

COSEGUROS PARA RIO NEGRO Y NEUQUEN	10/21
CONCEPTO	IMPORTE
CONSULTAS ESPECIALIDAD "1"	
CONSULTA AMBULATORIA CON MEDICO DE FAMILIA - CLINICO – GENERALISTA – PEDIATRA -GINECOLOGOS – TOCGINECOLOGO	\$ 300,00
CONSULTAS ESPECIALIDAD "2"	
CONSULTA AMBULATORIA C/ESPECIALISTAS: CARDIOLOGOS -TRAUMATOLOGOS – CIRUJANOS - GASTROENTEROLOGOS -UROLOGOS – E	\$ 550,00
CONSULTA AMBULATORIA CON MEDICOS ESPECIALISTAS: OTORRINOLARINGOLOGOS	\$ 550,00
CONSULTA O PSICOTERAPIA REALIZADA POR MEDICOS PSIQUIATRAS (POR SESIÓN)	\$ 700,00
CONSULTA AMBULATORIA GLOBALIZADA CON MEDICO OFTALMOLOGO (PRIMER ENTREVISTA INCLUYE EXAMEN)	\$ 700,00
CONSULTA AMBULATORIA GLOBALIZADA CON MEDICO OFTALMOLOGO CONSULTAS POSTERIORES	\$ 550,00
CONSULTA EN SERVICIO DE GUARDIA	\$ 600,00
CONSULTA EN SERVICIO DE GUARDIA NOCTURNA (1)	\$ 700,00
VISITA A DOMICILIO DIURNA	\$ 900,00
VISITA A DOMICILIO NOCTURNA (2)	\$ 1.200,00
PRACTICAS DIAGNOSTICA DE BAJA COMPLEJIDAD	
RADIOLOGIA DE RUTINA (POR PLACA)	\$ 250,00
MAMOGRAFIA – SENOGRAFIA (POR MAMA)	\$ 250,00
ECOGRAFIAS NOMENCLADAS EXCEPTO ABDOMEN (C/UNA)	\$ 250,00
ECOGRAFIAS DE PARTES BLANDAS, CADERAS, MUSCULOS (C/UNA)	\$ 250,00
PRACTICAS DE ANATOMIA PATOLOGICAS CONVENCIONALES (S/NOMENCLADOR PROPIO DE LA ESPECIALIDAD) (C/UNA)	\$ 250,00
PRACTICAS AMBULATORIAS EXCEPTO LAS ENUNCIADAS EN LA LISTA (C/UNA) EJ: COLPÒSCOPIAS, ELECTROCARDIOGRAMAS	\$ 250,00
PRACTICAS DIAGNOSTICA Y TERAPEÚTICA DE MEDIANA COMPLEJIDAD	
RADIOGRAFIAS SERIADAS GASTRODUODENAL (POR PLACA)	\$ 400,00
RADIOGRAFIAS DE COLON POR ENEMA (POR PLACA)	\$ 400,00
COLECISTOGRAFIAS O COLANGIOGRAFIAS (POR PLACA)	\$ 400,00
UROGRAMAS (POR PLACA)	\$ 400,00
ECOGRAFIA DE ABDOMEN	\$ 400,00
ECOGRAFIAS ENDOVAGINAL / TRANSRECTAL (C/UNA)	\$ 400,00
ECOGRAFIA OFTALMOLOGICA	\$ 400,00
PRACTICAS, ESTUDIOS O REHABILITACIÓN A DOMICILIO	\$ 400,00
PENEOSCOPIA	\$ 400,00
INFILTRACIONES Y MOVILIZACIONES AMBULATORIA (C/UNA)	\$ 400,00
PRACTICAS AMBULATORIAS DE TRAUMATOLOGIA (C/UNA) EJ: YESOS – TRACCIONES – SUTURAS – ETC-	\$ 400,00
PRACTICAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS DE ALTA COMPLEJIDAD	
ARTERIOGRAFIAS	\$ 1.000,00
CINECORONARIOGRAFIA	\$ 1.000,00

DENSITOMETRIA OSEA (C/UNA)	\$ 1.000,00
COLOCACIÓN DE DIU (Item 11.02.17)	\$ 1.000,00
BIOPSIA DE CERVIX (ITEM 11.02.15) O BIOPSIA VAGINAL (ITEM 11.03.11) (C/UNA)	\$ 1.000,00
PRACTICAS DE ANATOMIA PATOLOGICAS ESPECIALES (C/UNA)	\$ 1.000,00
OPERACIONES EN LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO AMBULATORIAS (POR PRACTICA)	\$ 1.000,00
TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS AMBULATORIA sin Anestesia (POR PRACTICA)	\$ 1.000,00
ELECTROENCEFALOGRAMA	\$ 1.000,00
SPECT O CENTELLOGRAMA DE CUALQUIER TIPO	\$ 1.000,00
PERFUSIÓN MIOCARDICA CON O SIN PRUEBA DE ESFUERZO	\$ 1.000,00
UROFLUJOMETRIA	\$ 1.000,00
ERGOMETRIA COMPUTARIZADA	\$ 1.000,00
POTENCIALES EVOCADOS Y ELECTROMIOGRAMAS (C/UNO)	\$ 1.000,00
HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA POR CADA PRACTICA O CONTROL (C/UNO)	\$ 1.000,00
TRASLADOS EN AMBULANCIA EXCLUYE URGENCIA O EMERGENCIA	\$ 1.000,00
RETINOFLUORESCEINOGRAMA BILATERAL	\$ 1.000,00
OTRAS PRACTICAS ESPECIALES OFTALMOLOGICAS (S/NOMENCLADOR PROPIO DE LA ESPECIALIDAD) (C/UNA)	\$ 1.000,00
PAQUIMETRIAS	\$ 1.000,00
TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS AMBULATORIA con Anestesia (POR PRACTICA)	\$ 1.000,00
ESPIROMETRIA, TEST DE MARCHA, EXAMEN FUNCIONAL RESPIRATORIO -DLCO -	\$ 1.000,00
GENETICA (POR CADA PRACTICA)	\$ 1.000,00
ESTUDIO URODINAMICO COMPLETO	\$ 1.000,00
TOMOGRAFIAS AXIAL COMPUTADA -TAC- (C/UNA)	\$ 1.000,00
RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA -RMN- (C/UNA)	\$ 1.000,00
ECO STRESS	\$ 1.000,00
PUNCIÓN TIROIDEA BAJO CONTROL ECOGRAFICO	\$ 1.000,00
PUNCIÓN MAMARIA BAJO CONTROL ECOGRAFICO	\$ 1.000,00
PUNCIÓN PROSTATICA BAJO CONTROL ECOGRAFICO	\$ 1.000,00
PUNCIÓN OTRAS REGIONES BAJO CONTROL ECOGRAFICO	\$ 1.000,00
COLANGIORESONANCIA, ANGIORESONANCIA, URORESONANCIA (C/UNA)	\$ 1.000,00
ECODOPPLER COLOR VENOSO DE CUALQUIER TIPO (C/UNO)	\$ 1.000,00
CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA O CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO	\$ 1.000,00
PUNCIÓN BAJO CONTROL TOMOGRAFICO	\$ 1.000,00
COLONOFIBROSCOPIA O COLONOVIDEOSCOPIA – VIDEOENDOSCOPIA BAJA	\$ 1.000,00
ESOFAGOGASTRODUODENOFIBROSCOPIA – VIDEOENDOSCOPIA ALTA	\$ 1.000,00
RECTOSIGMOIDOFIBROSCOPIA - RECTOSIGMOIDOSCOPIA	\$ 1.000,00
BRONCOSCOPIA	\$ 1.000,00
VIDEO URETROCISTOFIBROSCOPIA - CISTOURETROSCOPIA	\$ 1.000,00
HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	\$ 1.000,00

PRESUROMETRIA	\$ 1.000,00
HOLTER 24 HORAS	\$ 1.000,00
POLIPECTOMIA GASTRICA O COLONICA	\$ 1.000,00
TOMOGRFIA DE COHERENCIA OPTICA (OCT)	\$ 1.000,00
TRATAMIENTOS CON LASER (CADA SESIÓN)	\$ 1.000,00
LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA	\$ 1.000,00
OPERACIONES DE PARPADOS QUE SE REALIZAN EN CENTRO QUIRURGICO AMBULATORIO	\$ 1.000,00
OPERACIONES DE CONJUNTIVA QUE SE REALIZAN EN CENTRO QUIRURGICO AMBULATORIO	\$ 1.000,00
OPERACIONES DE MUSCULO EXTRAOCULARES QUE SE REALIZAN EN CENTRO QUIRURGICO AMBULATORIO	\$ 1.000,00
OPERACIONES DE IRIS Y CUERPO CILIAR QUE SE REALIZAN EN CENTRO QUIRURGICO AMBULATORIO	\$ 1.000,00
OPERACIONES DE CRISTALINO QUE SE REALIZAN EN CENTRO QUIRURGICO AMBULATORIO	\$ 1.000,00
OPERACIONES DE LA RETINA QUE SE REALIZAN EN CENTRO QUIRURGICO AMBULATORIO	\$ 1.000,00
OPERACIONES DE LA CORNEA QUE SE REALIZAN EN CENTRO QUIRURGICO AMBULATORIO	\$ 1.000,00
OPERACIONES DE ORBITA Y GLOBO OCULAR QUE SE REALIZAN EN CENTRO QUIRURGICO AMBULATORIO	\$ 1.000,00
OPERACIONES DE VIA LAGRIMAL QUE SE REALIZAN EN CENTRO QUIRURGICO AMBULATORIO	\$ 1.000,00
OPERACIONES POR TRAUMAS OCULARES QUE SE REALIZAN EN CENTRO QUIRURGICO AMBULATORIO	\$ 1.000,00
SONDAJE URETRAL, DILATACIÓN	\$ 1.000,00
TRATAMIENTO URODINAMICO + EMG	\$ 1.000,00
TRATAMIENTO DEL DOLOR - BLOQUEOS CUALQUIER REGIÓN O CORTICOPETARIA - BAJO ANESTESIA	\$ 1.000,00
CIRUGÍAS AMBULATORIAS CON CODIGOS 12 O 13 CON ATENCIÓN EN GUARDIA O INTERNACIÓN DE MENOS DE 12 HORAS	\$ 1.000,00
LABORATORIO	
LABORATORIO (NBU - PMOE) HASTA SEIS (6) DETERMINACIONES	\$ 250,00
LABORATORIO (NBU - PMOE) MAS DE SEIS (6) POR CADA DETERMINACIÓN EXTRA SE ACUMULAN	\$ 150,00
LABORATORIO (NBU - PEA y NBU -PEAyBF) (PRACTICAS NO NOMENCLADAS) POR CADA UNA	\$ 400,00
REHABILITACIÓN	
FONOAUDIOLOGIA (POR SESIÓN)	\$ 200,00
FISIATRIA / KINESIOLOGIA (POR SESIÓN)	\$ 200,00
ESTIMULACIÓN TEMPRANA (POR SESIÓN)	\$ 200,00
REHABILITACIÓN DEL CARDIOPATA (ITEM 17.01.17) POR SESIÓN	\$ 200,00
TERAPIA OCUPACIONAL (ITEM 25.01.03) POR SESIÓN	\$ 200,00
SUPERADA LAS 30 SESIONES ANUALES DE CUALQUIERA DE ESTAS PRACTICAS, DEBE CONTAR C/ LA AUTORIZACION DE OSPE- POR SESIÓN	\$ 350,00
SALUD MENTAL -PSICOLOGOS- PSICOPEDAGOGOS	
PSICOTERAPIA REALIZADA POR PROFESIONALES PSICOLOGOS (POR SESIÓN)	\$ 400,00
PSICOPEDAGOGIA (POR SESIÓN)	\$ 400,00
SUPERADA LAS 30 SESIONES ANUALES DE CUALQUIERA DE ESTAS PRACTICAS, DEBE CONTAR C/ LA AUTORIZACION DE OSPE- POR SESIÓN	\$ 750,00
PRACTICAS MEDICAS FUERA DEL PMOE	
CUALQUIER ESTUDIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES U OTRO TIPO Y/ O PRACTICA AMBULATORIA	\$ 1.200,00

MATERIAL RADIOACTIVO PARA ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR	
---	--

CUALQUIER ESTUDIO O PRACTICA AMBULATORIA	\$ 1.800,00
--	-------------

MATERIAL DESCARTABLE QUE SE UTILICE EN PRACTICAS AMBULATORIAS 100 % A CARGO DEL PACIENTE

MEDICAMENTOS QUE SE UTILICEN EN PRACTICAS AMBULATORIAS SE COBRARÁ LOS PORCENTAJES QUE CORRESPONDA A CADA PLAN

INCLUYE ANGIOTAC – COLANGIO RMN – VEDA – VCC- RECTOSIGMOIDOSCOPIA- ETC-

- (1) Comprende las consultas médicas realizadas en el Servicio de Guardia o Emergencia, fuera de los horarios programados, entre las 2 horas 7 horas y desde las 18 horas del sábado a las 24 horas del domingo y las 24 horas de los días feriados**
- (2) Comprende las visitas médicas realizadas en el domicilio habitual del paciente, entre las 21 horas y las 7 horas y desde las 18 horas sábado a las 24 horas del domingo y las 24 horas de los días feriados.**

OBRA SOCIAL DE PETROLEROS (OSPE)

PLANES QUE DEBEN PAGAR COSEGURO

A 307 - A 403 - A 408 - A 421 – A 423 - A 425

PLANES QUE NO ABONAN COSEGURO

Los afiliados del plan OSPe D 456 – OPESSA – SUR - AFIP -
A 600 - A 604 -A 608- A 610 - A 700 - 704 Santa Cruz - A 706

TAMPOCO NO PAGAN COSEGURO: LAS EMBARAZADAS Y LOS RECIEN NACIDOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA QUE SE ENCUENTRA INCLUIDOS EN EL PLAN MATERNO INFANTIL (PMI) Y LOS PACIENTES INTERNADOS

LOS AFILIADOS CON PLANES PMO – PMO MT -(Monotributista) – PMO SD (Servicio Domestico), DEBEN CONCURRIR PARA SU ATENCIÓN AL HOSPITAL LOCAL Y AQUELLOS ASOCIADOS QUE NOSOTROS LE DERIVEMOS PARA SU ATENCIÓN CON NUESTRA AUTORIZACIÓN PREVIA, SE DEBERÁN COBRAR UN 50 % MAS (+) DE LOS VALORES ESTIPULADOS EN TODAS LAS PRESTACIONES.