas especializadas médicas y de laboratorio, imágenes (incluyendo TAC, RMN, Ecodoppler y Cámara Gamma).

Excluyen: drogas para mantener ARM después del 3er. Día, clips, prótesis, cementos o adhesivos biológicos, catéter de Swan Ganz, factores de coagulación, medicamentos catástrofes, anestesia, anatomía patológica, hemoterapia. (se facturan a las respectivas asociaciones), catéteres triple lumen o monolumen para monitoreo arterial, medicamentos catástrofe

07.07.30 TRATAMIENTO DE ARRITMIAS CARDIACAS CON NAVEGACION ELECTROANATOMICA – ENSITE

Se autorizará la cobertura según la siguiente normativa:

I.- Indicaciones:

- A.-**Fibrilación auricular refractaria a tratamiento medico
- B.-**Fibrilación auricular paroxística
- C.-**Taquicardias ventriculares
- D.-**Taquicardias auriculares ectópicas
- E.-**Aleteos auriculares atípicos

II.-Condición anatómica: Tamaño de Aurícula Izquierda menor a 5,5 cms.

III.-Edad: pacientes menores a 65 años

IV.-Arancel Integral: \$32.120 – Código propuesto: Tratamiento de arritmias cardíacas con ablación por radiofrecuencia guiada con navegación electroanatómica

V.- Incluye: Honorarios de todos los profesionales participantes; Internación; Gastos sanatoriales y de los servicios involucrados (Imágenes, Hemodinamia, Cardiología, etc.); Prácticas especializadas, Laboratorio, Medicamentos y Materiales descartables comunes y específicos para la ablación (Catéteres, parches, etc.) y cualquier otro recurso tecnológico o humano necesario para el procedimiento, hasta el alta institucional del paciente.

VI.-Excluye: tratamiento de eventos adversos inevitables de solución quirúrgica.

VII.-Autorización: Previo a su realización, deberá ser autorizado por Auditoría Médica, y no más de un procedimiento por afiliado.

7.-Digestivo

080113 Colocación de prótesis esofágicas (tubo de Soutard/stent)

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

1. Tratamiento de la fístula traqueoesofágica
2. Tratamiento paliativo de la disfagia en pacientes con estenosis malignas esofágicas en pacientes con tumores esofágicos irresecables (estadios 3 y 4) o en pacientes con cualquier estadio de la enfermedad que son considerados inoperables por la presencia de situaciones comórbidas que lo contraindican (edad avanzada, enfermedades concomitantes, etc.)

8.-Plan Integral de Cobertura para el Control y Prevención de la Obesidad - Resolución N° 0240/11.

Comprende a afiliados con exceso de peso desde un IMC de 27 kg/m², en el caso de los mayores de 18 años y a aquellos menores de 18 años cuyo IMC caiga por encima del percentilo 85.

El afiliado debe dirigirse a la sede central de APROSS en Córdoba Capital donde será empadronado. Según el IMC y las comorbilidades que presente se le asignará un número de protocolo para comenzar el tratamiento. El afiliado elegirá libremente la institución prestadora donde atenderse

Los protocolos del programa los siguientes:

a.-Sobrepeso GII con comorbilidades (Pacientes adultos con IMC = 27 a 29,9kg/m² y menores de 18 años con IMC que caiga entre el percentilo 85 y 94,9).

b.-Obesidad GI (Pacientes adultos con IMC = 30 a 34,9kg/m² y menores de 18 años con IMC que caiga entre el percentilo 95 y 96,9).

c.- Obesidad GII (Pacientes adultos con IMC = 35 a 39,9kg/m² y menores de 18 años con IMC que supere el percentilo 97).

d.-Obesidad GII con comorbilidades sin respuesta al tratamiento convencional (Pacientes con indicación quirúrgica).

e.-Obesidad mórbida (Pacientes adultos con IMC > 40kg/m²).

f.- Obesidad mórbida sin respuesta al tratamiento convencional (Pacientes con indicación quirúrgica).

g.-Obesidad mórbida en pacientes que tengan contraindicada la cirugía bariátrica (Pacientes adultos con IMC > 40kg/m² que presenten dolencias físicas o psíquicas que contraindiquen la cirugía bariátrica).

h.-Obesidad secundaria (Pacientes cuya obesidad es consecuencia de una patología y/o tratamiento farmacológico).

i.- Pacientes sometidos a cirugía bariátrica (Seguimiento de pacientes ya operados).

En cada uno de estos protocolos están estipulados un número de consultas y sesiones semanales, así como métodos complementarios de diagnóstico para detectar comorbilidades, causas de obesidad secundaria, etc. Algunos protocolos en los que están incluidos pacientes muy comprometidos, contemplan procedimientos invasivos tales como la cirugía bariátrica, el balón intragástrico y la dermolipectomía abdominal.

Cirugía Bariátrica y Balón Intragástrico

El orden de prioridades para cirugía bariátrica será el siguiente:

- a. Pacientes con IMC superior a 50kg/m².
- b. Pacientes con IMC entre 40 y 49,9kg/m² con dos o más comorbilidades.
- c. Pacientes con IMC entre 40 y 49,9kg/m² con una comorbilidad.
- d. Pacientes con IMC entre 40 y 49,9kg/m² sin comorbilidades.
- e. Pacientes con IMC entre 35 y 39,9kg/m² con dos o más comorbilidades.
- f. Pacientes con IMC entre 35 y 39,9kg/m² con una comorbilidad.
- g. La colocación endoscópica de Balón Intragástrico será cubierto por APROSS, únicamente como procedimiento preparatorio de cirugía bariátrica y en aquellos pacientes que tengan contraindicada la cirugía bariátrica por alguna dolencia física o psíquica.

Criterios de inclusión en el módulo de Cirugía Bariátrica:

En este módulo se valorará la posibilidad de que pacientes ya incluidos en este programa puedan acceder a una **cirugía bariátrica**. Los pacientes serán incluidos en el módulo cumpliendo los siguientes requisitos.

Personas mayores de 18 años y menores de 65 años con un IMC entre 35 y 39,9kg/m² con comorbilidades (DBT, HTA, DLP, SAOS, IRC, esteatohepatitis, TVP, osteoartritis severa, patología arterial periférica, cardiopatía isquémica y/o IC) o con IMC mayor a 40 kg/m² con o sin comorbilidades. Se exige buena adhesión a las terapéuticas incluidas en el Programa Integral de Tratamiento y Prevención de la Obesidad, en los módulos correspondientes a la gravedad de la patología, pero que no hayan logrado un descenso de peso adecuado y/o mejoría de patologías asociadas en el lapso de por lo menos 24 meses. Otras condiciones insoslayables que deben cumplir son:

- a.-Más de 5 años de padecimiento de obesidad no reductible demostrada.
- b.-Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controlada las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).
- c.- Haber intentado otros métodos no quirúrgicos para control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por 24 meses anteriores al ingreso a este plan de tratamiento, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento a contactos de al menos una vez por mes con equipo multidisciplinario.
- d.-Aceptación y deseo del procedimiento, con compromiso de los requerimientos, evaluado por el equipo multidisciplinario que valorará las expectativas que coloca el paciente en la intervención y evaluará el compromiso del mismo para sostener los cambios de estilo de vida asociados.
- e.-No adicción a drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.
- f.- Estabilidad psicológica.
- g.-Comprensión clara del tratamiento y visión positiva del mismo.
- h.-Consentimiento informado.
- i.- Disposición completa para seguir las instrucciones del grupo multidisciplinario tratante.
- j.- Buena relación médico-paciente. Toda la información recabada en los criterios de inclusión debe ser volcada en un resumen de historia clínica que avale la aptitud para efectuar la cirugía que debe ser firmado y sellado por cirujano capacitado en cirugía bariátrica, médico con

experiencia y capacitación en obesidad, licenciado en nutrición y/o médico nutricionista, especialista en Salud Mental (psicólogo y/o médico psiquiatra). En el caso de ser un paciente con alguna comorbilidad endocrina o psiquiátrica, el especialista de dichas áreas debe firmar junto al equipo antes citado el pedido de cirugía, confirmando la estabilidad del paciente.

Criterios de inclusión en el módulo de Balón Intragástrico:

a. En este módulo se valorará la posibilidad de acceder a la colocación de **balón intragástrico**. Pacientes mayores de 18 años y menores de 65 años con un IMC mayor a 40kg/m² que no puedan, en el futuro, ser candidatos a cirugía bariátrica por presentar alguna contraindicación física y/o psíquica. Pacientes mayores de 18 años y menores de 65 años con un IMC mayor a 40kg/m² como parte de la preparación previa a una cirugía bariátrica. Los afiliados serán incluidos en el plan cumpliendo los siguientes requisitos.

b. Más de 5 años de padecimiento de obesidad no reductible demostrada.

c. Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controlada las comorbilidades antes del procedimiento según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).

d. Haber intentado otros métodos no invasivos para control de la obesidad bajo supervisión médica, por lo menos por 24 meses anteriores al ingreso a este plan de tratamiento, sin éxito o con éxito inicial, pero volviendo a recuperar el peso perdido, estableciéndose como tratamiento a contactos de al menos una vez por mes con equipo multidisciplinario.

e. Aceptación y deseo del procedimiento, con compromiso de los requerimientos evaluado por el equipo multidisciplinario que valorará las expectativas que coloca el paciente en la intervención y evaluará el compromiso del mismo para sostener los cambios de estilo de vida asociados.

f. No adicción a drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.

g. Estabilidad psicológica.

h. Comprensión clara del tratamiento y visión positiva del mismo.

i. Consentimiento informado.

j. Disposición completa para seguir las instrucciones del grupo multidisciplinario tratante.

k. Buena relación médico-paciente. Toda la información recabada en los criterios de inclusión debe ser volcada en un resumen de historia clínica que avale la aptitud para efectuar la colocación del balón, debe ser firmado y sellado por endoscopista capacitado, médico con experiencia y capacitación en obesidad, licenciado en nutrición y/o médico nutricionista, especialista en Salud Mental (psicólogo y/o médico psiquiatra). En el caso de ser un paciente con alguna comorbilidad endocrina o psiquiátrica, el especialista de dichas áreas debe firmar junto al equipo antes citado el pedido de cirugía, confirmando la estabilidad del paciente.

l. Los pacientes no deben presentar ninguna de las siguientes contraindicaciones:

❖ Embarazo.

❖ Esofagitis severa.

❖ Úlcera péptica.

❖ Cirugía gástrica resectiva previa.

❖ Enfermedades cardíacas o renales susceptibles de descompensación.

- ❖ Enfermedad inflamatoria intestinal.
- ❖ Neoplasias.
- ❖ Alcohólicos y/o drogadictos.
- ❖ Uso de anticoagulantes.
- ❖ Enfermedad del colágeno.
- ❖ Cirrosis.
- ❖ Hernia hiatal mayor de 5cm.
- ❖ Uso permanente de AINES y corticoides.
- ❖ Trastornos psiquiátricos, salvo mejor criterio del psicólogo o psiquiatra habitual del paciente.
- ❖ Falta de garantía de poder retirar el balón dentro de 48hs en caso de deflación.

Criterios de inclusión en el módulo que prevee la Dermolipectomía:

La dermolipectomía abdominal puede realizarse en obesos mórbidos (IMC mayor a 40kg/m²) que hayan modificado su estructura corporal con tratamiento convencional permaneciendo 24 meses dentro del módulo correspondiente o bien en aquellos que lograron bajar de peso mediante una cirugía bariátrica, luego de 24 meses de practicada la misma.

Indicaciones:

- a. Peso estable durante al menos 12 meses.
- b. Edad entre 18 y 65 años.
- c. IMC menor de 35kg/m².
- d. No se realizarán éstos procedimientos en embarazadas.
- e. No adicción a tabaco, drogas ni alcohol evaluado por equipo multidisciplinario.
- f. No antecedentes de tromboembolias.
- g. Riesgo quirúrgico aceptable, es decir tener controlada las comorbilidades antes de la cirugía según escala ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Scale).

9.-Ginecoobstetricia

Código 110105 Microcirugía tubaria para tratamiento de esterilidad

Se autorizará la cobertura cuando se cumplan los siguientes criterios:

1. Mujeres menores de 35 años
2. Tener como único factor de esterilidad el factor tuboperitoneal, leve o moderado (la afección es del tercio distal de la trompa: - secuela de infección pelviana (epi) hidrosalpinx leve y moderado - salpingitis crónica cicatrizal con adherencias - estenosis ostium tuboabdominal - secuela de adherencia de la endometriosis - tumores sólidos o quísticos del ovario o del mesovario que comprometa la función de la trompa- quistes paratubarios - endosalpingiosis tubaria o diverticulosis tubaria

Obstetricia

Código 110401 – Partos –

Corresponde: honorarios - honorarios del neonatólogo: código 420401 \$150.- (incluido en gastos sanatoriales) - el valor asignado es por la recepción del RN.

Incluye: internación en habitación de 2 camas hasta 2 (dos) días - medicamentos y descartables (del parto y de la internación. Atención del recién nacido,
Excluye: transfusión de hemocomponentes .en caso de ser necesaria, la cobertura queda a cargo de la AMT -según convenio - cobertura al 100% - anestesia peridural, en caso de estar justificada médicamente, se facturará por separado, a través de ADAARC, según convenio con cobertura al 100%. Partogamma: en caso de ser necesaria, prescripta en formulario gris, a cargo de APROSS con cobertura al 100%

Código 110403 – Cesáreas –

Corresponde: honorarios - honorarios del neonatólogo código 420401 \$150.- (incluido en gastos sanatoriales) -el valor asignado es por la recepción del RN.

Incluye: internación en habitación de 2 camas hasta 4 (cuatro) días - medicamentos y descartables (de la cirugía y de la internación). Atención del recién nacido,
Excluye: transfusión de hemocomponentes .en caso de ser necesaria, la cobertura queda a cargo de la AMT -según convenio - cobertura al 100% - anestesia peridural, en caso de estar justificada médicamente, se facturará por separado a través de ADAARC, según convenio con cobertura al 100% Partogamma: en caso de ser necesaria, prescripta en formulario gris, a cargo de APROSS con cobertura al 100%.

Código 11.04.10 Atención de Parto/Cesárea en Embarazo de Alto riesgo - NORMAS DE COBERTURA

La validación solamente será autorizada a las Instituciones que cumplan con los requisitos establecidos en la Resolución.

La autorización deberá ser otorgada por Auditoría Médica, en aquellos casos en que se verifiquen una o más condiciones de las siguientes:

1. Cardiopatías grado III o IV
2. Diabetes Tipo I
3. Embarazo múltiple
4. Hemorragia del Tercer trimestre
5. Hipertensión arterial crónica,
6. Preeclampsia
7. Malformación uterina
8. Retardo de crecimiento intrauterino confirmado
9. Malformación fetal confirmada
10. Placenta previa < 34 semanas
11. Desprendimiento prematuro de placenta
12. Eclampsia
13. Patología Materna asociada grave
14. Antecedentes de parto prematuro que no responde a uteroinhibición < 34 semanas

El obstetra tratante, deberá solicitar la autorización de este código, acreditando con informe médico, la presencia de uno o más factores de riesgo de los enumerados.

Códigos 11.11., 11.20., 11.30., y 11.40. Fertilización Asistida

Solamente serán autorizadas a los prestadores contratados especialmente por APROSS y de acuerdo a la normativa específica que se puede consultar en la Obra Social.

10.-Cirugías de Columna Vertebral

NORMAS PARA AUTORIZACION DE CIRUGÍAS DE COLUMNA VERTEBRAL
PARA LOS SIGUIENTES CÓDIGOS:
120301, 120401, 121305, 121701, 121702, 121101, 121108 Y 121109

- Los prestadores acreditados para la realización de estas cirugías, deberán adjuntar a la solicitud de autorización, la historia clínica y los estudios específicos (Rx., TAC, RNM, etc.), junto con el planteo quirúrgico.
- Solamente serán autorizadas las indicaciones que estén destinadas a corregir una anomalía estructural que produzca compresión de la médula o de las raíces nerviosas, con sus consecuentes manifestaciones clínicas.
- No corresponde cirugía cuando no haya signos evidentes de compresión, aunque exista hernia de disco;
- Las patologías frecuentes de la columna vertebral son:

a.-Hernial discal

Tratamiento quirúrgico: Discectomía o microdiscectomía, laminotomía sola o con discectomía, laminectomía en casos excepcionales. En general debe evitarse la artrodesis.

b.-Canal medular estrecho

Tratamiento quirúrgico: laminectomía más eventual artrodesis. Si el dolor no cede, dispositivo interespinoso.

c.- Espondilolistesis

Tratamiento quirúrgico: indicación quirúrgica excepcional, artrodesis.

d.-Escoliosis

Tratamiento quirúrgico: Artrodesis con fijación instrumental e injerto óseo

e.-Degeneración discal

Tratamiento quirúrgico: excepcionalmente tiene indicación quirúrgica. En estos casos, corresponde artrodesis, preferentemente no instrumental
PARA LOS SIGUIENTES CODIGOS

010303, 120407,

- Los prestadores acreditados para la realización de estas cirugías, deberán adjuntar a la solicitud de autorización, la historia clínica y los estudios específicos (Rx., TAC, RNM, etc.), junto con el planteo quirúrgico.

- Estos códigos está destinados a las siguientes patologías:

f.- 010303 Aneurismas o malformaciones arteriovenosas de la médula

Tratamiento quirúrgico: Resección o ligadura del aneurisma o malformación.

g.-120407 Tumores primarios o secundarios (metástasis), intramedulares, extramedulares o extradurales

Tratamiento quirúrgico: Resección. La mayoría de los tumores primarios son abordados a través de una vía posterior mediante una laminectomía, a menos que se trate de un tumor

extramedular, totalmente situado por delante de la médula espinal. Pueden ser necesario Artrodesis con fijación instrumental e injerto óseo.

NOTAS:

Se elimina el Código neuroquirúrgico 010302 TRATAMIENTO

QUIRURGICO DE DEFECTOS ADQUIRIDOS DEL COMPLEJO MENINGOMEDULAR (LESIONES EXTRACRANEALES CON COMPROMISO MEDULAR -COMPRESIONES - TUMORES- MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS), ya que los tratamientos incluidos en el, están contenidos en los Códigos correspondientes a Cirugías Traumatológicas descompresivas y en los códigos 010303 y 120407.

Las fusiones y estabilizaciones (Instrumentación) en la columna

con enfermedad degenerativa se reservan para casos puntuales y no son en absoluto un estándar de la técnica para la generalidad de los pacientes.

11.-Ecodoppler

180202 Ecodoppler cardíaco color

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

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

180502 Ecodoppler transcraneal \$

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

1. La detección de vasoespasmos en hsa (aumento de la velocidad de flujo)
2. La detección no invasiva de ateromatosis intracraneal en el adulto (aumento focal de la velocidad de flujo) o hemoglobinopatías en el niño.
3. Monitoreo intraoperatorio (detección de microembolos) en cirugía cardiovascular o endarterectomía carotídea.
4. En el diagnóstico de muerte encefálica como método complementario o en las situaciones especiales descriptas.

13.-Código 20.01.60 Exploración de intestino delgado con endocápsula Arancel Integral

a.-El arancel incluye Honorarios y Gastos del procedimiento, endocápsula descartable, lectura e informe del resultado.

b.-Los prestadores deberán acreditarse ante APROSS, presentando antecedentes de experiencia demostrable en el procedimiento y equipamiento instalado.

c.-Se reconocerá la cobertura, en casos de Hemorragia digestiva de origen no identificado con los estudios habituales (Videoendoscopia digestiva baja completa y alta).

d.-La práctica deberá ser autorizada por Auditoría Médica de APROSS, ante la presentación de prescripción efectuada por especialista en gastroenterología, Historia Clínica, Estudios hematológicos realizados, Resultados de Videoendoscopías realizados y en casos de sangrado activo, resultados de Cámara Gamma y arteriografía

e.-La práctica deberá ser validada por el SVI y la facturación deberá presentarse acompañando el Informe correspondiente y adherido el sticker original de la endocápsula.

14.-PREPARACIÓN PSICOFISICA PARA EL PARTO Y LA MATERNIDAD - NORMAS DE COBERTURA

1. Código 22.02.03

Este Código cubre el curso para la **preparación emocional, teórica y física** de la mujer embarazada.

Se instruye sobre la Anatomía y Fisiología, cuidados para el post-parto y del recién nacido, y guía para la lactancia.

Se prepara psicológicamente a la embarazada y a su pareja, para asumir el nuevo rol y reforzar la autoconfianza. Y se la entrena físicamente para el momento del parto, a fin de lograr su mejor colaboración, fundamentalmente en el período expulsivo.

Por lo tanto, los prestadores interesados, deberán acreditar ante APROSS la **capacitación integral específica**, o integrar **equipos multidisciplinarios**(Obstetras, Psicólogos, Kinesiólogos, etc.), para ser autorizados a facturar este código. La adhesión será a nombre del profesional responsable o de la institución prestadora.

La cobertura es de 24 sesiones, a un valor de **\$26.40.- la sesión**, las que se presentan en la chequera en 3 bonos que incluyen 8 sesiones cada uno. Los grupos de gestantes a instruir simultáneamente, no podrán superar las 15 personas.

La afiliada no debe abonar suma alguna y el prestador facturará la cantidad de sesiones efectivamente realizadas, previa validación por SVI.

2. Código 25.01.07

Este código será utilizado por los fisioterapeutas que realicen la **preparación física de la embarazada**, y es **incompatible** con el código **22.02.03**.

La cobertura es de 16 sesiones, a un valor de **\$26.40.- la sesión**, las que serán validadas como es habitual.

Los grupos de gestantes a instruir simultáneamente, no podrán superar las 15 personas.

La afiliada no debe abonar suma alguna y el prestador facturará la cantidad de sesiones efectivamente realizadas.

15.- Hematología

Normas: los módulos comprenden las siguientes determinaciones:

Código 23.02.78 - MH1: Hemograma completo, recuento de plaquetas, reticulocitos, fosfatasa alcalina leucocitaria, glucógeno, peroxidasa, esterasa, fosfatasa ácida leucocitaria

Código 23.02.79 - MH2: Examen morfológico especializado, hemograma completo, recuento de plaquetas, reticulocitos, resistencia osmótica, electroforesis de hb., fosfatasa alcalina, electroforesis de ph ácido, dosaje de hb. Fetal, dosaje de hb. A2, prueba de ham, test de hb. Inestable, test de screening de glucosa gpd, test de kleinhauer, test de sickilng, cuerpos de heinz, test de la sucrosa, hemosiderina en orina, ferremia, transferremia, ferritina sérica, coeficiente de saturación de la transferrina, crioglobulinas, crioaglutininas, coombs indirecta, coombs directa

Código 23.02.80 - MH3: Examen morfológico especializado de sangre periférica, hemograma completo, recuento de plaquetas, reticulocitos,

Código 23.02.81 - MH4: Punción ósea, medulograma, examen citomorfológico especializado, histoquímica: pas, peroxidasa, estearasas, hemosiderina

Código 23.02.82 - MH7: Punción ósea, biopsia ósea, medulograma, examen citomorfológico del aspirado, examen citomorfológico de la impronta ósea, histoquímica: pas, peroxidasa, estearasas, hemosiderina,

Código 23.02.84 - MH8: Punción ósea, biopsia ósea, medulograma, examen citomorfológico del aspirado, examen citomorfológico de la impronta ósea, histoquímica: pas, peroxidasa, estearasas, hemosiderina, inmunotipificación con anticuerpos monoclonales (por citometría de flujo o apaap) en médula ósea y/o sangre periférica. Estudio de cariotipo convencional y por bandeado en médula ósea o sangre periférica.

16.- Polisomnografía

290201 Polisomnografía con oximetría en neonatos

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

Apnea del sueño

290202 Polisomnografía con oximetría nocturna en adultos con presión positiva continua en la vía aérea

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

1. Con alto impacto de los síntomas en la vida diaria
2. Alta sospecha de apnea del sueño
3. Dispuestos a utilizar presión positiva continua en la vía aérea (ppcva)
4. Que han intentado otras medidas (deshabitación al tabaquismo, tratamiento de la obesidad, evitar medicación predisponente como benzodiazepinas, etc.)

17.-Puvaterapia

380101 Puvaterapia

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

1. Vitiligo extendido
2. Psoriasis por falta de respuesta al tratamiento o lesiones profundas y/o extendidas
3. Otras lesiones descamativas no micológicas/bacterianas de la piel.

12. Cámara Hiperbárica

380201 Cámara hiperbárica

Se autorizará la cobertura en los siguientes casos:

Enfermedad por descompresión, gangrena gaseosa, y embolia gaseosa o aérea

13. Neonatología

MODULOS CLINICOS DE NEONATOLOGÍA

NIVEL I – Código 41.02.01

Internación en UCI (Unidad de Cuidados Intermedios) o en Cuna con Acompañante (madre para la alimentación, cuidados y estimulación vínculo madre-niño)

Internación para luminoterapia.

Contempla los siguientes cuadros clínicos:

Infecciones del tracto urinario (ITU)

Síndrome febril no complicado

Síndrome bronquiolar moderado

Lúes congénita

Infección a Estreptococo, cuando el cuadro clínico del niño lo permite

Niño nacido por parto domiciliario

Prematuro en engorde en última etapa

Niños a partir de 1.800 grs. de peso y edad corregidos

Mielomeningocele abierto

Tratamiento con antibióticos

Traumatismo craneoencefálico para observación

Internación que no requiere oxígeno

INCLUYE

Luminoterapia-Control de laboratorio de baja y mediana complejidad-Radiología simple (mapeo corporal total)-Ecografías-Control oftalmológico-Otoemisiones acústicas-Medicamentos y descartables durante la internación-Leche maternizada-Honorarios de especialistas-Gastos de la internación.

EXCLUYE

Medicamentos catástrofe

Laboratorio y prestaciones médicas de alta complejidad que no estén expresamente incluidas en el módulo.

Tiempo estimado promedio de internación: 7 días

NIVEL II - Código 41.02.02

Internación en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) sin asistencia respiratoria mecánica.

Contempla los siguientes cuadros clínicos:

Niño pequeño para la edad gestacional (PEG)

Niño con retardo del crecimiento intrauterino (CRIT)

Cardiopatías en recuperación

Síndrome de distres respiratorio Tipo II

Niño de 35 semanas

Síndrome de distres respiratorio transitorio

Síndrome de distres respiratorio solo: neumonía, bronconeumonía, neumotórax

Síndrome de distres respiratorio Tipo I sin ARM

Prematuro en engorde Niños de 40 sem. o más, o con 3.500 grs o más de peso con SDR

Post operatorio post nivel 3 (hernia del lactante, mielomeningocele, atresia esofágica, gastroduodenitis, CCV, etc)

Sepsis sin ARM

Requiere

Monitores individuales, Bomba infusora (2 por paciente), Oxímetro de pulso, Luminoterapia, Oxígeno, Halo, 1 (una) enfermera cada 4 o 5 niños.

INCLUYE

Uso de oxígeno Laboratorio de baja y mediana complejidad

Radiología simple, Ecografías, Otoemisiones acústicas

Medicamentos y descartables de internación

Leche maternizada, Honorarios de especialistas, Gastos de internación

EXCLUYE

Medicamentos catástrofe, laboratorio y prestaciones médicas de alta complejidad que no estén expresamente incluidos en el módulo.

TIEMPO ESTIMADO PROMEDIO DE INTERNACION: 15 días

NIVEL III – Código 41.02.03

Internación en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) con Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM)

Contempla los siguientes cuadros clínicos:

Post operatorio en ARM (cirugía general, cardiocirugía, neurocirugía, etc)

Síndrome de distres respiratorio con ARM

Enfermedad de la membrana hialina

Sepsis e infecciones extrahospitalarias con ARM o presión positiva intermitente.

Requiere

Monitores individuales, Bomba infusora (2 por paciente), Oxímetro de pulso, Luminoterapia, Respirador, 1 (una) enfermera cada 2 (dos) niños

INCLUYE

Uso de Oxígeno, Laboratorio de mediana y baja complejidad, Radiología simple, Ecografías, Otoemisiones acústicas, Medicamentos y descartables de internación, Leche maternizada, Honorarios de especialistas, Gastos de internación.

EXCLUYE

Medicamentos catástrofe, Laboratorio y prácticas de alta complejidad que no estén expresamente incluidos en el módulo.

TIEMPO ESTIMADO PROMEDIO DE INTERNACION: 30 días

14. Módulos de atención oncológica

I. Código 43.03.10: Módulo de atención médica del paciente neoplásico con tratamiento de quimioterapia por citostáticos y/o de terapias blancodirigidas (anticuerpo monoclonal y/o pequeñas moléculas) ya sea en forma endovenosa como oral- arancel: \$1.275.- por trimestre. Máximo 4 trimestres.

Incluye:

a. Todas las acciones médicas necesarias para el diagnóstico,

- b. Prescripción de estudios (dentro de la cobertura aross -todos sus niveles);
- c. Evaluación de los resultados;
- d. Diagnósticos diferenciales; diagnóstico definitivo; clasificación del mismo;
- e. Registros médicos oficiales y formales;
- f. Determinación del tratamiento quirúrgico y/o terapéutico;
- g. Descripción del plan de tratamiento; pronóstico;
- h. Utilización del consentimiento informado (cuando el caso lo requiera)
- i. Participación de farmacovigilancia a través de aross,
- j. Control del tratamiento, seguimiento de la evolución y cambios en la medicación.
- k. Los honorarios de la quimioterapia endovenosa ambulatoria y en internación
- l. Quimioterapia oral con sunitinib, sorafenib, imatinib, erlotinib, vonorelbine, capecitabine, octeotride, everolimus, temozolamida y fludarabina

Excluye:

- a. Tratamientos de hormonoterapia
- b. Gastos de la quimioterapia (derechos de usos de instalaciones, sueros, descartables, etc.)
- c. Drogas específicas
- d. Primera consulta (código 42.01.10)

Normativas

Este módulo es de validez trimestral, con un máximo de 4. Se podrá facturar hasta la finalización del protocolo prescripto y por profesionales especialistas en oncología, incluidos en el listado de prestadores de aross.

A cada facturación, deberá adjuntarse el informe médico del tratamiento realizado, donde conste la medicación suministrada, la evolución, el pronóstico y las indicaciones para el próximo período.

Todo ello deberá llevar firma y sello del oncólogo responsable.

Concluido el protocolo previsto, solamente podrán facturar como máximo, tres consultas anuales (código 42.01.11), con un intervalo no inferior a 4 meses.

Las prescripciones deberán ajustarse a los protocolos terapéuticos aprobados por aross.

Durante la vigencia del módulo, no podrán facturarse consultas médicas oncológicas, por ningún profesional.

Se deberán informar en las fichas de farmacovigilancia aross, las reacciones adversas a medicamentos, que surjan con los tratamientos instituidos.

Incentivos:

1. Periódicamente se evaluarán los resultados económicos del gasto en medicación oncológica no incluida en los protocolos aprobados por aross, y en función de la variación que se

verifique, se ajustarán los aranceles según corresponda, a fin de adecuar el presupuesto previsto para esta cobertura.

2. Por el cumplimiento de la información solicitada "ut-supra", se reconocerá con el pago de la facturación de los módulos, un monto adicional de \$75.- por paciente tratado. Este importe se facturará por separado, con el **Código 430312 ADICIONAL POR INFORMACION DE FARMACOVIGILANCIA** en un resumen adjuntando la información correspondiente a cada paciente tratado e incluido en la factura de las prestaciones del período.

II. Tratamientos de hormonoterapia (para ca. De mama y ca. De próstata)

Los profesionales especialistas tratantes, solamente podrán facturar al inicio de la atención, el **código 42.01.10** y posteriormente tres (3) consultas anuales (**código 42.01.11**) como máximo, con un intervalo no inferior a cuatro meses, a un arancel de \$82.- cada una; Las instituciones prestadoras, validaran los gastos sanatoriales con los siguientes códigos: **Código 430303 – Quimioterapia ambulatoria** por perfusión endovenosa de drogas - **Código 430304 - Quimioterapia en internacion** por perfusión endovenosa de drogas - **Registros**

A fin del control y seguimiento de los casos, se deberá identificar a los afiliados desde la primera solicitud de cobertura de la medicación indicada, en listados independientes:

1. Base de datos de afiliados con medicación citostática por perfusión
2. Base de datos de afiliados con hormonoterapia oral.
3. Base de datos de afiliados con medicación citostática oral.
4. Base de datos de afiliados en tratamiento con monoclonales
5. Base de datos de afiliados con tratamientos combinados

En estos registros deberá constar:

1. Apellido y nombre del afiliado
2. N° de afiliado
3. Diagnóstico
4. Médico tratante
5. N° de matrícula de médico y de la especialidad (oncología)
6. Clínica/sanatorio/centro médico donde se efectuará el tratamiento
7. Medicación indicada con nombre de monodrogas, presentación, cantidad, protocolo de aplicación
8. Fecha de prescripción
9. Fecha probable de comienzo del tratamiento.
10. Fecha probable de conclusión del protocolo indicado

15. Normas de modulos de programa

420401 - Modulo de actividad de Prevención de patologias buscadas

Este código podrá facturarse solo por médicos de primer nivel de atención y contratados por APROSS, para llevar a cabo distintas campañas que se implementen. No se puede realizar sumatoria con consultas y/o prácticas

Incluye: anamnesis completa y llenado de "ficha virtual" correspondiente a la campaña de que se trate. Realizar todos los controles clínicos indicados -peso, T.A., vacunas recibidas, etc.- exámen físico completo y solicitud de estudios complementarios de acuerdo al protocolo de campaña. Tareas de educación para la salud y recita para control de resultados y realización de los informes médicos necesarios para el empadronamiento del afiliado en el programa de atención correspondiente a la patología detectada.

Excluye: practicas diagnósticas y/o terapéuticas no incluidas en el protocolo.

16.Modulos de alta complejidad

Corresponde a los códigos incluidos en el agrupamiento Alta Complejidad

Incluye: estos módulos incluyen cuatro (4) días de pensión en UTI y seis (6) días en habitación de dos camas con baño privado, derecho quirúrgico, honorarios del equipo quirúrgico, monitoreo operatorio, medicamentos y descartables. Kit para circulación extracorpórea, laboratorio, Rx, bacteriología, interconsultas de todas las especialidades, prácticas médicas que no estén expresamente excluidas, en el caso de que se traten de pacientes menores a los 10 años, se le sumara al módulo el valor de \$243,64 por día (cama de acompañante) cuando el paciente se encuentre internado en habitación común.

Excluye: drogas para mantenimiento de asistencia respiratoria mecánica, después del tercer día con dicha asistencia, transfusiones de elementos de la sangre, a partir de la 5°, catéter para medición de presión intracraneana, monitoreo de somanetic y sus descartables, clips, prótesis, cementos o adhesivos biológicos, válvulas, albúminas, factores de coagulación, días de internación superiores a los estipulados en el párrafo de cobertura tanto de UTI. como de habitación común, drogas para quimioterapia, braquiterapia, TAC., resonancia nuclear magnética, ecografía doppler color, neurointervencionismo, reintervenciones después de los cuatro días posteriores a la primera cirugía, estudios de anatomía patológica, anestesia, hemoterapia, prestaciones que exceden a los módulos (hemodiálisis eventuales, sesiones de quimioterapia). En caso de fallecimiento se abonará: durante el acto quirúrgico el 50% del módulo, durante las primeras 45 hs. El 75% del módulo. Medicamentos catástrofe según listado.