

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 21 de Julio de 2020.

Estimados Prestadores

Ref.: Consultas Médicas Ambulatorias

Tenemos el agrado de dirigirnos a Uds., a los efectos de comunicarles los criterios definidos para la Cobertura de las Consultas Médicas Ambulatorias, tanto en Servicios de Guardia como en Consultorios Externos de Sanatorios y/o Profesionales, los cuales tienen vigencia 1° de Agosto de 2020.

Motiva la misma, dar respuesta a las distintas inquietudes que surgieron por nuestras anteriores comunicaciones y el cambio de condiciones sanitarias y/o aperturas aprobadas por el Gobierno Nacional.

➤ **Consultas de Guardia / Urgencias**

Estas consultas **no requieren de autorización previa de SCIS**, y los afiliados pueden acceder con su credencial y DNI.

Aquellos prestadores que cuenten con un servicio de validación en Línea deberán validar la prestación con el fin de evitar futuros débitos en sus liquidaciones mensuales

Serán considerados casos de urgencias los siguientes diagnósticos según la especialidad:

- **ORL:** dolor de oído.
- **Oftalmología:** Traumatismo de ojos, conjuntivitis.
- **Neurología:** Convulsiones, cefalea intensa intermitente, pérdida de equilibrio, visión borrosa.
- **Cardiología:** Dolor de pecho (angor) disnea, hipertensión arterial.
- **Quirúrgico:** Abdomen agudo, fiebre, cólicos, vómitos, colitis intermitente, hemorragias.
- **Urinarios:** cólicos renal, hematuria, infección urinaria con fiebre.
- **Pediatría:** Fiebre, vómitos, diarrea, erupciones, abdomen agudo. Exceptuados los controles médicos.

Las consultas de urgencia son válidas para realizarse en Sanatorios y/o centros médicos que tengan servicios de guardia o urgencia contratados. No se reconocerán las realizadas en consultorios privados.

Tope de Consultas de Guardia/Urgencias por Especialidad: Una consulta por afiliado mes.

Presentación de Liquidación mensual: Las mismas deben ser facturadas con un código especial, en formularios propios de Guardia o formularios con el sello que indique "Sector Guardia" y deberá estar acompañada con historia clínica del profesional que realiza la prestación.

➤ **Consultas Médicas Programadas en Consultorios de Profesionales o Externos de Instituciones**

Planes SC 50 - SC 100 - SC 150

Deberán solicitar AP (Autorización Previa) para acceder a las consultas médicas abonando el coseguro correspondiente y presentarse en el prestador con la AP (Autorización Previa), Credencial y DNI.

Planes SC 250 – SC 300 – SC 500 – SC 550 – SC 600 – SC 4000

Las consultas no requieren de AP (Autorización Previa) de SCIS, y los afiliados pueden acceder con su credencial y DNI.

Aquellos prestadores que cuenten con un servicio de validación en Línea deberán validar la prestación con el fin de evitar futuros débitos en sus liquidaciones mensuales.

Topes: Según Normas Operativas Vigentes.

➤ **Prácticas Médicas**

El Requerimiento de AP (Autorización Previa) varía según el Plan del Afiliado y tipo de prestación, así como también los Coseguros.

Adjuntamos archivo con los criterios de autorización vigentes.

Quedamos a vuestra disposición para cualquier aclaración sobre el particular en nuestra Mesa Operativa que funciona los 365 días del año, las 24 hs. en los siguientes teléfonos: (011) 5246-1600, Mail: autorizaciones@scis.com.ar y/o Sucursales del Interior del País (Ver nuestra web www.scis.com.ar).

Atentamente.

Rubén Zudaire
Gerencia de Contrataciones
SCIS Medicina Privada

CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN SCIS

PRESTACIONES	PLANES								
Capítulos del 01 al 13	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODOS LOS CAPITULOS DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DEL NN (PRESTACIONES INCLUIDAS Y EXCLUIDAS DEL PMO) – EXCEPTO LOS DETALLADOS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 13 – DERMATOLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
OPERACIONES EN LA PIEL Y EL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, CIRUGIA PLASTICA Y TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 14 – ALERGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE ALERGIAS INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
OTRAS PRACTICAS DE ALERGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 15 – ANATOMIA PATOLOGICA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE ANATOMIA PATOLOGICA INCLUIDAS EN EL PMO – EXCEPTO LA DETALLADA	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CITOLOGIA EXFOLIATIVA ONCOLOGICA (PAP)	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
OTRAS PRACTICAS DE ANATOMIA PATOLOGICA NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 16 – ANESTESIOLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
ANESTESIA LOCAL, ANESTESIA REGIONAL Y ANESTESIA GENERAL	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TRATAMIENTO DEL DOLOR	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 17 – CARDIOLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE CARDIOLOGIA INCLUIDAS EN EL PMO – EXCEPTO LA DETALLADAS	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTER (POR 24 HS) – UN CANAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ERGOMETRIA	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ELECTROCARDIOGRAMA DE HOLTER (POR 24 HS) – DOS CANALES	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
OTRAS PRACTICAS DE CARDIOLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 18 – ECOGRAFIAS	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE ECOGRAFIA INCLUIDAS EN EL PMO – EXCEPTO LAS DETALLADA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ECOCARDIOGRAMA COMPLETO, CON ECOSCOPIA (MODO B).	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ECOGRAFIA OFTALMOLOGICA UNI O BILATERAL.	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ECOGRAFIA PARA LA AMNIOCENTESIS.	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ECOGRAFIA TRANSVAGINAL	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ECOGRAFIA TRANSECTAL	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ECODOPPLER PERIFERICO BLANCO Y NEGRO (B/N)	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ECODOPPLER PERIFERICO COLOR	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
ECODOPPLER COLOR CIRCULACION PORTAL SUPRAHEPatico CAVA	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
ECODOPPLER COLOR ESPLENICO CAVA	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
ECODOPPLER CARDIACO COLOR	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
ECOCARDIOGRAMA DE STRESS FISICO Y/O FARMACOLOGICO (CON IMAGEN DIGITALIZADA)	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
ECODOPPLER CARDIACO FETAL COLOR	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
ECODOPPLER TRANSCRANEANO COLOR	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
OTRAS PRACTICAS ECOGRAFICAS NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 19 – ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
REGIMEN INDIVIDUAL, DETERMINACION DEL MB / ANAMNESIS ALIMENTARIA, SEGUIMIENTO (CONTROL DIETARIO)	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
PREPARACION DE DIETA ENTERAL / PARENTERAL / SOPORTE NUTRICIONAL EN INTERNACION /	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 20 – GASTROENTEROLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE GASTROENTEROLOGIA INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
OTRAS PRACTICAS DE GASTROENTEROLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 21 – GENETICA HUMANA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE GENETICA HUMANA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Capítulo 22 – GINECOLOGIA y OBSTETRICIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE GINECOLOGIA INCLUIDAS EN EL PMO – EXCEPTO LAS DETALLADAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
COLPOSCOPIA – TRAQUEOSCOPIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MONITOREO FETAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
OTRAS PRACTICAS DE GINECOLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 23 – HEMATOLOGIA-INMUNOLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE HEMATOLOGIA – INMUNOLOGIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 24 – HEMOTERAPIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE HEMOTERAPIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 25 – REHABILITACION	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE REHABILITACION	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 26 – MEDICINA NUCLEAR	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE MEDICINA NUCLEAR	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 27 – NEFROLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE NEFROLOGIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 28 – NEUMONOLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE NEUMONOLOGIA – EXCEPTO LAS DETALLADAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ESPIROMETRIA. COMPRENDE: CAPACIDAD VITAL FORZADA, FLUJO ESPIRATORIO FORZADO, FLUJO MEDIO FORZADO.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ESPIROMETRIA ANTES Y DESPUÉS DE USO DE BRONCODILATADORES (INCLUYE BRONCODILATADORES).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
BRONCOSCOPIA CON INSTRUMENTAL RÍGIDO.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
BRONCOFIBROSCOPIA.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CURVA DE FLUJO VOLUMEN (CON O SIN ESPIROMETRÍA).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ESTUDIO DE MECANICA PULMONAR (COMPRENDE DISTENSIBILIDAD PULMONAR ESTATICA Y DINAMICA - COMPLIANCE - RESISTENCIA DE LAS VÍAS AEREAS, CONDUCTANCIA Y COEFICIENTE DE RETRACCION, COEFICIENTE DE RETRACCION ELASTICA).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
OTRAS PRACTICAS DE NEUMONOLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 29 – NEUROLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE NEUROLOGIA – EXCEPTO LAS DETALLADAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ELECTROENCEFALOGRAFÍA CON ACTIVACIÓN SIMPLE.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ELECTROENCEFALOGRAFIA CON ACTIVACIÓN COMPLEJA.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NISTAGMOGRAFÍA. ELECTRORETINOGRAMA.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES O FACIAL.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ELECTROMIOGRAFIA DE LOS CUATRO MIEMBROS.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ELECTROMIOGRAFIA CON VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
REFLEXOGRAMA PATELAR Y/O AQUILIANO.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CRONAXIMETRÍA.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ELECTRODIAGNÓSTICO.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
OTRAS PRACTICAS DE NEUROLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 30 – OFTALMOLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE OFTALMOLOGIA INCLUIDAS EN EL PMO – EXCEPTO LAS DETALLADAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CAMPO VISUAL (CAMPIMETRIA Y/O PERIMETRÍA).- (BILATERAL)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
FONDO DE OJO Y/O ESQUIASCOPIA (CON DILATACIÓN PUPILAR).- (BILATERAL) - (INCLUIDO EN CONSULTA)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TONOMETRÍA.- (BILATERAL) - (INCLUIDO EN CONSULTA).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TONOMETRIA EN NINOS CON ANESTESIA GENERAL.- (BILATERAL)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
GONIOSCOPIA.- (BILATERAL)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CURVA TENSIONAL.- (BILATERAL)	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
TONOGRAFIA (CON TONOGRAFO ELECTRONICO).- (BILATERAL)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
RETINOGRAMA CON TRES PLACAS.- (UNILATERAL)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
RETINOGRAMA CON TRES PLACAS.- (BILATERAL)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

RETINOFLUORESCENCIA.- (UNILATERAL)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
EXOFTALMOMETRÍA.- (BILATERAL) - (INCLUIDO EN CONSULTA)	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL.- (BILATERAL) - (INCLUIDO EN CONSULTA)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CórNEA.- (UNILATERAL)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
OFTALMOSCOPIA INDIRECTA BINOCULAR CON EQUEMA DE FONDO DE OJO.- (BILATERAL)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
OTRAS PRACTICAS DE OFTALMOLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 31 – OTORRINOLARINGOLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE OTORRINOLARINGOLOGIA INCLUIDAS EN EL PMO – EXCEPTO LAS DETALLADAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
AUDIOMETRÍA.	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
LOGOaudiometría.	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
TÉCNICA DE PROETZ, HASTA DIEZ SESIONES.	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN OIDO.	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EXTRACCIÓN DE TAPÓN DE CERUMEN. (UNI O BILATERAL).	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR.	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
TAPONAMIENTO NASAL ANTEROPOSTERIOR.	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
OTOMICROSCOPIA.	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
OTOEMISIONES ACUSTICAS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
OTRAS PRACTICAS DE OTORRINOLARINGOLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 33 – PSIQUIATRIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
ADMISIONES	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES O GRUPALES	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CONSULTA CON PSIQUIATRIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
INTERNACION PSIQUITRICA (HOSPITAL DE DIA O DE NOCHE)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 34 – RADIOLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
RADIOSCOPIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
APARATO ESQUELETICO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
APARATO RESPIRATORIO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
APARATO RESPIRATORIO, DIGESTIVO Y CAVIDAD ABDOMINAL	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
APARATO URINARIO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
APARATO GENITAL FEMENINO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
NEURORRADIOLOGIA	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
ANGIOCARDIORRADIOLOGIA	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
TOMOGRAFIA – CÍNERADIOLOGIA – RX EN QUIROFANO Y DOMICILIO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA (OCT)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TOMOGRAFIA TRIDIMENSIONAL (3D)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TOMOGRAFIA MULTISLICE – MULTICORTE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TOMOGRAFIA HELICOIDAL	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
BLOQUEO BAJO CONTROL TOMOGRAFICO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
MARCACION MAMARIA PREQUIRURGICA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
DENSITOMETRIA OSEAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ESPINOGRAMA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
MAMOGRAFIA CON TECNICA DE EKLUND	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
MAMOGRAFIA MAGNIFICADA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
PUNCIONES DIRIGIDAS POR DIAGNOSTICO POR IMAGENES	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
OTRAS PRACTICAS RADIOLOGICAS NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 35 – TERAPIA RADIANTE	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE TERAPIA RADIANTE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 36 – UROLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TODAS LAS PRACTICAS DE UROLOGIA – EXCEPTO LAS DETALLADAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
URETROCISTOSCOPIA CON INSTRUMENTAL RÍGIDO.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
URETROCISTOFIBROSCOPIA. (VER NORMA IDEM COD. 36.01.01)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SONDAJE VESICAL-EVACUADOR, PARA INSTILACIÓN TERAPÉUTICA. (INCLUIDO EN CONSULTA)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SONDAJE VESICAL (PARA CISTOGRAFIA DE REPLESIÓN, URETROCISTOGRAFÍA). (INCLUIDO EN CONSULTA)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

CISTOTONOMETRÍA.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
DILATACIÓN URETRAL. (INCLUIDO EN CONSULTA)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
URETROSCOPIA. (VER NORMA IDEM CODIGO 36.01.01)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
URETROCISTOURETEROFIBROSCOPIA CON VIDEOSCOPIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ESTUDIO URODINAMICO COMPLETO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
PENESCOPIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
OTRAS PRACTICAS DE UROLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 42 - CONSULTAS MEDICAS	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
CONSULTAS DE GUARDIA / URGENCIAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CONSULTAS MEDICAS PROGRAMADAS	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
TRATAMIENTOS ESPECIALES	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
PUVATERAPIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CAMARA HIPERBARICA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
QUIMIOTERAPIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
BRAQUITERAPIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TRATAMIENTO ESCLEROSANTE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capítulo 66 – LABORATORIO	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
PRÁCTICAS NOMENCLADAS INCLUIDAS EN EL PMO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CARIOTIPO, MAPA CROMOSÓMICO.	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
PRACTICAS NO NOMENCLADAS INCLUIDAS EN EL PMO – EXCEPTO LOS DETALLADOS	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO PSA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CHLAMYDIAS AC IGG	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
COLESTEROL HDL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
COLESTEROL LDL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CA 19-9 (DIGESTIVO)	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MICROALBUMINURIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MYCOPLASMA ANTICUERPOS IGG	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
TEST RAPIDO FAUCES	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SCREENING NEONATAL(INCLUYE: TSH NEONATAL, DOSAJE DE FENILA-LANINA Y TRIPSONA INMUNORREACTIVA)	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
PRACTICAS NO NOMENCLADAS NO INCLUIDAS EN EL PMO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
PRESTACIONES SANATORIALES Y DE ENFERMERIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
INTERNACIONES CLINICAS / PEDIATRICAS / NEONATOLOGIAS (CLINICAS Y QUIRURGICAS / PISO, UCO – UTI)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
PRESTACIONES DE ENFERMERIA EN INTERNACION	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CURACIONES, NEBULIZACIONES, INCUBADORAS, LUMINOTERAPIA, OXIGENO TERAPIA, CONSUMO DE OXIGENO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CONSULTAS A DOMICILIO	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
CONSULTAS A DOMICILIO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TRASLADOS	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
TRASLADOS CON Y SIN MEDICO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
NEUROCIRUGIAS	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
CIRUGIAS NEUROLOGICAS Y NEUROQUIRURGICAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ODONTOLOGIA	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
CONSULTAS / ODONTOLOGIA PREVENTIVA / ATENCION DE GUARDIA / OBTURACIONES / TRATAMIENTO DE ENDODONCIA / RESTAURACION	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CONSULTA Y TRATAMIENTO CON ESTOMATOLOGIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ESTUDIO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	SI	NO – Excepto la Rx Panoramica	NO – Excepto la Rx Panoramica	NO – Excepto la Rx Panoramica	NO – Excepto la Rx Panoramica	NO – Excepto la Rx Panoramica	NO – Excepto la Rx Panoramica	NO – Excepto la Rx Panoramica	NO – Excepto la Rx Panoramica
CIRUGÍAS: EXTRACCIONES DENTARIAS SIMPLES, BIOPSIA TEJIDOS BLANDOS SUPERFICIALES ENDOBUCALES, BIOPSIA TEJIDO DUROS ENDOBUCALES, EXTRACCIÓN DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS MUCOSA, EXTRACCIÓN DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS ÓSEAS, LIBERACIÓN DE PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS, APICECTOMÍA, FRENECTOMÍA, SUTURA DE ENCÍA.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
FERTILIDAD	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
CONSULTA CON LA ESPECIALIDAD (FERTILIDAD)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
MODULOS DE MEDICACION PARA TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TRATAMIENTO DE FERTILIDAD	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
MATERIAL DE CONTRASTE PARA ESTUDIOS	SC50	SC100	SC150	SC250	SC300	SC 500	SC 550	SC 600	SC 4000
MATERIALES DE CONTRASTE / AGENTES DE CONTRASTE / MEDIOS DE CONTRASTE PARA RADIOLOGIA, TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA, RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR Y ULTRASONIDO. MATERIAL DE CONTRASTE ORALES, RECTALES, INTRAVENOSOS (YODADOS Y DE GADOLINIO)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI