

## Guía de Requerimientos de Autorización

| Criterios de Autorización para Prácticas Ambulatorias ORO Y PLATA |   |
|---|---|
| <b>Capítulos 01 al 12</b>   |   |
| Todos las prácticas   | SI<br>Excepto: 02.70.92/03.01.09/03.70.01/<br>03.70.11/11.02.11/11.02.15/11.02.17/ 12.19.32/<br>yesos e infiltraciones musculares |
| <b>Capítulo 13. DERMATOLOGÍA</b>                                  |   |
| Prácticas Nomencladas   | SI<br>Excepto: 13.01.04/13.01.06/13.01.07/<br>13.01.08 todas en consultorio   |
| Prácticas No Nomencladas  | SI  |
| <b>Capítulo 14. ALERGIA</b>                                       |   |
| Prácticas Nomencladas   | NO  |
| Prácticas No Nomencladas  | SI<br>Excepto: 14.50.12 / Test de Sensibilidad al Contraste   |
| <b>Capítulo 15. ANATOMÍA PATOLÓGICA</b>                           |   |
| Todas las prácticas   | NO  |
| <b>Capítulo 16. ANESTESIOLOGÍA</b>                                |   |
| Prácticas Nomencladas   | NO  |
| Tratamiento del Dolor   | SI  |
| <b>Capítulo 17. CARDIOLOGÍA</b>                                   |   |
| Prácticas Nomencladas   | NO  |
| Cardiografía de Impedancia  | SI  |
| Estudio de señales promediadas                                    | SI  |
| Rehabilitación del Cardiópata                                     | SI  |
| Sobreestim. Ecg intracavitario c/cateterismo                      | SI  |
| Electrograma del Haz De His (incluye cateterismo)                 | SI  |
| Electrofisiológico Simple y Complejo De Haz His                   | SI  |
| Electrocardiograma con derivación intraesofágica                  | SI  |

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Ergometría con consumo de oxígeno                                | SI                          |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas                         | NO                          |
| <b>Capítulo 18 ECOGRAFÍAS</b>                                    |                             |
| Prácticas Nomencladas  | NO                          |
| Punción de Mama bajo ecografía                                   | NO                          |
| Restantes procedimientos bajo ecografía (Punciones, Marcaciones) | SI                          |
| Ecografías 3D y 4D   | SI                          |
| Ecografía para Amniocentesis                                     | SI                          |
| Elastografía Hepática (fibroscan)                                | SI                          |
| Ecodoppler de circulación retroocular color                      | SI                          |
| Ecodoppler de arterias oftálmicas o de arteria central de retina | SI                          |
| Ecodoppler cardíaco c/ burbujas                                  | SI                          |
| Ecodoppler transcraneal con burbujas                             | SI                          |
| Ecodoppler sustancia negra                                       | SI                          |
| Ecodoppler Transesofágico  | SI                          |
| Biopsia coriónica por aspiración                                 | SI                          |
| Resto de los Ecodoppler  | NO                          |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas                         | NO<br>Excepto las excluidas |
| <b>Capítulo 20. GASTROENTEROLOGÍA</b>                            |                             |
| Prácticas Nomencladas  | NO                          |
| Biofeedback  | SI                          |
| PHMetrias Computarizadas   | SI                          |
| Manometrias  | SI                          |
| Fotocoagulación Hemorroidal                                      | SI                          |
| Impedanciometría Intraluminal Multicanal                         | SI                          |
| Endocápsula  | SI                          |
| VEDA Y VCC diagnósticas  | NO                          |
| VEDA Y VCC terapéuticas  | NO                          |
| Módulo de Argón Plasma C/Videoesndoscopia Alta o Baja            | SI                          |

|   |  |
|---|--|
| Restantes procedimientos endoscópicos, bajo Video/Computarizados y proced. con sedación | SI   |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas  | NO   |
| <b>Capítulo 21. GENÉTICA HUMANA</b>   |  |
| Interconsulta genética, Cariotipo Simple y Bandeado                                     | NO   |
| El Resto de las Prácticas Nomencladas   | SI   |
| NT Plus   | NO   |
| Prácticas No Nomencladas  | SI   |
| <b>Capítulo 22. GINECO-OBSTETRICIA</b>  |  |
| Prácticas Nomencladas   | NO   |
| Cytobrush-Endobrush   | NO   |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas  | NO<br>Excepto las excluidas  |
| Cytobrush-Endobrush   | NO   |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas  | NO<br>Excepto las excluidas  |
| <b>Capítulo 23. HEMATOLOGÍA-INMUNOLOGÍA</b>   |  |
| Prácticas Nomencladas   | NO   |
| Gen de la Hemocromatosis  | SI   |
| HLA clase I y II Anti donante por luminex   | SI   |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas  | NO   |
| <b>Capítulo 24. HEMOTERAPIA</b>   |  |
| Todas las prácticas que requieren Internación u Hospital de día                         | SI   |
| <b>Capítulo 25. REHABILITACIÓN</b>  |  |
| Todo el capítulo  | SI   |
| <b>Capítulo 26. MEDICINA NUCLEAR</b>  |  |
| Prácticas Nomencladas   | NO   |
| Prácticas No Nomencladas  | NO<br>Excepto: Rastreo Corporal con In 111 y Estudio de sobrevida plaquetaria. |
| <b>Capítulo 27. NEFROLOGÍA</b>  |  |
| Todo el capítulo  | SI   |
| <b>Capítulo 28. NEUMONOLOGÍA</b>  |  |
| Prácticas Nomencladas   | NO<br>Excepto: Broncofibroscopia, Broncoscopia y Traqueoscopia                 |

|   |    |
|---|----|
| Procedimientos bajo video   | SI |
| Procedimientos endoscópicos de lesión bronquial   | SI |
| Estudio de la Reactividad Vascular Pulmonar   | SI |
| Broncoscopia Virtual  | SI |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas  | NO |
| <b>Capítulo 29. NEUROLOGÍA</b>  |    |
| Prácticas Nomencladas   | NO |
| Polisomnografías  | NO |
| Videoelectroencefalograma - Videotelemedicina   | SI |
| Tratamiento con Toxina Botulínica/Botox   | SI |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas  | NO |
| <b>Capítulo 30. OFTALMOLOGÍA</b>  |    |
| Prácticas Nomencladas   | NO |
| Test de Visión de Colores, Test de Lancaster, Examen de agudeza visual, Examen Sensorial, Test de Amsler, Estudios de Análisis de Film Lagrimal, Fondo de ojo, Toma de presión ocular, Ejercicios Ortópticos, Gonioscopia, Exofalmometría, Oftalmoscopia Binocular Indirecta, Test de Fijación, Campo Visual, Ecografía, Retinofluoresceinografía, Angiografía Digital, Tomografía de Papila (HRT), Curva Tensional Diaria, Topografía Corneal, Paquimetría, Ultrabiomicroscopia (UBM), Tomografía de Coherencia Óptica (OCT), Electroretinograma (ERG), Electrooculograma (EOG), Potenciales Evocados Visuales (POE), Dacriocistografía. | NO |
| Microscopia Especular/Recuento de Células Endoteliales, Topografía y Paquimetría (pre-quirúrgicos de Cx Excimer), Aplicación Intravitrea o Subtenoniana de Sustancias, Prácticas Quirúrgicas y Cirugías Oftalmológicas en general, Examen Ocular Neonatal.  | SI |
| <b>Capítulo 31. OTORRINOLARINGOLOGÍA</b>  |    |
| Prácticas Nomencladas   | NO |
| Procedimientos endoscópicos- bajo video   | SI |
| Evaluación Audiológica por observación de conducta  | SI |
| Calibración de Implante Coclear   | SI |
| Estimulación Auditiva para Implante Coclear   | SI |

|  |  |
|--|--|
| Selección de Otoamplifonos   | SI                                     |
| Reflejo Estapedial   | SI                                     |
| SEMOC  | SI                                     |
| Evaluación de Tinnitus   | SI                                     |
| Fibrolaringoscopia (con y sin video)   | NO                                     |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas                                       | NO                                     |
| <b>Capítulo 33. PSIQUIATRÍA</b>  |  |
| Todo el capítulo   | SI                                     |
| <b>Capítulo 34. RADIOLOGÍA</b>   |  |
| Prácticas Nomencladas  | NO                                     |
| Tomografía de emisión de positrones "PET"                                      | SI                                     |
| Mamografía 3D por Tomosíntesis   | SI                                     |
| Mielotomografía  | SI                                     |
| VCC Virtual  | SI                                     |
| Resto de las tomografías y angiotomografías                                    | NO                                     |
| Resonancias y Angioresonancias en todas sus variantes con o sin sedación       | NO                                     |
| Punción de Mama bajo T.A.C. ó Control Radiológico                              | NO                                     |
| Punción biopsia histológica c/aguja gruesa (mamotome) incluye marcación c/clip | NO                                     |
| Marcaciones mamarias   | SI                                     |
| <b>Capítulo 34. RADIOLOGÍA</b>   |  |
| Mieloradiculografía  | SI                                     |
| Restantes Procedimientos bajo T.A.C.   | SI                                     |
| Procedimientos bajo video  | SI                                     |
| Defecatógrafa  | SI                                     |
| Prácticas de hemodinamia o que se realizan en quirófano                        | SI                                     |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas                                       | NO                                     |
| <b>Capítulo 35. TERAPIA RADIANTE</b>   |  |
| Todo el capítulo   | SI                                     |
| <b>Capítulo 36. UROLOGÍA</b>   |  |
| Prácticas Nomencladas  | NO<br>Excepto: Uretrocistofibroskopias |

|   |  |
|---|--|
| Procedimientos endoscópicos, computarizados, bajo eco, bajo video | SI   |
| Pielografía Ascendente + Colocación de Pigtail                    | SI   |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas                          | NO   |
| <b>Capítulo 60 y 66. LABORATORIO</b>                              |  |
| Todas las prácticas Bioquímicas                                   | NO<br>Excepto: estudios específicos de HIV y estudios Neurometabólicos |

### Criterios de Autorización para Prácticas Ambulatorias - AZUL

|  |   |
|--|---|
| <b>Capítulos 01 al 12</b>                    |   |
| Todos los capítulos                          | SI<br>Excepto:02.70.92/03.01.09/03.70.01/03.70.11/<br>11.02.11/11.02.15/11.02.17/12.19.32/<br>yesos e infiltraciones musculares |
| <b>Capítulo 13 DERMATOLOGÍA</b>              |   |
| Prácticas Nomencladas                        | SI<br>Excepto: 13.01.04/13.01.06/13.01.07/<br>13.01.08 todas en consultorio   |
| Prácticas No Nomencladas                     | SI  |
| <b>Capítulo 14. ALERGIA</b>                  |   |
| Prácticas Nomencladas                        | NO  |
| Prácticas No Nomencladas                     | SI<br>Excepto Cód: 14.50.12 /<br>Test de Sensibilidad al Contraste  |
| <b>Capítulo 15. ANAT. PATOLÓGICA</b>         |   |
| Prácticas Nomencladas                        | NO  |
| Prácticas No Nomencladas                     | NO  |
| <b>Capítulo 16. ANESTESIOLOGÍA</b>           |   |
| Prácticas Nomencladas                        | NO  |
| Tratamientos del dolor                       | SI  |
| <b>Capítulo 17. CARDIOLOGÍA</b>              |   |
| Rehabilitación del Cardiópata                | SI  |
| Sobreestim. Ecg intracavitario c/cateterismo | SI  |
| Electrocardiograma del Haz de His            | SI  |

|  |  |
|--|--|
| Resto de las Prácticas Nomencladas                               | NO   |
| Eco Stress   | NO   |
| Tilt Test  | NO   |
| Presurometría  | NO   |
| Holter más de 2 canales  | NO   |
| Ctrol/Reprogramació Marcapasos-Cardiodesfibrilador               | NO   |
| Ergometría 12 derivaciones                                       | NO   |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas                         | SI   |
| <b>Capítulo 18. ECOGRAFÍAS</b>                                   |  |
| Prácticas Nomencladas  | NO   |
| Ecografía de partes blandas/ caderas                             | NO   |
| Ecografía Transvaginal   | NO   |
| Ecografía prostática transrectal                                 | NO   |
| Ecografía Transrectal Femenina                                   | NO   |
| Ecografía de Bazo-Retroperitoneal-Grandes Vasos                  | NO   |
| Ecografía de Cabeza y Cuello                                     | NO   |
| Ecografía de Masas Intestinales                                  | NO   |
| Ecografía Transcraneal, Transfontanelar                          | NO   |
| Ecografía con Translucencia Nucal                                | NO   |
| Ecografía de Piso Pelviano                                       | NO   |
| Scan Fetal   | NO   |
| EcoStress (Todas sus especificaciones)                           | NO   |
| Ecodoppler de circulación retroocular color                      | SI   |
| Ecodoppler de arterias oftálmicas o de arteria central de retina | SI   |
| Ecodoppler cardíaco c/ burbujas                                  | SI   |
| Ecodoppler transcraneal con burbujas                             | SI   |
| Ecodoppler sustancia negra                                       | SI   |
| Ecodoppler transesofágico  | SI   |
| Resto de los Ecodoppler  | NO   |
| Procedimientos bajo ecografía (Punciones - Marcaciones, etc)     | SI<br>Excepto Punción de mama bajo ECO o TAC |

|  |    |
|--|----|
| Ecografía para Amniocentesis   | SI |
| Ecocardiograma Fetal Color   | NO |
| El resto de las prácticas No Nomencladas   | SI |
| <b>Capítulo 20. GASTROENTEROLOGÍA</b>  |    |
| Prácticas Nomencladas  | NO |
| Manometrias  | SI |
| VEDA Y VCC diagnósticas  | NO |
| VEDA Y VCC terapéuticas  | NO |
| Módulo de Argón Plasma C/Videoendoscopia Alta o Baja                             | SI |
| Rectosigmoidoscopia con o sin video, diagnóstica                                 | NO |
| Restantes proced. endoscópicos, Bajo Video/Computarizados y proced. con sedación | SI |
| El resto de las prácticas No Nomencladas   | SI |
| <b>Capítulo 21. GENÉTICA HUMANA</b>  |    |
| Interconsulta genética, cariotipo simple y bandeado                              | NO |
| NT Plus  | NO |
| Resto de las Prácticas Nomencladas   | SI |
| Prácticas No Nomencladas   | SI |
| <b>Capítulo 22. GINECO-OBSTETRICIA</b>   |    |
| Prácticas Nomencladas  | NO |
| Topicaciones Ginecológicas   | NO |
| Vulvoscopía-Vaginoscopía   | NO |
| Tomas de Biopsias y Cepillados   | NO |
| Cytobrush-Endobrush  | NO |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas   | SI |



| <b>Capítulo 23. HEMATOLOGÍA - INMUNOLOGÍA</b>                   |   |
|---|---|
| Prácticas Nomencladas   | NO  |
| Gen de la Hemocromatosis  | SI  |
| HLA clase I y II Anti donante por luminex                       | SI  |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas                        | NO  |
| <b>Capítulo 24. HEMOTERAPIA</b>                                 |   |
| Todas las prácticas que requieren Internación u Hospital de día | SI  |
| <b>Capítulo 25. REHABILITACIÓN</b>                              |   |
| Prácticas Nomencladas   | SI  |
| Prácticas No Nomencladas  | SI  |
| <b>Capítulo 26. MEDICINA NUCLEAR</b>                            |   |
| Perfusión Miocárdica (en todas sus variantes)                   | NO  |
| Spect en todas sus variantes                                    | NO  |
| Centellograma con Radio, Talio y Tecnesio                       | NO  |
| Restantes Prácticas Nomencladas                                 | NO  |
| Restantes Prácticas No Nomencladas                              | SI  |
| <b>Capítulo 27. NEFROLOGÍA</b>                                  |   |
| Prácticas Nomencladas   | SI  |
| Prácticas No Nomencladas  | SI  |
| <b>Capítulo 28. NEUMONOLOGÍA</b>                                |   |
| Prácticas Nomencladas   | NO<br>Excepto: Broncofibroscopía, Broncoscopía, Traqueoscopia y Capacidad Vital Lenta |
| Procedimientos endoscópicos y bajo video                        | SI  |
| Programa de Rehabilitación EPOC                                 | SI  |
| Prueba de Función Pulmonar por compresión Toracoabdominal       | SI  |
| Poligrafía (con Oximetría y sin Oximetría)                      | SI  |
| El resto de las prácticas No Nomencladas                        | NO  |
| <b>Capítulo 29. NEUROLOGÍA</b>                                  |   |
| Prácticas Nomencladas   | NO  |
| EEG de Sueño (en todas sus variantes)                           | NO  |
| EEG No Nomencladas  | NO<br>Excepto: videoelectroencefalograma, telemetría                                  |

|   |    |
|---|----|
| EMG de MMSS, MMII y Cara  | NO |
| EMG con Estimulación Repetitiva   Estimulación Repetitiva alta y baja frecuencia  | NO |
| EMG con Velocidad Motora de los 4 Miembros  | NO |
| El resto de los EMG No Nomenclados  | SI |
| Mapeo cerebral computarizado  | NO |
| Potencial evocado bulbocavernoso y uretral incluye tiempo de latencia   | SI |
| Potencial evocado Motor por Estimulación Magnética Cerebral   | SI |
| Potenciales evocados (resto de variantes)   | NO |
| Fibra única para estimulación eléctrica   | NO |
| Blink reflex  | NO |
| Test fisiológico del temblor  | NO |
| Videonistagmografía   | NO |
| El resto de las prácticas No Nomencladas  | SI |
| <b>Capítulo 30. OFTALMOLOGÍA</b>  |    |
| Prácticas Nomencladas   | NO |
| Test de Visión de Colores, Test de Lancaster, Examen de agudeza visual, Examen Sensorial, Test de Amsler, Estudios de Análisis de Film Lagrimal, Fondo de ojo, Toma de presión ocular, Ejercicios Ortópticos, Gonioscopia, Exofalmometría, Oftalmoscopia Binocular Indirecta, Test de Fijación, Campo Visual, Ecografía, Retinofluoresceinografía, Angiografía Digital, Tomografía de Papila (HRT), Curva Tensional Diaria, Topografía Corneal, Paquimetría, Ultrabiomicroscopia (UBM), Tomografía de Coherencia Óptica (OCT), Electroretinograma (ERG), Electrooculograma (EOG), Potenciales Evocados Visuales (POE), Dacriocistografía. | NO |
| Microscopia Especular/Recuento de Células Endoteliales, Topografía y Paquimetría (pre-quirúrgicos de Cx Excimer), Aplicación Intravítrea o Subtenoniana de Sustancias, Prácticas Quirúrgicas y Cirugías Oftalmológicas en general, Examen Ocular Neonatal.  | SI |
| <b>Capítulo 31. OTORRINOLARINGOLOGÍA</b>  |    |
| Prácticas Nomencladas   | NO |

|   |    |
|---|----|
| Audiometrías - Logaudiometrías - Timpanometrías - Impedanciometrías - Acufenometría | NO |
| Otoemisiones acústicas  | NO |
| Criocirugía nasal en consultorio  | NO |
| Examen Otoneurológico   | NO |
| Procedimientos endoscópicos - bajo video  | SI |
| Prueba de Baha  | NO |
| Maniobra de reposición de otolitos  | NO |
| Rinofibrolaringoscopia con y sin video  | NO |
| Prueba de S.I.S.I.  | NO |
| Lavaje de oídos   | NO |
| El resto de las prácticas No Nomencladas  | SI |
| <b>Capítulo 33. PSIQUIATRÍA</b>   |    |
| Prácticas Nomencladas   | SI |
| Prácticas No Nomencladas  | SI |
| <b>Capítulo 34. RADIOLOGÍA</b>  |    |
| Prácticas Nomencladas   | NO |
| Espinograma - Escanograma   | NO |
| Pangoniometría  | NO |
| Mamografía Magnificada/ Con técnica de Ecklund                                      | NO |
| Densitometrías Oseas  | NO |
| Mamografías digitales   | NO |
| Radiografías No Nomencladas (incluye Técnica de Marchand)                           | NO |
| Tomografía de emisión de positrones "PET"   | SI |
| Mielotomografía   | SI |
| VCC Virtual   | SI |
| Resto de las tomografías y angiotomografías   | NO |
| Resonancias y Angioresonancias en todas sus variantes con o sin sedación            | NO |
| Punción de mama bajo T.A.C. ó Control Radiológico                                   | NO |
| Punción biopsia histológica c/aguja gruesa (mammotome) incluye marcación c/clip     | NO |

|   |  |
|---|--|
| Restantes procedimientos bajo T.A.C.                              | SI   |
| Procedimientos bajo video   | SI   |
| Prácticas de hemodinamia o que se realizan en quirófano           | SI   |
| Tránsito colónico con marcadores                                  | NO   |
| Tránsito intestino delgado doble contraste                        | NO   |
| El resto de las prácticas No Nomencladas                          | SI   |
| <b>Capítulo 35. TERAPIA RADIANTE</b>                              |  |
| Todo el capítulo  | SI   |
| <b>Capítulo 36. UROLOGÍA</b>                                      |  |
| Prácticas Nomencladas   | NO<br>Excepto: Uretrocistofibroscopias                                 |
| Uroflujometrías (incluye computarizada)                           | NO   |
| Estudio urodinámico completo                                      | NO   |
| Topicaciones Ulteriores Urológicas                                | NO   |
| Penescopía  | NO   |
| Procedimientos endoscópicos, computarizados, bajo eco, bajo video | SI   |
| El resto de las prácticas No Nomenclados                          | SI   |
| <b>Capítulo 60 y 66. LABORATORIO</b>                              |  |
| Todas las prácticas Bioquímicas                                   | NO<br>Excepto: Estudios específicos de HIV y estudios neurometabólicos |

### Criterios de Autorización para Prácticas Ambulatorias - BLANCO

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Capítulos 01 al 12</b>       |   |
| Todos los capítulos             | SI<br>Excepto: 02.70.92/03.01.09/03.70.01/03.70.11/11.02.11/11.02.15/11.02.17/12.19.32/ yesos e infiltraciones musculares |
| <b>Capítulo 13 DERMATOLOGÍA</b> |   |
| Prácticas Nomencladas           | SI<br>Excepto: 13.01.04/13.01.06/13.01.07/13.01.08 todas en consultorio   |
| Prácticas No Nomencladas        | SI  |

| <b>Capítulo 14 ALERGIA</b>                              |   |
|---|---|
| Prácticas Nomencladas                                   | NO  |
| Prácticas No Nomencladas                                | SI<br>Excepto: 14.50.12 / Test de Sensibilidad al Contraste |
| <b>Capítulo 15 ANATOMÍA PATOLÓGICA</b>                  |   |
| Todas las prácticas                                     | NO  |
| <b>Capítulo 16 ANESTESIOLOGÍA</b>                       |   |
| Prácticas Nomencladas                                   | NO  |
| Tratamiento del Dolor                                   | SI  |
| <b>Capítulo 17 CARDIOLOGÍA</b>                          |   |
| Rehabilitación del Cardiópata                           | SI  |
| Sobreestim. Ecg intracavitario c/cateterismo            | SI  |
| Electrocardiograma del Haz de His                       | SI  |
| El Resto de las prácticas Nomencladas                   | NO  |
| Tilt Test   | NO  |
| Presuometría  | NO  |
| Holter 3 canales  | NO  |
| Ctrol/Reprogramació Marcapasos-Cardiodesfibrilador NO   | NO  |
| Ergometría 12 derivaciones                              | NO  |
| El resto de las prácticas No Nomenclados                | SI  |
| <b>Capítulo 18 ECOGRAFÍAS</b>                           |   |
| Prácticas Nomencladas                                   | NO  |
| Ecografía de partes blandas/ caderas                    | NO  |
| Ecografía Transvaginal                                  | NO  |
| Ecografía de Masas Intestinales, Hidrocolon             | NO  |
| Ecografía Prostática Transrectal y Transrectal Femenina | NO  |
| Ecografía TN Translucencia Nucal                        | NO  |
| Ecografía de Piso Pelviano                              | NO  |
| Scan Fetal  | NO  |
| EcoStress   | NO  |
| Ecodoppler de circulación retroocular color             | SI  |

|  |  |
|--|--|
| Ecodoppler de arterias oftálmicas o de arteria central de retina                 | SI   |
| Ecodoppler cardíaco c/ burbujas  | SI   |
| Ecodoppler transcraneal con burbujas   | SI   |
| Ecodoppler sustancia negra   | SI   |
| Ecodoppler Transesofágico  | SI   |
| El resto de los Ecodoppler   | NO   |
| Procedimientos bajo ecografía (Punciones - Marcaciones, etc)                     | SI<br>Excepto Punción de mama bajo ECO o TAC |
| El resto de las prácticas No Nomencladas   | SI   |
| <b>Capítulo 20. GASTROENTEROLOGÍA</b>  |  |
| Prácticas Nomencladas  | NO   |
| Manometrias  | SI   |
| VEDA Y VCC diagnósticas  | NO   |
| VEDA Y VCC terapéuticas  | NO   |
| Módulo de Argón Plasma C/Videoendoscopia Alta o Baja                             | SI   |
| Rectosigmoidoscopia con o sin video, diagnóstica                                 | NO   |
| Restantes proced. endoscópicos, Bajo Video/Computarizados y proced. con sedación | SI   |
| El resto de las prácticas No Nomencladas   | SI   |
| <b>Capítulo 21. GENÉTICA HUMANA</b>  |  |
| Interconsulta genética, cariotipo simple y bandeado                              | NO   |
| NT Plus  | NO   |
| Resto de las Prácticas Nomencladas   | SI   |
| Prácticas No Nomencladas   | SI   |
| <b>Capítulo 22. GINECO-OBSTETRICIA</b>   |  |
| Prácticas Nomencladas  | NO   |
| Tomas de Biopsias y Cepillados   | NO   |
| Cytobrush - Endobrush  | NO   |
| Topicaciones ginecológicas   | NO   |
| Vulvoscopía, vaginoscopía  | NO   |
| El resto de las prácticas No Nomencladas   | SI   |

| <b>Capítulo 23. HEMATOLOGIA - INMUNOLOGIA</b>                   |   |
|---|---|
| Prácticas Nomencladas   | NO  |
| Gen de la Hemocromatosis  | SI  |
| HLA clase I y II Anti donante por luminex                       | SI  |
| El resto de las Prácticas No Nomencladas                        | NO  |
| <b>Capítulo 24. HEMOTERAPIA</b>                                 |   |
| Todas las prácticas que requieren Internación u Hospital de día | SI  |
| <b>Capítulo 25. REHABILITACIÓN</b>                              |   |
| Prácticas Nomencladas   | SI  |
| Prácticas No Nomencladas  | SI  |
| <b>Capítulo 26. MEDICINA NUCLEAR</b>                            |   |
| Prácticas Nomencladas   | NO  |
| Perfusión Miocárdica (en todas sus variantes)                   | NO  |
| Spect (todas las regiones del cuerpo)                           | NO  |
| Centellogramas con Radio, Talio y Tecnecio                      | NO  |
| El Resto de las prácticas No Nomencladas                        | SI  |
| <b>Capítulo 27. NEFROLOGÍA</b>                                  |   |
| Prácticas Nomencladas   | SI  |
| Prácticas No Nomencladas  | SI  |
| <b>Capítulo 28. NEUMONOLOGÍA</b>                                |   |
| Prácticas Nomencladas   | NO<br>Excepto: Broncofibroscopía, Broncoscopía, Traqueoscopía |
| Estudio de Mecánica pulmonar                                    | NO  |
| Espirometría computarizada                                      | NO  |
| Test de la marcha   | NO  |
| Difusión Pulmonar (DLCO)  | NO  |
| Examen Funcional Respiratorio                                   | NO  |
| Saturometría  | NO  |
| Oximetría   | NO  |
| Curva de Flujo Volumen  | NO  |
| Determinación de Volúmenes Pulmonares                           | NO  |
| Examen funcional respiratorio                                   | NO  |

|  |    |
|--|----|
| Ventilación Voluntaria Máxima  | NO |
| Curva flujo volumen computarizada  | NO |
| Estudio de volúmenes pulmonares por pletismografía                               | NO |
| Procedimientos bajo video  | SI |
| El resto de las prácticas No Nomencladas   | SI |
| <b>Capítulo 29. NEUROLOGÍA</b>   |    |
| Prácticas Nomencladas  | NO |
| EEG de sueño   | NO |
| EEG No Nomenclados (excepto: videoelectroencefalograma, telemetría)              | NO |
| Polisomnografías   | SI |
| EMG de MMSS y MMII   | NO |
| EMG de cara  | NO |
| EMG con estimulación repetitiva / Estimulación repetitiva alta y baja frecuencia | NO |
| EMG con velocidad motora de los 4 miembros                                       | NO |
| El resto de EMG No Nomenclados   | SI |
| Mapeo cerebral computarizado   | NO |
| Potencial evocado bulbocavernoso y uretral incluye tiempo de latencia            | SI |
| Potencial evocado motor x estimulación magnética cerebral                        | SI |
| Potenciales evocados (resto de variantes)  | NO |
| Blink reflex   | NO |
| Test fisiológico del temblor   | NO |
| Fibra Única para Estimulación Eléctrica  | NO |
| Videonistagmografía  | NO |
| <b>Capítulo 30. OFTALMOLOGÍA</b>   |    |
| Examen Otoneurológico  | NO |
| El resto de las prácticas No Nomencladas   | SI |
| Prácticas Nomencladas  | NO |



|  |    |
|--|----|
| Test de Visión de Colores, Test de Lancaster, Examen de agudeza visual, Examen Sensorial, Test de Amsler, Estudios de Análisis de Film Lagrimal, Fondo de ojo, Toma de presión ocular, Ejercicios Ortópticos, Gonioscopia, Exofalmetría, Oftalmoscopia Binocular Indirecta, Test de Fijación, Campo Visual, Ecografía, Retinofluoresceinografía, Angiografía Digital, Curva Tensional Diaria, Topografía Corneal, Paquimetría, Ultrabiomicroscopia (UBM), Electroretinograma (ERG), Electrooculograma (EOG), Potenciales Evocados Visuales (POE), Dacriocistografía. | NO |
| Microscopía Especular/Recuento de Células Endoteliales, Topografía y Paquimetría (pre-quirúrgicos de Cx Excimer), Tomografía de Papila (HRT), Tomografía de Coherencia Óptica (OCT), Aplicación Intravitrea o Subtenoniana de Sustancias, Prácticas Quirúrgicas y Cirugías Oftalmológicas en general, Examen Ocular Neonatal.  | SI |
| <b>Capítulo 31. OTORRINOLARINGOLOGÍA</b>   |    |
| Prácticas Nomencladas  | NO |
| Criocirugía nasal en consultorio   | NO |
| Audiometrías - Logaudiometrías - Timpanometrías - Impedanciometrías - Acufenometría  | NO |
| Otoemisiones acústicas   | NO |
| Prueba de S.I.S.I.   | NO |
| Examen Otoneurológico  | NO |
| Rinofibrolaringoscopia con y sin video   | NO |
| Procedimientos endoscópicos - bajo video   | SI |
| El resto de las prácticas no Nomencladas   | SI |
| <b>Capítulo 33. PSIQUIATRÍA</b>  |    |
| Prácticas Nomencladas  | SI |
| Prácticas No Nomencladas   | SI |
| <b>Capítulo 34. RADIOLOGÍA</b>   |    |
| Prácticas Nomencladas  | NO |
| Espinograma - Escanograma  | NO |
| Pangoniometría   | NO |
| Densitometría Ósea   | NO |
| Mamografía Magnificada con técnica de Ecklund  | NO |

|  |  |
|--|--|
| Mamografía Magnificada   | NO   |
| Radiografías No Nomencladas (incluye Técnica de Marchand)                      | NO   |
| VCC Virtual  | SI   |
| Tomografía de emisión de positrones "PET"                                      | SI   |
| Mielotomografía  | SI   |
| Resto de las tomografías y angiotomografías                                    | NO   |
| Resonancias y Angioresonancias en todas sus variantes con o sin sedación       | NO   |
| Punción de Mama bajo TAC ó Control Radiológico                                 | NO   |
| Punción biopsia histológica c/aguja gruesa (mamotome) incluye marcación c/clip | NO   |
| Restantes procedimientos bajo Tac  | SI   |
| Procedimientos bajo video  | SI   |
| Prácticas de hemodinamia o que se realizan en quirófano                        | SI   |
| Tránsito colónico con marcadores   | NO   |
| Tránsito intestino delgado doble contraste                                     | NO   |
| El resto de las prácticas No Nomencladas                                       | SI   |
| <b>Capítulo 35. TERAPIA RADIANTE</b>   |  |
| Todas las Prácticas  | SI   |
| <b>Capítulo 36. UROLOGÍA</b>   |  |
| Prácticas Nomencladas  | NO<br>Excepto: Uretrocistofibroskopias                                 |
| Uroflujometrías (incluye computarizada)  | NO   |
| Penescopía   | NO   |
| Estudio Urodinámico Completo   | NO   |
| Topicaciones Ulteriores Urológicas   | NO   |
| Procedimientos endoscópicos - computarizados - bajo eco, video                 | SI   |
| El resto de las prácticas No Nomencladas                                       | SI   |
| <b>Capítulo 60 y 66. LABORATORIO</b>   |  |
| Todas las prácticas Bioquímicas  | NO<br>Excepto: Estudios específicos de HIV y estudios neurometabólicos |

## Prácticas Ambulatorias Excluidas de Cobertura para GALENO ORO, PLATA, AZUL Y BLANCO

- Estudios y tratamientos de disfunción sexual
- Ondas de Choque Traumatológicas
- Regiscan
- Test farmacológico de papaverina con drogas vasoactivas
- Histerosonografía
- Histerosalpingografía Virtual
- Ecodoppler Power
- Ecodoppler 3D
- Ecodoppler genital color con papaverina
- Ecodoppler cuerpos cavernosos
- Videocolposcopia

### Estudios y Tratamientos de fertilidad-esterilidad

De acuerdo a la Ley Nacional 26862 de fertilización humana asistida, se cubren tratamientos de alta y baja complejidad.

Los requerimientos de autorización y el detalle de exclusión de los estudios relacionados, se detallan a continuación, para todos los planes:

| Estudio   | Cobertura                |
|---|--------------------------|
| CML (Cultivo Mixto Linfocitario)                | Sin Cobertura            |
| HSG virtual                                     | Sin Cobertura            |
| Inmunización c/ Linfocitos Paternos             | Sin Cobertura            |
| PGD (Diagn.Genet.Preimplantacional)             | Sin Cobertura            |
| Vitrificación ov/ espermatozoides NO oncológica | Sin Cobertura            |
| Inhibina B                                      | No Requiere Autorización |
| Espermocultivo                                  | No Requiere Autorización |
| Espermograma computarizado                      | No Requiere Autorización |
| Est.Hematológicos Lab                           | No Requiere Autorización |
| Free Beta                                       | No Requiere Autorización |
| HAM   | No Requiere Autorización |
| PAPPA   | No Requiere Autorización |
| Swin Up   | No Requiere Autorización |
| Espermograma c/técnica de Kruger                | No Requiere Autorización |
| Test de Sobrevida Espermática                   | No Requiere Autorización |
| Test Hiposmótico                                | No Requiere Autorización |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Test Túnel o Fragmentación Espermática           | No Requiere Autorización |
| Cariotipo Simple y Bandeado (NN)                 | No Requiere Autorización |
| Ecografía Endocavitaria p/monitoreo de Ovulación | No Requiere Autorización |
| CASPASA  | No Requiere Autorización |
| Carga viral en semen                             | Requiere Autorización    |
| Cariotipo AR                                     | Requiere Autorización    |
| Columnas de Anexina                              | Requiere Autorización    |
| TESE (Extracción Espermática Testicular)         | Requiere Autorización    |

**CONTACTOS**

|  |
|--|
| <b>LÍNEAS DE ACCESO EXCLUSIVAS PARA PRESTADORES DE GALENO</b>  |
| <b>AMBA</b>  |
| <b>SAP- SERVICIO DE ATENCIÓN AL PRESTADOR</b><br>0810-999-7737<br><a href="mailto:doc.mail@galenoargentina.com.ar">doc.mail@galenoargentina.com.ar</a><br>De Lunes a Viernes de 8.30 a 18 hs.  |
| <b>LIQUIDACIONES</b><br>0810-555-4455<br><a href="mailto:reclamosmedicos@galenoargentina.com.ar">reclamosmedicos@galenoargentina.com.ar</a><br>De Lunes a Viernes de 10 a 13 y de 14 a 17 hs.  |
| <b>PAGOS</b><br>4348-6045/6111<br><a href="mailto:reclamospagoprestadores@galenoargentina.com.ar">reclamospagoprestadores@galenoargentina.com.ar</a><br>De Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.  |
| <b>AUDITORÍA MÉDICA DE FACTURACIÓN</b><br>4321-4071<br>De Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.   |
| <b>CENTRAL DE AUTORIZACIONES</b><br>Galeno Oro: 4321-4115 - Galeno Plata: 4321-4215 - Galeno Azul y Blanco: 5382-5010<br><b>Prácticas ambulatorias:</b> op. 2 de Lu a Vie de 8 a 19hs.<br><b>Internaciones:</b> op. 3 de Lu a Vie de 8 a 18 hs.<br>Solicitudes y denuncias de internación al fax: 4814-7383 o<br><a href="mailto:fax.internacionesyquirurgiasambulatorias@galenoargentina.com.ar">fax.internacionesyquirurgiasambulatorias@galenoargentina.com.ar</a><br>Solicitudes de estudios para pacientes internados o derivaciones: 4321-4144 o<br><a href="mailto:fax.derivaciones@galenoargentina.com.ar">fax.derivaciones@galenoargentina.com.ar</a><br>Solicitudes de material para pacientes internados: 4814-7344 o<br><a href="mailto:auditoria.medica@galenoargentina.com.ar">auditoria.medica@galenoargentina.com.ar</a> |
| <b>ADMISIONES Y AUTORIZACIONES SALUD MENTAL</b><br>Ayacucho 1741 1° "2" C.A.B.A. 4805-1089/4806-0691/4807-6635<br>De Lunes a Viernes de 9 a 18 hs.<br><a href="mailto:Prestadores.salud.mental@galenoargentina.com.ar">Prestadores.salud.mental@galenoargentina.com.ar</a>   |
| <b>INTERIOR DEL PAÍS</b>   |
| <b>0810-999 SUCURSAL (7828)</b>  |

[www.e-galeno.com.ar](http://www.e-galeno.com.ar)