



## G O B I E R N O D E L A P R O V I N C I A D E B U E N O S A I R E S

2019 - Año del centenario del nacimiento de Eva María Duarte de Perón

### Resolución

**Número:**

**Referencia:** EX-2019-18389796-GDEBA-DGIIOMA y asociados - Incorporación Centro Médico Deragopyan

---

**VISTO** el expediente EX-2019-18389796- -GDEBA-DGIIOMA, y sus asociados EX-2019-33539607- -GDEBA-DGIIOMA y EX-2019- 33541955- -GDEBA-DGIIOMA, por el que tramita la incorporación como prestador del IOMA del Centro Médico Deragopyan Sede Caballito, la Ley N° 6982 (T.O. 1987), y la Resolución N° 3696/17, y

#### **CONSIDERANDO:**

Que por las presentes actuaciones tramita la incorporación como prestador del IOMA del Centro Médico Deragopyan, Sede Caballito, ubicado en la calle Acoyte N° 286 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de propiedad de la razón social “Diagnóstico por Imágenes de Alta Complejidad Dr. Deragopyan SA”, mediante la suscripción de un convenio directo, a fin de brindar prestaciones de diagnóstico por imágenes de alta complejidad;

Que en el orden 3 obran adjuntos los datos del Centro Médico referido, propuesta prestacional, instalaciones y habilitación administrativa a nivel local y Estatuto del referido Centro (IF-2019-18396806-GDEBA-DGIIOMA);

Que en el orden 14 se agrega Acta de Auditoría en Terreno (IF-2019-30277423-GDEBA-DRXIIICFIOMA);

Que en el orden 15, la Dirección Regional XII de Capital Federal, informa que presta conformidad a la gestión en trámite, en razón de la necesidad de contar con dicho prestador por no contar con prestadores de imágenes y estudios complementarios en el barrio de Caballito de Capital Federal, concluyendo que resulta imprescindible la incorporación del mismo para brindar un mejor servicio a los afiliados y mejorarla accesibilidad a los estudios diagnósticos y de prevención primaria-secundaria que dicho centro brinda;

Que en el orden 19 la Dirección General de Prestaciones en razón de la documentación presentada y la auditoría de terreno obrante en autos, no tiene objeciones que formular al respecto, sugiriendo dar curso favorable al alta prestacional solicitada;

Que en el orden 29 obra Disposición sobre Habilitación del Centro Médico (DI2018-101-APN-DNHFYSF#MSYDS) y Disposición sobre Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (DI-2018-2032-APN-GCP#SSS);

Que en el orden 33, luce proyecto de Convenio entre el IOMA y DIAGNOSTICO POR IMÁGENES DE ALTA COMPLEJIDAD DR. DERAGOPYAN S.A.;

Que se agrega como documental: en el orden 34, copia del Acta de designación de Autoridades; en el orden 35, Certificado de habilitación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; en el orden 37, autorización para el uso de Equipos de Rayos X; en el orden 38, Póliza de Seguro de Responsabilidad civil profesional vigente;

Que en el orden 43 la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria acompaña los Anexos definitivos que formarán parte del convenio a suscribirse con el prestador (IF-2019-35810905-GDEBA-DAYFMAIOMA);

Que en el orden 46, y atento el proyecto de convenio y anexos acompañados, el Presidente de este IOMA, suscribe en nombre de la Dirección General de Prestaciones, sin objeciones de formular, sugiriendo dar curso favorable a la gestión en trámite;

Que en el orden 51, en nueva intervención, la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria informa que “si bien la incorporación de un nuevo prestador en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, puede producir una redistribución de la demanda prestacional, la misma no se mantiene estable, ni es proporcional a la cantidad de Centros existentes; es decir, se estima que un nuevo prestador incrementa la demanda, debido a la mayor accesibilidad no solo de los afiliados de CABA, sino también de la Provincia de Buenos Aires, pero no se puede calcular a priori en que porcentaje aumenta la tasa de utilización”;

Que en el orden 53, la Dirección General de Administración toma el debido conocimiento y no teniendo objeciones que formular al respecto, insta la prosecución de las actuaciones;

Que en el orden 60, obra dictamen de la Asesoría General de Gobierno quien no tiene observaciones que formular, razón por la cual es de opinión que puede el Presidente de considerarlo oportuno y conveniente, proceder a su suscripción y elevarlo al Honorable Directorio para que le preste formal aprobación mediante el dictado del pertinente acto administrativo (art. 7º, incs. d), f) y g) y 8º de la Ley N° 6982);

Que en el orden 63, luce vista de Fiscalía de Estado quien estipula que en la medida en que los valores establecidos en el Anexo 2 se correspondan con los reconocidos por este Instituto a los prestadores en la Provincia de Buenos Aires en el Nomenclador de Valores de Prácticas vigente, puede suscribirse el instrumento analizado, dictándose el pertinente acto administrativo aprobatorio;

Que en el orden 64, la Contaduría General de la Provincia indica que -desde el ámbito de su competencia- no encuentra observaciones que formular, razón por la cual puede continuarse con el trámite tendiente a la suscripción y posterior aprobación del Convenio, mediante el dictado del pertinente acto administrativo, previa resolución favorable del Directorio de este Instituto;

Que en el orden 69, la Dirección de Relaciones Jurídicas no formula observaciones, considerando que corresponde elevar las presentes a tratamiento del Directorio del Instituto, a efectos de proceder, de estimarlo procedente y oportuno, a la aprobación del Convenio proyectado para su oportuna suscripción;

Que el Departamento del Directorio deja constancia que, en su reunión de fecha 14 de noviembre de 2019, en las actuaciones referidas a la incorporación como prestador del IOMA del Centro Médico Deragopyan, Sede Caballito, de CABA, según consta en Acta N° 40, **RESOLVIÓ:** 1) aprobar el proyecto de convenio entre el IOMA y Diagnóstico por Imágenes de Alta Complejidad Dr. Deragopyan SA, para la incorporación como prestador del Centro Médico Deragopyan, Sede Caballito, ubicado en la calle Acoyte N° 286 de

CABA, de propiedad de la razón social “Diagnóstico por Imágenes de Alta Complejidad Dr. Deragopyan SA”, a fin de brindar prestaciones de diagnóstico por imágenes de alta complejidad, todo ello conforme el texto de convenio IF2019-33522736-GDEBA-DRJIOMA y sus Anexos obrantes en el IF-2019-33179459-GDEBADAYFMAIOMA, autorizando al Señor presidente a su suscripción; y 2) suscripto en los términos tratados, se tendrá por aprobado el convenio entre el IOMA y Diagnóstico por Imágenes de Alta Complejidad Dr. Deragopyan SA conjuntamente con sus anexos, formando parte, como Anexo único, del acto administrativo a dictarse;

Que en el orden 74 obra vinculado el convenio debidamente suscripto por las partes con fecha 25 de noviembre de 2019 (IF-2019-39914214-GDEBA-IOMA);

Que el Directorio resolvió la presente medida en uso de sus facultades conferidas en la Ley N° 6982 (T.O. 1987);

Que el presente acto administrativo se suscribe conforme a lo establecido en la Resolución del Directorio N° 3696/17.

Por ello,

**EL PRESIDENTE DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

**RESUELVE**

**ARTICULO 1°.** Aprobar el convenio entre el IOMA y Diagnóstico por Imágenes de Alta Complejidad Dr. Deragopyan SA, para la incorporación como prestador del Centro Médico Deragopyan, Sede Caballito, ubicado en la calle Acoyte N° 286 de CABA, de propiedad de la razón social “Diagnóstico por Imágenes de Alta Complejidad Dr. Deragopyan SA”, a fin de brindar prestaciones de diagnóstico por imágenes de alta complejidad, todo ello conforme el convenio y sus anexos, los que como anexo único IF2019-39914214-GDEBA-IOMA forman parte integrante de la presente Resolución.

**ARTICULO 2°.** Registrar. Notificar a Fiscalía de Estado, y al Centro Médico Deragopyan. Comunicar a la Asesoría General de Gobierno, Contaduría General de la Provincia de Buenos Aires, Dirección General de Prestaciones y a la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria. Pasar a las Direcciones Generales y demás Direcciones intervinientes del Instituto para su conocimiento. Cumplido, archivar.

### CONVENIO IOMA-CENTRO MEDICO

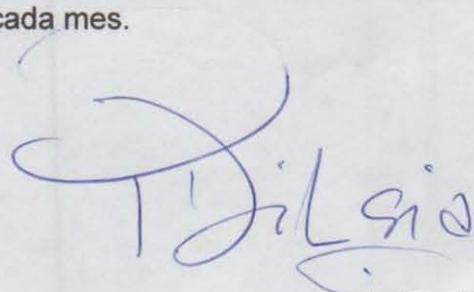
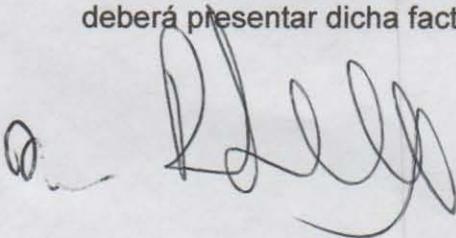
Entre el **INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**, en adelante el "I.O.M.A.", con domicilio legal en calle 46 N° 886 de la ciudad de La Plata, representado en este acto por su Sr Presidente, Sr. Pablo DI LISCIA, por una parte; y "**DIAGNOSTICO POR IMÁGENES DE ALTA COMPLEJIDAD DR. DERAGOPYAN S.A.**" en su carácter de propietaria del establecimiento denominado "**CENTRO MEDICO**", la que en adelante se constituye y denomina como el "Prestador", con domicilio en calle Acoyte 286/88 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, representada por su Presidente, Sr. Carlos Rolando Andres Deragopyan, por la otra, acuerdan en celebrar el presente Convenio, sujeto a las siguientes cláusulas:

**PRIMERA.** Objeto: El "Prestador" se obliga a brindar prestaciones médicas de alta complejidad en el "CENTRO MEDICO", sito en la calle Acoyte 286/88 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a favor de los beneficiarios del "IOMA" que acrediten su condición en la forma establecida en la cláusula quinta, ello de acuerdo con sus disponibilidades y capacidad instalada, conforme Nomenclador de prácticas y valores que se establecen en el Anexo 1 y Normas de Auditoría Médica que constan en el Anexo 2, observando fielmente las reglas de la ciencia, el arte y la deontología médica.

**SEGUNDA.** Contraprestación. El IOMA abonará cada prestación o acto médico que resulte de la facturación presentada, conforme detalle de prácticas de alta complejidad y aranceles establecidos en el Anexo 1. Dicho pago se efectivizará mediante depósito en cuenta abierta a tal fin por el "Prestador", en el Banco de la Provincia de Buenos Aires, cuyo número comunicará por medio fehaciente al "IOMA", dentro de los treinta (30) días de notificado el acto administrativo que apruebe el presente convenio.

**TERCERA.** Facturación. La facturación correspondiente a las prestaciones brindadas, estarán sujetas a los mecanismos de auditoría previstos en la Cláusula Sexta del presente, y deberá ser presentadas de acuerdo a lo estipulado en el Anexo 3. El "Prestador" podrá presentar la facturación de las prestaciones dentro de los ciento veinte (120) días de acaecida su realización.

**CUARTA.** Forma de pago. El "IOMA" abonará mensualmente el monto de las prestaciones dentro de los treinta (30) días de presentada la facturación correspondiente. El "Prestador" deberá presentar dicha facturación del 1 al 10 de cada mes.



**QUINTA.** Beneficiarios. A fin de constatar la condición de beneficiario del "IOMA", el "Prestador" deberá requerir la exhibición de la credencial afiliatoria, último recibo de haberes o constancia de pago del aporte de afiliación voluntaria y DNI. En el supuesto de no contar el beneficiario con la documentación requerida o resultar esta insuficiente, el "Prestador" podrá cobrar la prestación o exigir la constitución de una garantía personal suficiente a tal fin, extendiendo en cualquiera de los casos el recibo pertinente. Deberá reintegrar al beneficiario el monto percibido o devolver el documento de garantía si este completa la documentación en el término de (72) setenta y dos horas hábiles, contado a partir del momento en que la prestación fue brindada, siempre que se adjunte el recibo original correspondiente.

**SEXTA.** Auditoria. Para el debido contralor de la ejecución del presente convenio, el "IOMA" podrá solicitar al "Prestador" la información que resulte pertinente, realizar las inspecciones o pericias con miras a comprobar la efectiva prestación del servicio contratado, la eficiencia del mismo y el cumplimiento de las normas legales y/o reglamentarias que resulten de aplicación. A tal fin, el inspector o funcionario levantará el Acta respectiva, la cual merecerá plena fe, salvo prueba en contrario.

**SEPTIMA.** Comisión Mixta. Las partes constituirán en el plazo de 30 días contados a partir de la firma del presente, una Comisión Mixta que se reunirá a requerimiento de cualquiera de las partes y procederá a evaluar la marcha de convenio, asesorando a las autoridades con poder de decisión sobre las modificaciones y/o correcciones que correspondan, tanto en el orden prestacional como en el económico.

**OCTAVA.** Vigencia, duración, renovación. El presente convenio regirá a partir de la fecha de notificación del acto administrativo por el que se apruebe en definitiva. Su duración será de un (1) año desde la fecha señalada precedentemente, renovándose automáticamente por iguales períodos, salvo comunicación fehaciente en contrario de cualquiera de las partes con sesenta (60) días corridos de anticipación a la fecha de vencimiento.

**NOVENA.** Rescisión. El presente Convenio podrá ser rescindido por cualquiera de las partes sin expresión de causa ni derecho a indemnización alguna, mediante notificación fehaciente efectuada con sesenta (60) días corridos de antelación, lapso durante el cual se mantendrán vigentes los derechos y obligaciones de ambas partes. El incumplimiento facultará al "IOMA" a hacer cumplir el contrato por un tercero a entera costa del "Prestador", pudiendo a tal fin, debitar de la facturación pendiente de pago los importes correspondientes.

**DECIMA.** Cesión del contrato. Las partes acuerdan que no podrán ceder total o parcialmente, las obligaciones a su cargo, sin la conformidad expresa del cocontratante. La transferencia del contrato sin previa autorización del "IOMA" constituirá justa causa de rescisión, sin perjuicio de las demás acciones legales a que hubiere lugar.

**UNDECIMA.** Observancia normativa. El "Prestador" se compromete a cumplimentar las obligaciones a su cargo conforme Ley N° 6982 (T. O. 1987) y su Decreto Reglamentario que declara conocer, y asimismo se obliga a respetar y dar cumplimiento a los programas de atención médica que prevé el "IOMA" para sus afiliados, de acuerdo a las normas que en

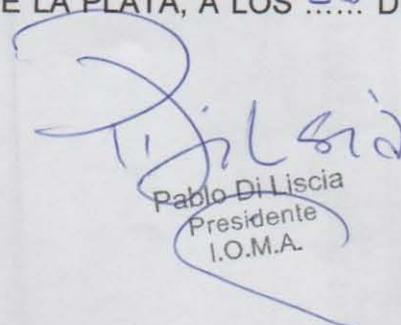
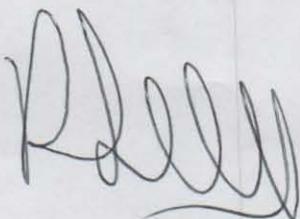
este acto son declaradas conocidas, y los que prevea en el futuro. En todos los casos, los nuevos programas deberán consensuarse previamente en todas sus partes operativas y económicas con los prestadores. Asimismo, todos los profesionales médicos integrantes del staff del establecimiento, deberán suscribir la Declaración Jurada cuyo modelo obra en el Anexo 4 que forma parte integrante del presente.

**DECIMO SEGUNDA.** Garantía de indemnidad. El "Prestador" se compromete a mantener indemne al "IOMA" por todo cuanto este se vea obligado a pagar judicial o extrajudicialmente a un beneficiario suyo o derechohabiente del mismo, por los daños y perjuicios producidos por actos, hechos u omisiones generadores de responsabilidad civil cometidos por aquel, a través de la intervención médica, médica auxiliar, paramédica o de enfermería de sus dependientes y/o de quienes se valga para el ejercicio de sus quehaceres específicos. Asimismo, lo mantendrá indemne por los daños y perjuicios producidos por el empleo de equipos, aparatos o instrumentos utilizados en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Todo monto de condena que por sentencia firme le sea reclamado al "IOMA", a causa de los hechos, actos u omisiones descritos, como así también, los costos y costas judiciales, serán afrontadas por el "Prestador", quien se responsabiliza por la indemnidad de la Obra Social. Si por incumplimiento del "Prestador", el "IOMA" debiera sufragar dichos conceptos, queda autorizado a debitar de inmediato de las facturaciones que deba percibir aquel, lo que hubiere tenido que pagar por capital, actualización, intereses, costos y costas. Si el juicio terminara por transacción, para que rija la retención, el "Prestador" deberá haber participado del acuerdo transaccional o prestado su conformidad.

**DECIMO TERCERA.** Seguro de responsabilidad civil. "El "Prestador" deberá mantener vigente el seguro contra la responsabilidad civil del establecimiento, por todo el término del contrato, recaudo que deberá acreditar en el expediente administrativo.

**DECIMO CUARTA.** Competencia. Domicilios. Para todos los efectos legales y/o judiciales a que diere lugar el presente Convenio, las partes se someten voluntariamente a la competencia de los Tribunales en lo Contencioso-Administrativo del Departamento Judicial La Plata, con renuncia expresa a cualquier otro fuero o jurisdicción que les pudiere corresponder, constituyendo domicilios especiales a los efectos del presente: el "IOMA" en calle 46 N° 886 de la ciudad de La Plata y el "Prestador" en Acoyte 286/88 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

EN PRUEBA DE CONFORMIDAD, SE FIRMAN DOS (2) EJEMPLARES DE UN MISMO TENOR Y A UN SOLO EFECTO, EN LA CIUDAD DE LA PLATA, A LOS 25 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2019.



Pablo Di Liscia  
Presidente  
I.O.M.A.



Buenos Aires  
Provincia



Anexo 1

### Nomenclador de Prácticas y valores

Las modificaciones que el Honorable Directorio disponga sobre los valores de las consultas y prácticas médicas en la Provincia de Buenos Aires, serán aplicables en forma directa al presente Convenio, en lo que respecta a las detalladas en este Anexo.

Asimismo, todo cambio operativo que se produzca en la Provincia con respecto a la autorización on line de determinadas prácticas médicas, se hará extensivo a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y será de aplicación en forma simultánea.

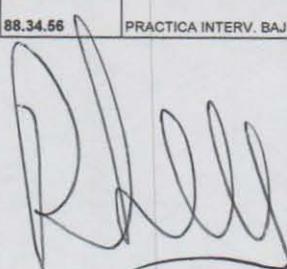
Pablo Di Liscia  
Presidente  
I.O.M.A.

ANEXO 1  
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES  
ALTA COMPLEJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

<b>TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA</b>				
LOS ESTUDIOS <u>INCLUYEN</u> : Materiales Descartables, Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. <u>EXCLUYEN</u> : H.M. de Anestesia		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.34.10	T.A.C. DE CEREBRO	490	1,960	2,450
88.34.12	T.A.C. DE CEREBRO CONTROL	490	1,352	1,842
88.34.25/00	T.A.C. DE ORBITAS	490	1,960	2,450
88.34.25/01	T.A.C. DE HIPOFISIS	490	1,960	2,450
88.34.25/02	T.A.C. DE OIDOS	490	1,960	2,450
88.34.25/03	T.A.C. DE MACIZO FACIAL	490	1,960	2,450
88.34.25/04	T.A.C. DE S.P.N.	490	1,960	2,450
88.34.26/00	T.A.C. DE CUELLO	490	1,455	1,945
88.34.26/01	T.A.C. DE FARINGE/LARINGE	490	1,960	2,450
88.34.17	T.A.C. COMPLETA DE ABDOMEN	490	2,901	3,391
88.34.19	T.A.C. DE TORAX	490	2,279	2,769
88.34.27/00	T.A.C. DE PELVIS OSEA	490	1,455	1,945
88.34.27/01	T.A.C. DE CADERAS	490	1,455	1,945
88.34.27/02	T.A.C. DE RODILLAS	490	1,455	1,945
88.34.27/03	T.A.C. DE TOBILLOS	490	1,455	1,945
88.34.27/04	T.A.C. DE PIES	490	1,455	1,945
88.34.27/05	T.A.C. DE HOMBROS	490	1,455	1,945
88.34.27/06	T.A.C. DE CODO	490	1,455	1,945
88.34.27/07	T.A.C. DE MUÑECA	490	1,455	1,945
88.34.27/08	T.A.C. DE MANO	490	1,455	1,945
88.34.21	T.A.C. DE COLUMNA CERVICAL	490	2,049	2,539
88.34.22	T.A.C. DE COLUMNA DORSAL	490	2,049	2,539
88.34.23	T.A.C. DE COLUMNA LUMBAR	490	2,049	2,539
88.34.24	T.A.C. DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	490	1,455	1,945
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADA POR BARRIDO HELICOIDAL</b>				
H.M	GASTOS	V.M.T.		
Los estudios con Barrido Helicoidal <u>INCLUYEN</u> : Materiales Descartables , Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. <u>EXCLUYEN</u> : H.M. de Anestesia				
88.34.30	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE CEREBRO	490	2,407	2,897
88.34.40/00	T.C. HELICOIDAL DE ORBITAS	490	2,407	2,897
88.34.40/01	T.C. HELICOIDAL DE HIPOFISIS	490	2,407	2,897
88.34.40/02	T.C. HELICOIDAL DE OIDOS	490	2,407	2,897

ANEXO 1  
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES  
ALTA COMPLEJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

TOMOGRAFIA COMPUTADA POR BARRIDO HELICOIDAL (CONT)		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.34.40/03	T.C. HELICOIDAL DE MACIZO FACIAL	490	2,407	2,897
88.34.40/04	T.C. HELICOIDAL DE S.P.N.	490	2,407	2,897
88.34.41/00	T.C. HELICOIDAL DE CUELLO	490	2,220	2,710
88.34.41/01	T.C. HELICOIDAL DE FARINGE/LARINGE	490	2,407	2,897
88.34.32	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL COMPLETA DE ABDOMEN	490	3,516	4,006
88.34.34	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE TORAX	490	3,003	3,493
88.34.42/00	T.C. HELICOIDAL DE PELVIS OSEA	490	2,220	2,710
88.34.42/01	T.C. HELICOIDAL DE CADERAS	490	2,220	2,710
88.34.42/02	T.C. HELICOIDAL DE RODILLAS	490	2,220	2,710
88.34.42/03	T.C. HELICOIDAL DE TOBILLOS	490	2,220	2,710
88.34.42/04	T.C. HELICOIDAL DE PIES	490	2,220	2,710
88.34.42/05	T.C. HELICOIDAL DE HOMBROS	490	2,220	2,710
88.34.42/06	T.C. HELICOIDAL DE CODO	490	2,220	2,710
88.34.42/07	T.C. HELICOIDAL DE MUÑECA	490	2,220	2,710
88.34.42/08	T.C. HELICOIDAL DE MANO	490	2,220	2,710
88.34.36	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA CERVICAL	490	2,407	2,897
88.34.37	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA DORSAL	490	2,407	2,897
88.34.38	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE COLUMNA LUMBAR	490	2,407	2,897
88.34.39	T.C. POR BARRIDO HELICOIDAL DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	490	2,220	2,710
88.34.43/00	ANGIO TAC (INCLUYE H.G.CONTRASTE C/S RECONST.3D)	1,072	5,367	6,439
88.34.44/00	TAC 3D	1,072	4,773	5,845
88.34.44/01	TAC 3D EXPOSICIÓN SUBSIGUIENTE	1,072	3,289	4,361
88.34.45/00	COLONOSCOPIA VIRTUAL	1,072	4,476	5,548
PRACTICAS INTERVENCIONISTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.34.50	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE ABDOMEN	1,571	3,853	5,424
88.34.51	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE HIGADO	1,571	3,853	5,424
88.34.52	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE RIÑON	1,571	3,853	5,424
88.34.53	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE PANCREAS	1,571	3,853	5,424
88.34.54	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE TORAX/PULMON	1,571	3,853	5,424
88.34.55	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE UNA VERTEBRA	1,571	3,853	5,424
88.34.56	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. DE OTROS ORGANOS O REGIONES	1,571	3,853	5,424

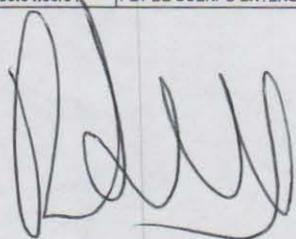
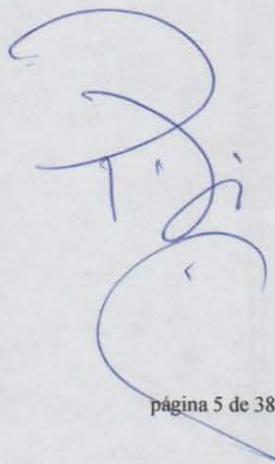



ANEXO 1  
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES  
ALTA COMPLEJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS		H.M.	GASTOS	V.M.T.
Los estudios de TC.MS <u>INCLUYEN</u> : Materiales Descartables , Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. <u>EXCLUYEN</u> : H.M. de Anestesia				
88.34.90/00	T.C. MULTISLICE DE CEREBRO	634	3,003	3,637
88.34.91/01	T.C. MULTISLICE DE ORBITAS	634	3,003	3,637
88.34.91/02	T.C. MULTISLICE DE HIPOFISIS	634	3,003	3,637
88.34.91/03	T.C. MULTISLICE DE OIDOS	634	3,003	3,637
88.34.91/04	T.C. MULTISLICE DE MACIZO FACIAL	634	3,003	3,637
88.34.91/05	T.C. MULTISLICE DE S.P.N.	634	3,003	3,637
88.34.91/06	T.C. MULTISLICE DE CUELLO	634	2,766	3,400
88.34.91/07	T.C. MULTISLICE DE FARINGE/LARINGE	634	3,003	3,637
88.34.92/00	T.C. MULTISLICE COMPLETA DE ABDOMEN	634	4,448	5,082
88.34.93/00	T.C. MULTISLICE DE TORAX	634	3,003	3,637
88.34.94/00	T.C. MULTISLICE DE PELVIS OSEA	634	2,766	3,400
88.34.94/01	T.C. MULTISLICE DE CADERAS	634	2,766	3,400
88.34.94/02	T.C. MULTISLICE DE RODILLAS	634	2,766	3,400
88.34.94/03	T.C. MULTISLICE DE TOBILLOS	634	2,766	3,400
88.34.94/04	T.C. MULTISLICE DE PIES	634	2,766	3,400
88.34.94/05	T.C. MULTISLICE DE HOMBROS	634	2,766	3,400
88.34.94/06	T.C. MULTISLICE DE CODO	634	2,766	3,400
88.34.94/07	T.C. MULTISLICE DE MUÑECA	634	2,766	3,400
88.34.94/08	T.C. MULTISLICE DE MANO	634	2,766	3,400
88.34.94/09	T.C. MULTISLICE DE COLUMNA CERVICAL	634	3,003	3,637
88.34.94/10	T.C. MULTISLICE DE COLUMNA DORSAL	634	3,003	3,637
88.34.94/11	T.C. MULTISLICE DE COLUMNA LUMBAR	634	3,003	3,637
88.34.95/00	T.C. MULTISLICE DE OTROS ORGANOS Y REGIONES	634	2,766	3,400
88.34.96/00	ANGIO TAC MULTISLICE CARDIACA CORONARIA	2,483	12,733	15,216
88.34.97/00	ANGIO TAC MULTISLICE DE UNA REGION (TORAX, ABDOMEN Y PELVIS, MIEMBROS ETC.)	1,072	5,813	6,885
88.34.97/01	ANGIO TAC MULTISLICE SEGUNDA O MAS REGIONES	850	4,727	5,577
88.34.98/00	RECONSTRUCCION 3D-4D Incluye TC-MS segunda region y subsiguientes	1,072	5,813	6,885
88.34.98/01	SCORE DE CALCIO	1,072	6,555	7,627

ANEXO 1  
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES  
ALTA COMPLEJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

PRACTICAS INTERVENCIONISTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTISLICE 64 PISTAS		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.34.99/01	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C. MS DE ABDOMEN	2,055	4,886	6,941
88.34.99/02	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE HIGADO	2,055	4,886	6,941
88.34.99/03	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE RIÑON	2,055	4,886	6,941
88.34.99/04	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE PANCREAS	2,055	4,886	6,941
88.34.99/05	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE TORAX/PULMON	2,055	4,886	6,941
88.34.99/06	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE UNA VERTEBRA	2,055	4,886	6,941
88.34.99/07	PRACTICA INTERV. BAJO CONTROL DE T.C.MS. DE OTROS ORGANOS O REGIONES	2,055	4,886	6,941
PET: TOMOGRAFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES				
Los estudios INCLUYEN : Materiales Descartables , Medios de Contraste (iónicos o no iónicos) y medicación anestésica. EXCLUYEN : H.M. de Anestesia		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.34.80/00	PET DE CUERPO ENTERO	1,164	20,486	21,650
88.34.80/01	PET DE CUERPO ENTERO POR FUSION DE IMÁGENES	1,148	15,480	16,628

ANEXO 1  
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES  
ALTA COMPLEJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR				
INCLUYEN : Materiales Descartables , Medios de Contraste, medicación anestésica y EXCLUYEN : H.M. de Anestesia. El módulo incluye ANGIORESONANCIA Y COLANGIORESONANCIA.				
PRIMERA EXPOSICION		H.M	GASTOS	V.M.T.
88.46.01 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CEREBRO (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.01 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CEREBRO (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.01 A1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 1RA EXPOSICION (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.01 B1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 1RA EXPOSICION (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.02 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.02 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.03 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.03 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.04 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.04 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.05 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.05 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.05 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.05 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.06 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION MAMARIA (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.06 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION MAMARIA (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.07 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.07 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.07 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.07 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.08 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.08 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.08 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.08 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.08 A2	COLANGIO-RMN 1RA. EXPOSICION (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.08 B2	COLANGIO-RMN 1RA. EXPOSICION (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944

ANEXO 1  
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES  
ALTA COMPLEJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

PRIMERA EXPOSICION (CONT.)		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.46.09 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.09 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.09 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.09 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.10 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.10 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.11 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.11 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.12 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.12 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.13 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.13 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.14 A0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.14 B0	R.M.N. 1ERA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.15 A0	R.M.N. DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.15 B0	R.M.N. DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.15 A1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.15 B1	ANGIO-R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.16 A0	R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE HOMBRO (ALTO CAMPO)	490	3,973	4,463
88.46.16 B0	R.M.N. 1RA. EXPOSICION DE HOMBRO (BAJO CAMPO)	490	3,454	3,944
88.46.17/A0	ARTRORESONANCIA MAGNETICA	1,094	6,232	7,326
88.46.18/A0	RMN C/ESPECTROSCOPIA	1,094	8,606	9,700
88.46.19/A0	RMN DINAMICA	1,094	7,716	8,810
88.46.20/A0	RMN CARDIACA	2,483	9,177	11,660
88.46.21/A0	RMN DIFUSION PERFUSION	1,094	10,982	12,076
88.46.22/A0	ESTUDIO MULTIPARAMETRICO DE PRÓSTATA (incluye RMN de próstata espectroscopia difusión perfusión)	4,104	10,387	14,491
SEGUNDA EXPOSICION		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.47.01 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CEREBRO (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.01 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CEREBRO (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.01 A1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 2DA EXPOSICION (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.01 B1	ANGIO-R.M.N. CEREBRO 2DA EXPOSICION (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.02 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.02 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.03 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.03 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031

ANEXO 1  
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES  
ALTA COMPLEJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

SEGUNDA EXPOSICION (CONT.)		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.47.04 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.04 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.05 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.05 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.05 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.05 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.06 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION MAMARIA (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.06 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION MAMARIA (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.07 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.07 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.07 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.07 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.08 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.08 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.08 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.08 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.08 A2	COLANGIO-RMN 2DA. EXPOSICION (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.08 B2	COLANGIO-RMN 2DA. EXPOSICION (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.09 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.09 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.09 A1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.09 B1	ANGIO-R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.10 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.10 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.11 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.11 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.12 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.12 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.13 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.13 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031

ANEXO 1  
NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES  
ALTA COMPLEJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

SEGUNDA EXPOSICION (CONT.)		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.47.14 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.14 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.15 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.15 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.15 A1	ANGIO-R.M.N.2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.15 B1	ANGIO-R.M.N.2DA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.47.16 A0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE HOMBRO (ALTO CAMPO)	490	2,827	3,317
88.47.16 B0	R.M.N. 2DA. EXPOSICION DE HOMBRO (BAJO CAMPO)	490	2,541	3,031
TERCERA EXPOSICION		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.48.01 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CEREBRO (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.01 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CEREBRO (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.02 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE RODILLA (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.02 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE RODILLA (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.03 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CADERA (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.03 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CADERA (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.04 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.04 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION OFTALMOLOGICA (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.05 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CUELLO (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.05 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CUELLO (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.06 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION MAMARIA (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.06 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION MAMARIA (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.07 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE PELVIS (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.07 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE PELVIS (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.08 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.08 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE ABDOMEN (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.09 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TORAX (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.09 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TORAX (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.10 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.10 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA CERVICAL (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723

ANEXO 1  
 NOMENCLADOR DE PRACTICAS Y VALORES  
 ALTA COMPLEJIDAD. CODIGOS 88 (PESADOS)

TERCERA EXPOSICION (CONT.)		H.M.	GASTOS	V.M.T.
88.48.11 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.11 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA DORSAL (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.12 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.12 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE COLUMNA LUMBAR (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.13 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.13 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE TOBILLO Y PIE (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.14 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.14 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE CODO MUÑECA Y MANO (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.15 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.15 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE OTROS ORGANOS Y/O REGIONES (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723
88.48.16 A0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE HOMBRO (ALTO CAMPO)	490	2,541	3,031
88.48.16 B0	R.M.N. 3RA. EXPOSICION DE HOMBRO (BAJO CAMPO)	490	2,233	2,723

## NORMAS DE AUDITORIA MÉDICA

### CÓDIGOS 88 DENOMINADOS PESADOS

Las prácticas detalladas a continuación deberán autorizarse para ser realizadas por Profesionales Especialistas de cada una de las disciplinas

#### TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA

**Estudios diagnósticos realizados con equipamiento y soft mínimo de 2da./3ra. generación; incluye:**

- Todos los cortes necesarios, independientemente de la patología
- Materiales descartables
- Medios de contraste (iónicos o no iónicos).
- Medicación anestésica

**Código: 88.34.10:**

**Práctica:** DE CEREBRO

**Definición:** Estudio radiológico morfológico en el cual se obtienen datos en forma directa, o indirecta por desplazamientos de estructuras anatómicas, pudiendo realizar un diagnóstico etiológico o topográfico de patologías que afectan al S.N.C, envolturas y patología ósea de calota o base de cráneo

**Indicaciones:**

- Cuadro neurológico de presentación aguda con o sin deterioro de conciencia, con o sin déficit focal de vías largas o pares craneales.
- Cuadros de presentación subaguda o crónica de déficit focal de vías largas o pares craneales.
- Traumatismo Encéfalocraneal con sospecha de lesiones traumáticas óseas o parenquimatosas o formación de colecciones hemáticas.
- Sospecha de Síndrome de Hipertensión Endocraneana.
- Sospecha de Hidrocefalia.
- Cuadros de Deterioro Cognitivo.

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.

**Código: 88.34.12.**

**Práctica:** DE CEREBRO DE CONTROL.

**Indicaciones:**

- Control post-operatorio de Neurocirugía.
- Seguimiento de patología infecciosa del Sistema Nervioso Central.
- Seguimiento de patología oncológica 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 la Hemorragia Intraventricular no operada.
- Control evolutivo de la Hemorragias intracerebrales y/o subaracnoideas con cuadro clínico desfavorable.

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.
- TAC previa

**Código: 88.34.13:**

**Práctica:** OFTALMOLOGICA

**Indicaciones:**

- Tumores.
- Patología de órbita
- Estadificación
- Hipertiroidismo

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.
- Estudios de laboratorio

**Código: 88.34.14:**

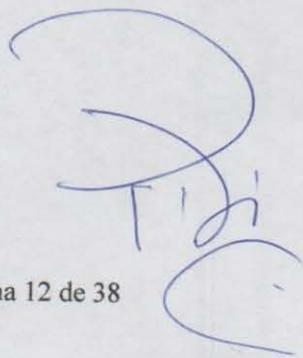
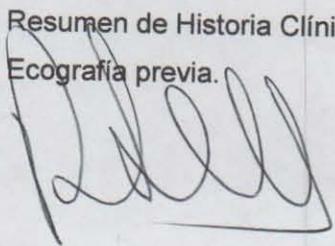
**Práctica:** DE TIROIDES Y PARATIROIDES

**Indicaciones:**

- Imágenes quísticas
- Imagen nodular única o con nódulo dominante

**Requisitos:**

- Resumen de Historia Clínica
- Ecografía previa.



**Código: 88.34.15**

**Práctica: DE MAMA**

**Indicaciones:**

- Imágenes quísticas.
- Imágenes nodulares

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.
- Mamografía y ecografías previas justificativas de la solicitud.

**Código: 88.34.16**

**Práctica: GINECOLÓGICA.**

**Indicaciones:**

- Detección precoz de recidiva tumoral.
- Estadificación del Cáncer pelviano.
- En aquellas pacientes con marcapasos, clips con aneurismas intracraneales, ciertas válvulas cardíacas, cuerpos extraños metálicos alrededor de las órbitas e implantes cocleares, (en las cuales no se puede efectuar Resonancia Magnética Nuclear.

**Requisitos:**

- Resumen de Historia Clínica.
- Estudios previos realizados: ecografías, (TAC. Anterior si la hubiere.

**Código: 88.34.17/18**

**Práctica: COMPLETA DE ABDOMEN-HEPATO-BILIAR-ESPLÉNICA.**

**Indicaciones:**

- Patologías mesentéricas
- Enfermedades inflamatorias intestinales
- Enfermedades peritoneales y retroperitoneales.
- Estadificación tumoral.
- Estudio de la aorta y otros vasos.
- Traumatismo.
- Tumores.
- Estadificación de los tumores.
- Valoración de patología del tracto hepato-bilio-pancreático.

**Requisitos:**

- Resumen de Historia Clínica.
- Estudios previos realizados: ecografías, (TAC. anterior si la hubiere.

**Código: 88.34.19**

**Práctica: DE TÓRAX.**

**Indicaciones:**

- Lesiones parenquimatosas.
- Características de lesiones nodulares.
- Presencia de cavitación.
- Evaluación de tumores apicales.
- Malformación arteriovenosa.
- Metástasis pulmonares.
- Adenopatías hiliares y mediastínicas.
- Lesiones traqueales y de los bronquios principales.
- Localización de lesiones pulmonares.

**Requisitos:**

- Historia Clínica completa con diagnóstico presuntivo.
- Radiografía de Tórax.

**Código: 88.34. 20**

**Práctica: DE VEJIGA Y PRÓSTATA**

**Indicaciones:**

- Lesiones de pared.
- Inflamaciones.
- Ganglio.
- Agrandamiento prostático.
- Estadificación de tumores.

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.
- Estudios anteriores justificativos de la solicitud.

**Código: 88.34.21 /22/23**

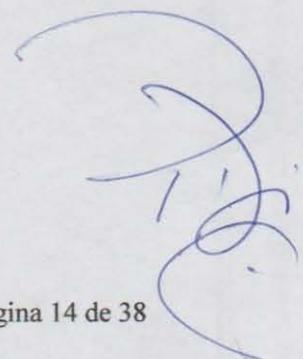
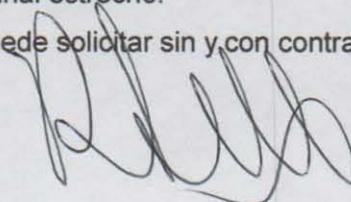
**Práctica: DE COLUMNA CERVICAL , DORSAL , LUMBAR**

**Indicaciones:**

a) Patología intracanal:

- tumor medular.
- hernia discal.
- canal estrecho.

Se puede solicitar sin y con contraste



b) Patología vertebral:

- tumor vertebral primario.
- metástasis vertebral.
- fractura.
- luxación.
- fractura-luxación.
- mal de Pott.
- espondilodiscitis (infecciones).

**Requisitos:**

- Historia Clínica.
- Radiografías previas.

Generalidades: Es indicación en:

Niños

Pacientes que requieran de anestesia

Ancianos con imposibilidad de permanecer quietos.

Pacientes con marcapasos, clips con aneurismas intracraneales, ciertas válvulas cardíacas, cuerpos extraños metálicos alrededor de las órbitas e implantes cocleares, (en las cuales no se puede efectuar Resonancia

Magnética Nuclear).

**TOMOGRAFIA COMPUTADA POR BARRIDO HELICOIDAL**

**CODIGOS 88.34.30. AL 88.34.39**

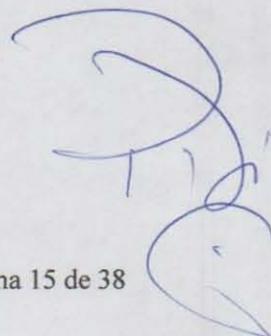
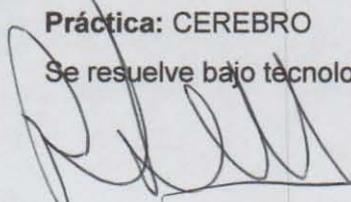
Estudios realizados con equipamiento de barrido helicoidal, Incluye:

- Todos los cortes necesarios, independientemente de la patología
- Materiales descartables
- Medios de contraste (iónicos o no iónicos)
- Medicación anestésica

**Código: 88.34.30:**

**Práctica: CEREBRO**

Se resuelve bajo tecnología axial.



**Código: 88.34.31:**

**Práctica:** GINECOLÓGICA

**Indicaciones:**

- Detección precoz de recidiva tumoral.

**Requisitos:**

- Resumen de Historia Clínica.
- Estudios previos realizados: ecografías, (TAC. anterior si la hubiere).

**Código: 88.34.32:**

**Práctica:** COMPLETA DE ABDOMEN.

**Indicaciones :**

- Patologías mesentéricas
- Enfermedades inflamatorias intestinales
- Enfermedades peritoneales y retroperitoneales.
- Estadificación tumoral.
- Estudio de la aorta y otros vasos.
- Traumatismo.
- Eco o TAC no concluyentes

**Requisitos :**

- Historia Clínica detallada.
- Estudios anteriores no concluyentes

**Código: 88.34.33:**

**Práctica:** HEPATO-BILIAR-ESPLÉNICA. ( Incluye colangio-TC)

**Indicaciones:**

- Tumores.
- Estadificación de los tumores.
- Valoración de patología del tracto hepato-bilio-pancreático.
- Traumatismos.

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.
- En ictericias: ecografía previa.

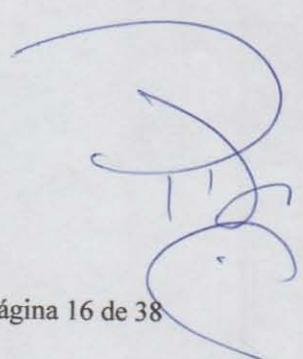
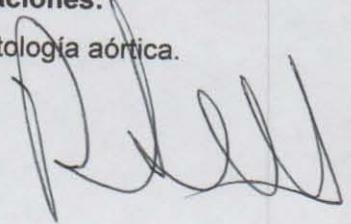
**Código: 88.34.34:**

**Práctica:** TORAX/PULMON

(en caso de no solicitar TAC de alta resolución)

**Indicaciones:**

- Patología aórtica.



- Patología de arterias pulmonares.
- Estadificación.
- Patologías pulmonares profesionales (neumoconiosis, asbestosis, sarcoidosis)

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada
- Estudios previos justificativos de la solicitud (ecografía no concluyente).

**Código: 88.34.35:**

**Práctica: VEJIGA Y PROSTATA**

**Indicaciones:**

- Tumores
- Estadificación.

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.
- Estudios previos justificativos de la solicitud (ecografía no concluyente).

**Código: 88.34.36 /37/38**

**Práctica: COLUMNA CERVICAL, DORSAL, LUMBAR.**

**Indicaciones:**

Toda región o patología que sea pasible de necesitar su reconstrucción (a excepción de la reconstrucción 3D que se autoriza por vía de excepción)

**Requisitos:**

- Historia Clínica.

- Radiografías previas. , TAC.

**PRACTICAS INTERVENCIONISTAS BAJO CONTROL DE TOMOGRAFIA COMPUTADA**

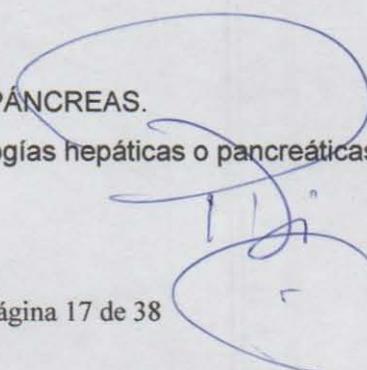
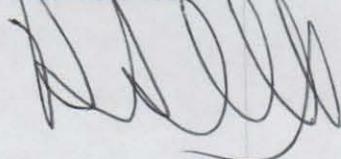
**PUNCIONES-BIOPSIAS ASPIRATIVAS**

**Código: 88.34.50/51/53**

**Práctica: GINECOLOGICAS, DE ABDOMEN, HÍGADO Y PÁNCREAS.**

**Definición:** práctica microinvasiva para el estudio de patologías hepáticas o pancreáticas.

**Indicaciones:**



- Biopsia guiada por Tomografía computarizada.
- Evaluación y drenajes de abscesos pelvianos.
- Ictericia aguda o crónica.
- Hepatitis aguda y secuelas y crónica.
- Cirrosis e hipertensión portal.
- Hepatopatías por drogas.
- Hepatopatías Alcohólicas.
- Hepatomegalia inexplicable.
- Alteración de la función hepática.
- Tesaurosismosis.
- Enfermedades sistémicas..
- Lesiones que ocupan espacio.
- Aumento de tamaño del órgano en cuestión

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.
- Ecografía hepática, TAC, ecografía abdominal.

**Código: 88.34.52**

**Práctica: DE RIÑÓN/ASPIRATIVA RENAL**

**Indicaciones:**

- 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:
  - a) De causa desconocida con sospecha de enfermedad sistémica o nefritis intersticial aguda.
  - b) Fase oligúrica prolongada.
  - c) Insuficiencia renal aguda como consecuencia de glomerulonefritis rápidamente evolutiva.
  - d) Imágenes quísticas.
  - e) Imágenes nodulares.

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.
- Clearance de creatinina.
- Orina de 24 hs.
- Estudios previos justificativos de la solicitud (ecografías, TAC, urogramas)

**Código: 88.34.54**

**Práctica: TORAX/PULMON**

**Indicaciones:**

- Tumores benignos y maligno pulmonares y pleurales
- Tumores mediastínicos.
- Derrames.

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.
- Estudios previos justificativos de la solicitud.

**Código: 88.34.55**

**Práctica: DE UNA VÉRTEBRA**

**Indicaciones:**

- Tumor vertebral primario.
- Metástasis.
- Mal de Pott.
- Espondilodiscitis (infecciones).

**Requisitos:**

- Historia Clínica.
- Radiografías previas.

**ANGIOTAC**

Se utiliza la TAC helicoidal convencional y posteriormente se realiza la serie contrastada que, a diferencia de una TAC con contraste utiliza bomba inyectora con mayores volúmenes de contraste yodado hiposmolar. Se puede utilizar o no la reconstrucción 3D.

Indicaciones

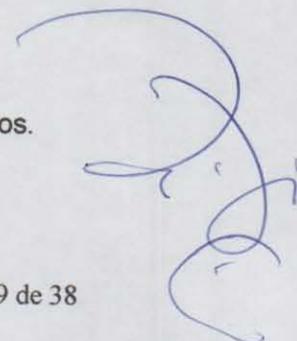
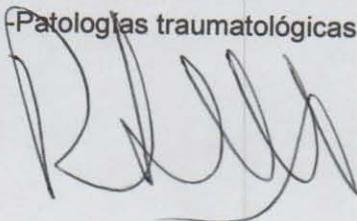
- En el estudio de los aneurismas de aorta.
- Control posquirúrgico de endoprótesis.

**TOMOGRAFÍA CON RECONSTRUCCIÓN 3D**

Es la realización de una Tomografía Helicoidal convencional a la que luego se la procesa para su reconstrucción en las 3 dimensiones.

Indicaciones

- Lesiones Maxilofaciales.
- Malformaciones de la Calota Craneal.
- Patologías traumatológicas (ad referéndum) de estudios solicitados.



## SCORE DE CALCIO

Con equipos de TC multicorte

### Indicaciones:

- Cardiopatía isquemia
- Detección y cuantificación del depósito cálcico de arterias coronarias. Predictivo de eventos coronarios.

## RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR

Estudios realizados con equipo de imán permanente, resistivo o superconductor con un campo magnético abierto o cerrado no menor de 0,2 Tesla.

Incluye Angio RMN y Colangio RMN.

### **Códigos: 88.46.01. AL 88.46.15**

**Primera exposición**, independiente de la patología en estudio. Primer órgano o región.

Incluye:

- Materiales descartables
- Medios de contraste
- Medicación anestésica

### **Códigos: 88.47.01. AL 88.47.15**

**Segunda exposición**, independiente de la patología en estudio, órgano o región subsiguiente.

Incluye:

- Materiales descartables
- Medios de contraste
- Medicación anestésica

### **Códigos: 88.48.01. AL 88.48.15**

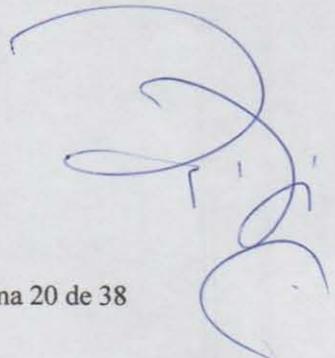
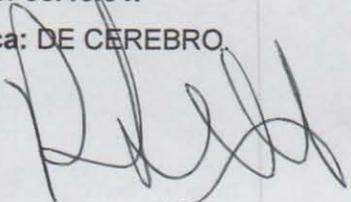
**Tercera exposición**, independiente de la patología en estudio, órgano o región subsiguiente.

Incluye:

- Materiales descartables
- Medios de contraste
- Medicación anestésica

**Código: 88.46.01.**

**Práctica: DE CEREBRO.**



**Indicaciones:**

- enfermedades desmielinizantes de S.N.C.
- vasculitis en S.N.C.
- patología clínica focalizada en la fosa posterior.
- Epilepsia focal, secundariamente generalizada o de topografía indeterminada.
- Patología infecciosa del S.NC.
- Trombosis de senos venosos dúrales.
- Hematoma Subdural.
- Evaluación de fístula L.C.R.
- Patología de órbita y conducto auditivo externo.
- Malformaciones vasculares.
- Patología focal a nivel encefálico con TAC de cerebro normal.
- Estudio de hidrocefalias.

**Requisitos:**

- Historia Clínica completa con diagnóstico etiológico presuntivo y topográfico. Objetivo del estudio.

**Código 88.46.02**

**Práctica : DE RODILLA**

**Indicaciones :**

- Patología meniscal.
- Patología tendinosa.
- Patología ligamentaria.
- Patología tumoral

**Requisitos :**

- Historia Clínica
- Estudios previos: radiología.

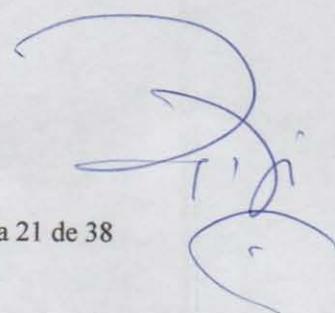
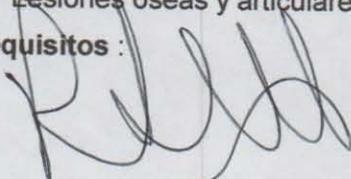
**Código: 88.46.03/07**

**Práctica :RMN DE PELVIS-CADERA**

**Indicaciones :**

- Evaluación de masas localizadas a lo largo de las paredes laterales pelvianas y el espacio presacro en la pelvis falsa.
- Estadificación del cáncer pelviano.
- Detección de recidiva tumoral.
- Lesiones óseas y articulares.

**Requisitos :**



- Resumen de Historia Clínica.
- Estudios previos realizados por ejemplo: Ecografías; TAC o RMN.

**Código: 88.46. 04**

**Práctica: OFTALMOLÓGICA**

**Indicaciones:**

- Lesiones de órbita.
- Tumores de partes blandas.
- Estadificación.

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.

**Código: 88.46.05**

**Práctica: DE CUELLO**

**Indicaciones:**

- Valoración de vasos del cuello y su patología
- Tumores.
- Estadificación.

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.

**Código: 88.46.06**

**Práctica: MAMARIA**

**Indicaciones:**

- Patología tumoral no resolutive por mamografía.
- Tumores recidivantes.
- Prótesis mamarias.
- Estadificación.

**Requisitos:**

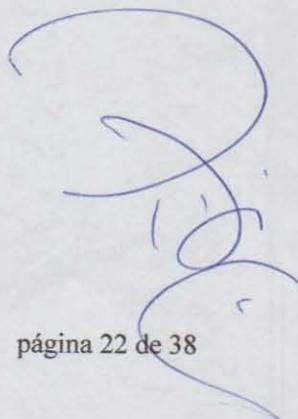
- Historia Clínica detallada
- Estudios anteriores mamarios previos ( mamografías, ecografías, etc.)

**Código: 88.46.08**

**Práctica: DE ABDOMEN**

**Indicaciones:**

- Patologías mesentéricas
- Enfermedades inflamatorias intestinales
- Enfermedades peritoneales y retroperitoneales.
- Estadificación tumoral.
- Estudio de la aorta y otros vasos.



- Traumatismo
- Tumores..
- Valoración de patología del tracto hepato-bilio-pancreático.

**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada.
- Estudios previos justificativos de la solicitud. ( Ecografías, TAC, Rx.)

**Código: 88.46.09**

**Práctica: DE TORAX**

**Indicaciones:**

- Patología aórtica.
- Patología de arterias pulmonares.
- Tumores benignos y malignos pulmonares.
- Tumores mediastínicos.
- Estadificación.

**Requisitos:**

- **Historia Clínica detallada**
- Estudios previos justificativos de la solicitud.

**Código: 88.46.10/11/12**

**Práctica: DE COLUMNA CERVICAL, DORSAL Y LUMBAR**

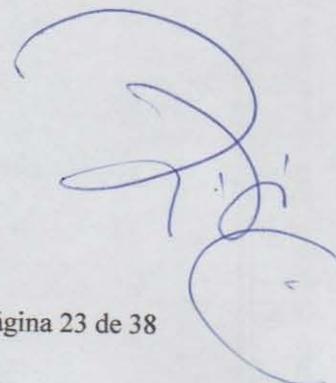
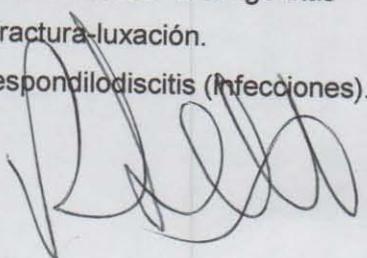
**Indicaciones:**

a) Patología intracanal:

- tumor medular.
- hernia discal.
- canal estrecho.
- Malformaciones congénitas

b) Patología vertebral:

- tumor vertebral primario.
- metástasis vertebral.
- fractura.
- luxación.
- Malformaciones congénitas
- fractura-luxación.
- espondilodiscitis (Infecciones).



**Requisitos:**

- Historia Clínica detallada
- Radiografías previas. , TAC.

**Código: 88.46.13. /14****Práctica : DE TOBILLO Y PIE-CODO, MUÑECA Y MANO****Indicaciones :**

- Patologías articular.
- Patología tendinosa
- Evaluación de partes blandas
- Fracturas.
- Luxaciones.

**Requisitos :**

- Historia Clínica detallada.
- Estudios previos justificativos de la solicitud.

**ARTRORESONANCIA MAGNETICA.**

Estudio realizado en Resonador de 1.5 Tesla con bobina de partes blandas o bobina específica, que consiste en la inyección de contraste intraarticular.

Indicaciones

- Sospecha de lesión del Labrum.
- Sospecha de lesión del ligamento triangular.

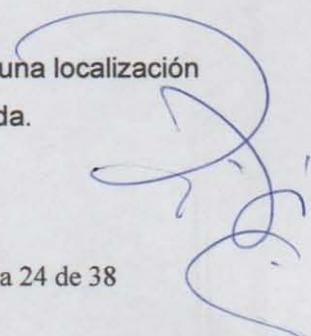
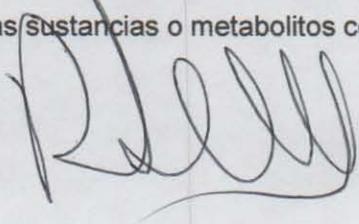
Requisitos

- RMN previa.
- Historia Clínica completa.

**RMN CON ESPECTROSCOPIA.**

Es un análisis o mapa metabólico o químico de un área orgánica específica, realizado con técnicas de RMN.

Se efectúa una corrida química que provee una medición cuantitativa y una localización regional de las sustancias o metabolitos contenidos en el área examinada.



Los metabolitos actúan como marcadores endógenos que caracterizan los tejidos normales y patológicos.

El trazo se proyecta en un sistema de coordenadas y esta formado por una curva compuesta por picos cada uno de los cuales representa una sustancia o metabolito.

La imagen espectroscópica tiene una baja resolución anatómica por lo que debe ser superpuesta a imágenes anatómicas con cortes de RMN.

Hay dos técnicas:

- Monovoxel: se utiliza en una zona determinada.
- Multivoxel: estudia una sección más extensa. Es más sensible que la anterior.

#### Indicaciones

- Encefalopatía hepática: se utiliza para evaluar la encefalopatía hepática subclínica en pacientes que van a ser transplantados.
- Demencia/Alzheimer.
- Encefalopatía hipóxica: en niños que se ahogan por inmersión. Indica pronóstico.
- Diagnóstico diferencial de lesiones focales tales como tumores, esclerosis múltiple.
- Detección de focos epileptógenos.

#### **RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR CARDIACA.**

Es la RMN convencional con la utilización de bobina y software especiales para dicha práctica.

#### Indicaciones

- Displasia arritmogénica del ventrículo derecho.
- Taquicardia ventricular derecha idiopática.
- Sospecha de cardiopatía congénita.

#### **RMN DINAMICA**

Permite conocer el fenómeno fisiológico de la distribución del contraste mediante una curva de intensidad de señal-tiempo (TIC), de cuyo análisis puede deducirse información relevante sobre la vascularización y perfusión tisular, la permeabilidad capilar y el espacio intersticial del tumor.

#### Indicaciones:

- Determinar carácter de la lesión (benigna maligna).
- Estadificación local permitiendo delimitar edema.
- Valoración de la respuesta a la quimioterapia.

- Planificación de biopsia.
- Diagnóstico precoz de recurrencia tumoral.

### **RMN DIFUSION PERFUSION**

RMN con medición de difusión y perfusión del contraste

Indicaciones:

- Patologías vasculares isquémicas.
- ACV
- Tumores
- Enfermedades degenerativas y desmielinizante.

### **ESTUDIO MULTIPARAMÉTRICO DE PROSTATA**

Incluye RNM de Próstata, Espectroscopia y Difusión Perfusión de Próstata

Indicaciones:

- PSA elevado y sin imagen ecográfica para determinar la necesidad de efectuar punción biopsia
- PSA elevado y punción negativa a fin de definir la localización del área patológica

## **NORMATIVAS PARA SOLICITAR LAS PRÁCTICAS DE CÓDIGOS 88, DENOMINADOS "PESADOS".**

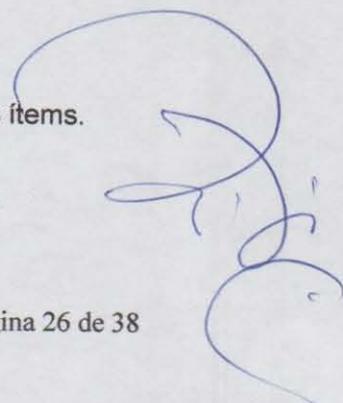
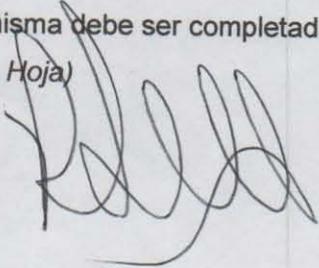
Planilla de Denuncia de Alta Complejidad para solicitar los estudios

Esta planilla estará disponible en

- Página web de IOMA - [www.ioma.gba.gov.ar](http://www.ioma.gba.gov.ar).
- Delegaciones del IOMA.
- Círculos médicos locales.
- Entidades intermedias
- Prestadores

La misma debe ser completada por el medico solicitante en todos sus ítems.

(1ra. Hoja)





1. Datos del paciente y del profesional: resulta de suma importancia para la auditoria central contar con una vía de comunicación telefónica con el profesional o el paciente a fin de aclarar en forma rápida cualquier duda, evitando en lo posible omitir este dato.
2. Diagnóstico presuntivo ó confirmado: el profesional deberá aclarar el o los diagnóstico/s médico/s presuntivos o confirmados que presenta.
3. Práctica solicitada: completar el código y descripción del estudio de acuerdo a lo estipulado en el "Nomenclador de prácticas y montos". Podrá solicitarse hasta 3 estudios por Planilla. En caso de requerirse mas de 3 prácticas, deberá confeccionarse otra Planilla de denuncia de alta complejidad
4. Resumen de Historia Clínica: detallar resumen de Historia Clínica y justificación del estudio y/o motivo por el cual se solicita. En caso de requerirse anestesia general deberá solicitarse en este ítem, aclarando los motivos.
5. Exámenes previos relacionados con la solicitud: completar los estudios previos que se realizaron indicando fecha y transcribiendo resumen o conclusión del informe, que avalen lo solicitado.

Además deberá entregarse al afiliado para que pueda adjuntar copias de los mismos junto con la planilla de Denuncia de Alta Complejidad ante el prestador.

**Para la autorización de las prácticas ambulatorias de alta complejidad (Códigos 88 "pesados") se requiere autorización centralizada por página Web, enviando planilla de denuncia alta complejidad independientemente del domicilio del afiliado.**

Fecha:...../...../.....

IOMA

PLANILLA DE DENUNCIA – ALTA COMPLEJIDAD

COBERTURA 100 % A CARGO DEL I.O.M.A.

DATOS DEL PACIENTE		DATOS DEL PROFESIONAL SOLICITANTE
Apellido:		Apellido:
Nombres:		Nombres:
Afiliado N°		Matrícula Prov.:
Edad:	Sexo: F - M	TE cel.:
Dirección:		T.E. part.:
Localidad:		T.E. consult.:
Teléfono		

Diagnostico presuntivo o confirmado:

PRÁCTICAS SOLICITADAS		
Código	Sub grupo	Descripción

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO O PRÁCTICA SOLICITADA.

---

---

---

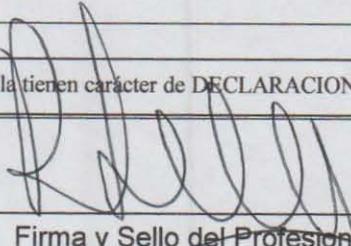
EXÁMENES PREVIOS RELACIONADOS CON LA SOLICITUD (enumerar con informe y fecha los estudios avalatorios, además se deberá adjuntar copia de los mismos al momento del estudio)

---

---

---

ACLARACIÓN: Los datos consignados en la presente planilla tienen carácter de DECLARACION JURADA.



Firma y Sello del Profesional solicitante

Adhesión de prestadores:

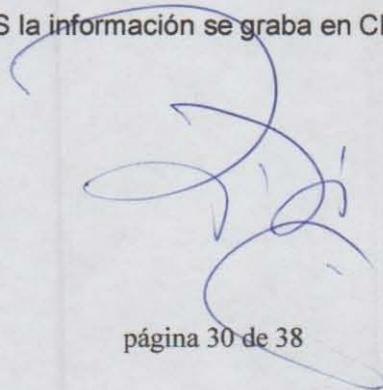
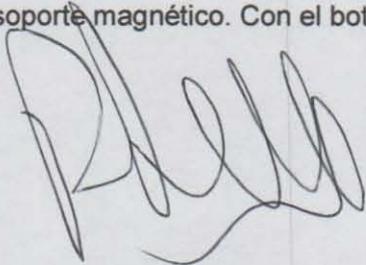
Las planillas de adhesión han sido desarrolladas teniendo en cuenta el Decreto 3280/90, el cual establece que las prácticas Alta Complejidad de autorización centralizada, deben ser realizadas en Establecimiento Asistencial, con excepción de la ecografía doppler color y ecografía intervencionista que pueden efectuarse en consultorios médicos. Se completarán los datos solicitados en el Programa "Código 88", que se puede bajar de la página Web del IOMA. La planilla deberá imprimirse y será firmada por el/los profesional/es responsable/s. (firmar todas las hojas).

Dicha planilla junto con el CD que genera dicho programa deberá ser presentada en el IOMA, Sede Central, en la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria (11vo piso.), en el horario de 8.00 a 13.00 hs., para obtener su clave personal de acceso al sistema de autorizaciones. (Una vez obtenida la clave de acceso al sistema queda habilitado a utilizar el sistema. Este paso deberá realizarse por única vez o cada vez que se produzcan modificaciones de datos).

Instructivo de instalación del programa:

1. Instalación Código 88: ejecutar SETUP:EXE
2. El programa se instalará en la Carpeta Código 88, dejando en el botón Inicio, en la opción Programas, un acceso a Código 88 . Para esta aplicación el monitor deberá configurarse 800 x 600 pixeles.
3. Oprimir el botón "Ingreso de datos" y se desplegarán 3 opciones:
  - Datos del prestador
  - Recursos humanos
  - Equipamiento
4. Ingresar en cada opción para la carga de datos correspondientes.
5. **Datos del prestador:** Se abrirá la planilla para ingresar los datos del prestador. En el ángulo inferior derecho aparece un menú de comandos con los botones: alta/modificar - aceptar - cancelar - salir. Oprimiendo el botón alta/modificar, se comienzan a cargar los datos en las casillas de llenado, pudiendo cancelar en caso de error o aceptar una vez cumplimentada la planilla. Oprimir el botón salir para continuar con la planilla correspondiente a Recursos Humanos.

6. **Recursos Humanos:** Se abrirá la planilla para ingresar los datos de los recursos humanos. En el ángulo inferior derecho aparece un menú de comandos los botones: alta - modificar - borrar - aceptar - cancelar - salir. Oprimiendo el botón de alta, se comienzan a cargar los datos en las casillas de llenado que se encuentran en la parte inferior de la hoja, pudiendo los mismos ser modificados o eliminados, oprimiendo los botones correspondientes. Con el botón aceptar, los datos cargados ingresan en la base de datos y se muestran en la grilla ubicada en la parte superior de la hoja. Para continuar agregando datos se deberá pulsar nuevamente el botón de alta y proceder como en el primer caso. Este procedimiento deberá repetirse con cada recurso humano con que cuente el servicio. Para la consulta de los datos cargados deberá posicionarse en la grilla y buscar el dato deseado. La totalidad de los datos de verán en las casillas de carga.
7. **Equipamiento:** Se abrirán las planillas para ingresar los datos del equipamiento para Códigos 88 pesados. Deberá elegirse la ficha correspondiente, de acuerdo a la aparatología que se deba cargar: Tomografía Axial Computada, Resonancia Magnética Nuclear, Ecografía por doppler color, Ecografía intervencionista o Medicina Nuclear. En cada caso se abrirá la planilla para el ingreso de los datos, que se efectuará oprimiendo el botón de alta del menú de comandos que se encuentra en el ángulo inferior derecho, pudiendo modificar o borrar en caso de error con los botones correspondientes. Oprimiendo el botón aceptar, los datos son listados en la grilla que se encuentra en la parte superior de la hoja. Para continuar con el siguiente equipo se deberá pulsar nuevamente el botón de alta, si es de la misma complejidad, o elegir la ficha que corresponda, de acuerdo al tipo de aparatología que de desee ingresar.
8. Una vez cargados los datos, se deberán imprimir los mismos. Para ello, deberá activarse el botón IMPRESIONES que se encuentra en el menú de comandos del programa (parte superior) y se desplegará una serie de opciones debiendo elegirse "completo" para ser remitido a esta Obra Social.
9. Asimismo, junto con las planillas impresas, el prestador deberá enviar la información en soporte magnético. Con el botón EXPORTAR DATOS la información se graba en CD



10. Las planillas y el CD que genera el programa deberán ser presentados por la Entidad , quien la entregá en la dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria del IOMA.

Instructivo para el llenado de la planilla de adhesión de prestadores:

**Datos del prestador:**

Razón social:

Completar el nombre comercial del centro, hospital, sanatorio, clínica, etc. que realizara y facturara la practica. En caso de corresponder a un profesional medico con equipo propio que factura a través de si mismo completar su nombre, apellido y matricula provincial.

Nombre del establecimiento:

Completar el nombre del establecimiento donde se realiza la práctica, pudiendo coincidir o no con la razón social. En caso de corresponder a un consultorio dentro de un establecimiento se completaran los datos de este y en caso de corresponder a un consultorio particular fuera de un establecimiento se completara con CONSULTORIO PARTICULAR.

Código establecimiento:

Cuando se trate de un establecimiento de 2do nivel sanatorial, completar el código correspondiente.

Dirección, localidad, tel, E-mail, horario de atención:

Completar los datos del lugar donde se realizan los estudios, (establecimiento o consultorio particular).

CUIT, ingresos brutos:

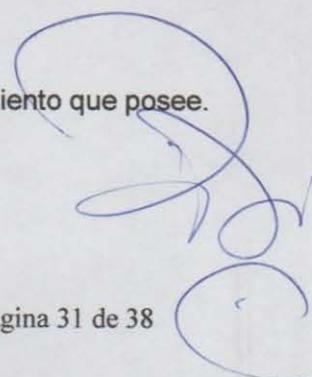
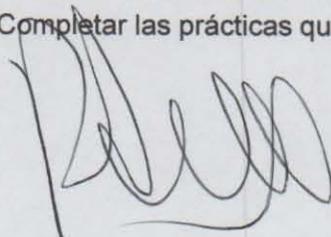
Completar los datos correspondientes a la razón social citada que presentara la facturación.

Habilitación ministerial, radio física, permiso ARN, alta de IOMA:

Completar los datos solicitados si corresponde, ya sea del establecimiento o del profesional.

Practicas que realizan:

Completar las prácticas que realizan de acuerdo al equipamiento que posee.



### Relación de los servicios prestadores con el establecimiento:

#### Propios:

Marcar que tipo de estudio se realiza con aparatología propia del establecimiento (ya sea un establecimiento asistencial de 2do nivel o un centro de diagnóstico con alta del IOMA) y que será autorizado y facturado por este a través del nombre que figura en la razón social citada.

#### Tercerizado:

Marcar que tipo de estudio corresponde cuando los equipos no son del establecimiento, sino que éste presta las instalaciones y por lo tanto autorizará y facturará el servicio tercerizado a través de su razón social (si está autorizado y con alta del IOMA será con el nombre de dicho servicio) o a través de un profesional médico responsable cuyos datos debe figurar en *Razón Social* y será quien autorizará y facturará las prácticas. (Cuando el servicio tercerizado no tiene alta del IOMA).

#### Consultorio:

Marcar que tipo de estudio corresponde cuando el equipo es propiedad de un profesional que actúa en el consultorio de un establecimiento pero factura a través de sí mismo, figurando en *Razón Social* sus datos particulares y será quien autorizará y facturará las prácticas.

#### Nota:

1- Si el profesional actúa en un consultorio particular, fuera de un centro o establecimiento, no deberá completar el cuadro: "Relación de los servicios prestadores con el establecimiento".

2- En casos donde dentro de un establecimiento coinciden más de las opciones antes citadas, por ej.: RMN y Medicina Nuclear como **tercerizado**, TC como equipo **propio** y Ecodoppler como equipo dentro de un **consultorio** propiedad de un profesional, deberá completar una planilla de adhesión de prestadores el establecimiento por la TC; otra el centro tercerizado por RMN y MN; y otra el profesional por Ecodoppler. Cada uno tendrá su código de autorización de estudios individual.

Cuando en el cuadro: "Relación de los servicios prestadores con el establecimiento", coincidan varias opciones (propio, tercerizado, consultorio), deberá completar en "Datos del equipamiento" solo los equipos que correspondan a la razón social citada, dado que los restantes serán completados por sus respectivos propietarios.

3- En caso de un equipo con varios dueños, uno solo será el responsable que completará los *datos del prestador* con posibilidad de autorizar y facturar practicas, pero los demás deberán incluirse en *Recursos Humanos* si realizan e informan estudios.

4- En caso que una Razón Social tenga varios equipos en diferentes direcciones deberá completar una planilla por cada dirección y su autorización/facturación será independiente.

**Recurso Humano:**

Completar los datos personales de cada uno de los profesionales que intervengan en la realización e informes de los estudios o prácticas.

**Datos del equipamiento:**

Completar datos técnicos del equipamiento.

**Firma de los profesionales:**

Cada uno de los responsables deberá firmar al final o al reverso de cada hoja y tendrá carácter de declaración jurada.

Registro de las prestaciones:

El profesional actuante deberá dejar constancia de la consulta realmente efectuada, en la Historia Clínica personal del afiliado, que deberá archivar por un período no menor de 5 años.

La Historia Clínica deberá contener un mínimo de datos básicos, a saber:

- Identificación del beneficiario. Con datos de:
- Nombre y apellido completo
- Edad
- Sexo.
- Fecha de atención.
- Numero de afiliado
- Fecha de alta
- Datos de la atención: Diagnóstico principal.

Diagnósticos concomitantes.

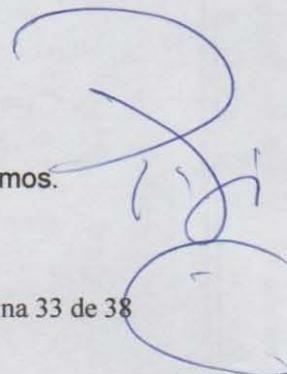
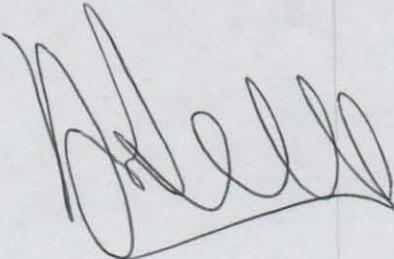
Complicaciones.

Estudios diagnósticos solicitados.

Conclusiones principales de los mismos.

Respuesta terapéutica.

Evolución y Tratamiento





### NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN

Las facturas extendidas por cada Prestador a este I.O.M.A., se deberán confeccionar de acuerdo a las normas relativas a la emisión de comprobantes (Resoluciones Generales de A.F.I.P.); considerando que el Instituto reviste la condición de Sujeto Exento frente al Impuesto al Valor Agregado, siendo su número de C.U.I.T. 30-62824952-7.

1. La factura se confeccionará por triplicado, debiendo estar firmada y sellada en original en sus 3 (tres) ejemplares.
2. Las facturas que extenderá el Centro Prestador, será tipo "B" o "C", según corresponda a su situación impositiva.
3. Se deberá dividir la facturación por cada tipo de prestación, extendiendo una factura por cada grupo afiliatorio: afiliados obligatorios, afiliados voluntarios individuales, afiliados voluntarios colectivos, convenios de reciprocidad.
4. Toda la documentación deberá encontrarse foliada correlativamente.
5. El plazo de presentación de la mencionada documentación será dentro de los 10 (diez) primeros días del mes siguiente al de las prestaciones convenidas. El vencimiento de presentación de la facturación será a los sesenta días de efectuada la prestación.
6. Los débitos aplicados serán informados a cada prestador
7. La documentación deberá presentarse en la mesa de entradas de la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria. Piso 11 de calle 46 N° 886 de la ciudad de La Plata.

#### Contenido de la Factura:

- ✓ Membrete identificatorio preimpreso del emisor de acuerdo a las normas vigentes de facturación.
- ✓ Domicilio.
- ✓ Número de C.U.I.T.
- ✓ Código del Establecimiento.
- ✓ Período facturado.
- ✓ Identificación del grupo de afiliados.
- ✓ Monto total en número y letras.
- ✓ Cantidad de folios.
- ✓ El titular de la factura deberá ser la persona física o jurídica que figura en el presente convenio.

### Contenido de la Presentación

- Detalle de módulos/procedimientos con montos discriminados y total
- Formulario de Solicitud de la Prestación (orden médica)
- Apellido y nombre del paciente
- Número de beneficiario del IOMA
- Fecha de solicitud
- Diagnóstico motivo de la solicitud
- Firma y sello del profesional solicitante
- Historia Clínica completa
- Resumen de Prestaciones
- Para la facturación de Códigos 88 pesados deben acompañar la siguiente documentación:
  - 1) **Planilla de Denuncia Alta Complejidad** Ambulatoria con todos los datos que en ella se consignan, firma y sello del profesional que indica,
  - 2) **planilla de autorización de la práctica.**
  - 3) **Informe de resultados** con firma y sello del profesional que realiza la práctica o procedimiento.

### Resumen de Prestaciones

- Listado de prestaciones por triplicado, firmado y sellado en original los tres resúmenes
- Nómina de los pacientes facturados consignando: Apellido y nombre, número de beneficiario del IOMA, importe por afiliado

### Normas de Presentación de la Documentación de Refacturación

En caso de requerirse refacturación ante posibles débitos se establecen las siguientes normas operativas:

- Toda la documentación deberá encontrarse foliada correlativamente:
- Factura según normativa vigente
- Nota de solicitud de refacturación (justificación del pedido)
- Fotocopia de certificación de pago sellada (para justificar periodo aceptado para la refacturación que será de (60 días)
- Fotocopia de Certificación de Débito/crédito
- Fotocopia de ajuste de Facturación
- Fotocopia de Historia Clínica Completa
- Las refacturaciones deben ser enviadas con la constancia del debito emitido por IOMA.

### CONVENIOS DE RECIPROCIDAD:

Los beneficiarios de los Sistemas de Reciprocidad gozarán de los beneficios asistenciales acordados por las Obras Sociales otorgantes.



Para la presentación de la facturación deberá adjuntarse la documentación habilitante del beneficiario establecida para cada convenio (constancia de afiliado en tránsito, afiliado en extraña jurisdicción ó afiliado en otra situación, según el caso), conjuntamente con la documentación respaldatoria de la prestación realizada.



Buenos Aires  
Provincia



ANEXO 4

MODELO DE DECLARACION JURADA

DATOS PROFESIONALES

Apellido y Nombres DERAGOPYAN, CARLOS ROLANDO ANDRES

Tipo de Documento DNI Número de Documento 13.213.480 Sexo MASCULINO

CUIT \_\_\_\_\_ Matrícula Provincial 443372 Categoría Profesional \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle ACOYTE Número 286 Torre \_\_\_\_\_ Piso P.B. Departamento \_\_\_\_\_

Localidad C.A.B.A. Código Postal 1424

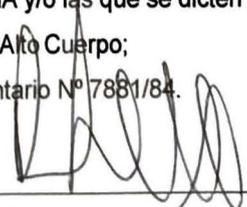
Teléfono 011-4706-6351 Correo Electrónico secretaria@deragopyan.com.ar

**Por la presente, declara conocer y se obliga a observar y dar cumplimiento a:**

- Las previsiones contractuales vigentes y sus modificatorias;
- Los programas y/o planes de atención;
- Los protocolos médicos;
- Las normas de atención y procedimiento;
- Las resoluciones emanadas del Honorable Directorio del IOMA y/o las que se dicten por algún órgano inferior en ejercicio de facultad delegada por el Alto Cuerpo;
- La Ley del IOMA N° 6982 (T.O. 1987) y su Decreto Reglamentario N° 7881/84.

25/11/2019

Fecha

  
Firma y sello del Profesional



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
2019 - Año del centenario del nacimiento de Eva María Duarte de Perón

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** EX-2019-18389796- -GDEBA-DGIIOMA

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 40 pagina/s.