



# Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

## ANEXO I Aranceles

Vigencia a partir 1° de julio 2022

### A Honorarios Médicos

Código	DESCRIPCION	
A.1	42.01.01 Consulta en consultorio	\$ <input type="text"/>
A.2	42.02.01 Visita a domicilio	\$ <input type="text"/>
A.3	42.03.01 Visita y/o seguimiento clínico en internación -se reconocerá por solicitud de especialista y con constancia en la historia clínica-	\$ <input type="text"/>
A.4	42.03.03 Visita interconsulta especialista en internación -se reconocerá por visita realizada y con constancia en la historia clínica-	\$ <input type="text"/>
A.5	42.33.01 Consulta psiquiátrica en consultorio	\$ <input type="text"/>
A.6	42.33.02 Visita psiquiátrica a domicilio	\$ <input type="text"/>
A.7	42.33.03 Visita psiquiátrica domicilio Urgencia CABA	\$ <input type="text"/>
A.8	42.33.04 Visita psiquiátrica domicilio Urgencia G.B.A.	\$ <input type="text"/>
A.9	45.91.01 Valor unidad galeno prácticas quirúrgicas	\$ <input type="text"/>
A.10	45.91.02 Valor unidad galeno prácticas	\$ <input type="text"/>
A.11	45.91.03 Valor unidad galeno estudios video endoscópicos digestivos y respiratorios	\$ <input type="text"/>
A.12	45.92.01 Uso de equipo videolaparoscopia, de propiedad del profesional en aquellas cirugías en las cuales no esta incluido en el arancel, haya sido convenido y autorizado	\$ <input type="text"/>

Los valores correspondientes a las unidades galeno se aplicarán sobre la cantidad de unidades fijadas para médicos y ayudantes según corresponda, en prácticas diagnósticas, terapéuticas y quirúrgicas establecidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones médicas, odontológicas y bioquímicas vigente en Marzo 1991 - Res. S.S. 179/90 y Disp. S.A.S.P.S. 591/91

Las visitas detalladas en A.3 Visita y/o seguimiento clínico en internación sólo podrá ser facturada en pacientes internados en instituciones sanatoriales que no cuenten con staff profesional de especialistas en clínica médica y siempre y cuando el afiliado no se encuentre bajo la asistencia de un médico especialista en clínica médica de la cartilla de la obra social.  
No podrá ser facturada cuando el afiliado se encuentre internado en unidades de cuidados especiales y/o intensivos, como tampoco en afiliados en curso de postquirúrgicos o postpartos/cesáreas cuando no hubiere solicitado la interconsulta el profesional a cargo y/o ésta no constare en la historia clínica.

Las visitas detalladas en A.4 Visita interconsulta especialista, se reconocerán cuando constare la solicitud de intervención en la historia clínica, a solicitud del profesional de cabecera.

### IMPORTANTE

Los valores de consultas / visitas / prácticas médicas en general / cirugías / partos o cesáreas y /o prestaciones de psicología / psicopedagogía / fonoaudiología / fisiokinesioterapia / se reconocerán y liquidarán cuando las asistencias sean realizadas por aquellos profesionales en forma personal, individual e indelegable a los afiliados a la obra social, que hayan suscripto el respectivo contrato con la Obra Social del Poder Judicial de la Nación. NO se reconocerá la efectivización de la misma por otros profesionales integrantes de equipo, que no hayan sido incorporados en el contrato correspondiente suscripto y firmado con la obra social, habiendo presentado toda la documentación requerida habilitante y sido aceptados por ésta.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION

**B Salud Mental - Psicología - Psicopedagogía**

El honorario establecido se aplicará a sesiones con la duración determinada en cada una.

Código	DESCRIPCION		
B.1	33.01.01 Sesión psicoterapia individual en consultorio	40 min	\$ <input type="text"/>
B.2	33.01.02 Sesión psicoterapia grupal niños o adultos por persona	50 min	\$ <input type="text"/>
B.3	33.01.03 Sesión pareja, familia (padres+ hijos) consultorio	60 min	\$ <input type="text"/>
B.4	33.01.11 Pruebas psicométricas		\$ <input type="text"/>
B.5	33.01.12 Pruebas proyectivas perfil de personalidad		\$ <input type="text"/>
B.6	33.03.02 Estimulación temprana sesión		\$ <input type="text"/>
B.7	33.91.01 Sesión psicoterapia individual domicilio	40 min	\$ <input type="text"/>
B.8	33.91.02 Sesión psicopedagogía	60 min	\$ <input type="text"/>
B.9	33.91.03 Tratamiento conductivo conductual requiere capacitación profesional de postgrado	60 min	\$ <input type="text"/>
B.10	33.91.04 Acompañamiento terapéutico se autorizarán un máximo de 8 hs/día y sólo se reconocerá cuando el mismo sea realizado por personas que acrediten capacitación, psicólogos y/o estudiantes avanzados de psicología.	hora	\$ <input type="text"/>

Para la facturación de más de una (1) sesión semanal cuando el caso lo justifique, deberá requerirse la autorización previa acompañando informe. En los casos que requiera sesiones adicionales de pareja y/o padres, estas no podrán superar una (1) por semana. En aquellos casos que requieran una frecuencia mayor en cualquier modalidad deberán contar con autorización previa del área de salud mental, debiendo remitir resumen de historia clínica.

**C Rehabilitación**

C.1	<b>Módulo fisiokinesioterapia -incluye fisioterapia, kinesiología, laserterapia y/o magnetoterapia</b>		
El valor del módulo incluye el arancel por la totalidad de las técnicas incluidas.			
	25.91.01	Sesión en consultorio	\$ <input type="text"/>
	25.91.02	Sesión en domicilio	\$ <input type="text"/>
C.2	<b>Terapia ocupacional</b>		
	25.01.03	Sesión en consultorio	\$ <input type="text"/>
	25.91.03	Sesión en domicilio	\$ <input type="text"/>
C.3	<b>Reeducación postural -RP-</b>		
Se autorizarán en afiliados con patología de columna: escoliosis no quirúrgica; canal medular estrecho no quirúrgico y hernia discal. Requiere presentación de resumen de historia clínica y autorización por auditoría médica, sólo con profesionales expresamente habilitados por la obra social y que hayan acreditado capacitación y experiencia en este técnica. <i>Sesión en consultorio únicamente con atención exclusiva y personalizada por el profesional de 1-una- hora de duración.</i>			
	25.91.04	Sesión en consultorio únicamente -RP-	\$ <input type="text"/>
		Sesión en consultorio con profesionales con formación Phillippe Souchard aceptados por la OSPJN.- RPG-	\$ <input type="text"/>
C.4	<b>Drenaje linfático</b>		
Se autorizará <u>sesión de 1 (una) hora</u> , en caso de afiliados afectados por las siguientes patologías : a - Linfedema congénito b - Linfedema adquirido consecuente con cirugía de ablación linfática c - Elefantiasis o filariasis			
	25.91.05	Sesión en consultorio	\$ <input type="text"/>
	25.91.06	Sesión en domicilio	\$ <input type="text"/>
C.5	<b>Fonoaudiología</b>		
	25.01.04	Sesión en consultorio	\$ <input type="text"/>
	25.92.01	Sesión en domicilio	\$ <input type="text"/>
	<b>Neurolingüística</b>		
	25.92.03	Sesión neurolingüística -exclusivamente con profesionales habilitados por la obra social y que acrediten capacitación-	\$ <input type="text"/>

**FACTURACION:** La misma será mensual, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*

*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**ANEXO II Alergia e inmunología**  
Vigencia a partir 1° de julio 2022

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	
		a/c OSPJN		
14.01.03	Testificación por Drogas, para Estudios o Tratamientos <u>Sólo para estudios contrastados</u>	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>
14.90.01	Testificación Total <u>Única vez</u>	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>
14.90.02	Tratamiento desensibilizante ( provisión de alérgenos y consultas ) sólo se reconocerán <u>Dos provisiones por año</u>	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>

No se reconocerán y tampoco tendrán cobertura las vacunas desensibilizantes orales.

**FACTURACION:** La misma será mensual, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



# Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

## ANEXO III Anatomía Patológica

Vigencia a partir 1° de julio 2022

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa		Observaciones	
		a/c OSPIN				
15.01.01	Biopsia por incisión o punción	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>		
15.01.02	Estudio macro y microscópico de pieza operatoria	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>		
15.01.03	Estudio macro y microscópico de pieza de resección	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>		
15.01.04	Biopsia por congelación y estudio diferido	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>		
15.01.05	Estudio biopsico seriado y semiseriado	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>		
15.01.06	Citología exfoliativa oncológica	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	Arancel incluye ambas prestaciones	
15.01.07	Citología exfoliativa hormonal	100%	No			
15.01.08	Necropsia del neonato o lactante	100%	Requiere autorización especial			
15.01.09	Necropsia del joven y del Adulto	NO CUBIERTO				
15.01.10	Citología exfoliativa oncológica bronquial	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>		
15.01.11	Citología exfoliativa oncológica en líquidos, lavados, trasudados, exudados, orina, etc.-	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>		
15.02.01	Receptores hormonales con técnica de inmunohistoquímica para cáncer de mama	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	Para determinar hormonoterapia con tamoxifeno y establecer pronóstico en neoplasia con mts. Ganglionares	
15.02.02	Anticuerpos monoclonales con técnica de inmunohistoquímica para tumores	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	Determinación de histotipo tumoral. Determinación de origen tumoral Metástasis de origen desconocido Proliferaciones linfoides Tipificación de neoplasias indiferenciadas.	
15.90.01	Inmunomarcación hasta 3-tres-antisueros	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.02	Inmunomarcación antisero adicional cada uno	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.03	Subpoblaciones linfocitarias por inmunohistoquímica hasta 6 -seis- marcadores	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.04	Determinación de hormonas pancreáticas e hipofisarias por inmunohistoquímica	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.05	Receptores por citometría de flujo -estrógeno y progesterona-	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.06	Receptores por citometría de flujo -estrógeno o progesterona- individualmente	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.07	Fracción de proliferación de PCNA o KI-67	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.08	Marcadores pronósticos tumorales - catepsina D EGRFRc -Her 2- MDR	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.09	Estudio histopatológico de biopsia de músculo o nervio, seriado y técnicas de inmunohistoquímica	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.10	Determinación de ADN e índice de proliferación por analizador de imágenes	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.11	Determinación de ADN y fase S por citometría de flujo	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.12	Inmunofluorescencia directa en especial renal y celíaca	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.13	Subpoblaciones linfocitarias T por citometría de flujo CD3, CD4, CD8.	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		
15.90.14	Presencia de Anatómo Patólogo en quirófano	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>		

**FACTURACIÓN:** La misma será mensual, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*

*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**ANEXO IV Cirugías Artroscópicas**

Vigencia a partir 1° de julio 2022

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor	Observaciones
		a/c OSPJN			
<b>Módulo de Cirugía Artroscópica de Hombro, Cadera, Codo y Tobillo I</b>					
12.20.01	Total	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
<b>Módulo Cirugía Artroscópica de Rodilla I</b>					
12.20.02	Total	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Meniscos, biopsias, sinovectomias, bridas intraarticulares, etc.
12.20.03	Total	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Reparación ligamentos
12.91.01	Total	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Reparación ligamentaria, manguito rotador, rotura de labrum, etc.
<b>NORMAS</b>					
Incluye: Artroscopio. Aparato de tracción y distracción manguito neumático. Fuente de luz, cámaras ópticas, videocassetes, cánula artroscópica, fresa artroscópica, punta de shaver y radiofrecuencia. Excluye: Examen quirúrgico, prótesis y ortesis, material de osteosíntesis, honorarios anestesiista, estudios de alta complejidad (RMN-TAC) y toda atención y/o estudio no incluido.					
<b>Módulo Cirugía Percutánea de Pie</b>					
12.92.01	Cirugía Percutánea Simple	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Para operación de Hallux recidivante, dedo en martillo, tenotomias o juanetillos.
12.92.02	Cirugía Percutánea Compleja	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Para operación de Hallux recidivante, Hallux complejo (con dedo en martillo, tenotomias de extensores y/o flexores, juanetillos).
<b>NORMAS</b>					
Incluye: Honorarios médicos (cirujano, ayudantes e instrumentadora), instrumental específico punta shaver y radiofrecuencia, sierra, pesas y fresas. Excluye: Gastos quirúrgicos, recuperación y/o internación, medicamentos y descartables cirugía, medicamentos y material descartable de cirugía serán facturados por la institución habilitada,. El material de osteosíntesis será provisto por la OSPJN. Nota: Cuando se facture una cirugía Percutánea compleja esta incluye la simple. En el caso que un mismo tiempo quirúrgico se efectúe cirugía de ambos pies; se facturara 100%de la primera y 75% de la segunda.					
<b>FACTURACION:</b> La misma será mensual, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.					



# Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

## ANEXO V Cardiología Vigencia a partir 1º de julio 2022

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor	Observaciones
		a/c OSPJN			
17.01.01	Electrocardiograma	100%	No	\$ <input type="text"/>	
17.01.02	Electrocardiograma en domicilio	100%	No	\$ <input type="text"/>	
17.01.04	Electrocardiograma Holter 24 horas - 1 canal-	100%	No	\$ <input type="text"/>	
17.01.09	Monitoreo cardíaco intraoperatorio	100%	No	\$ <input type="text"/>	
17.01.11	Ergometría	100%	No	\$ <input type="text"/>	
17.01.17	Rehabilitación del cardíopata 12 sesiones mensuales, por mes	100%	Si	\$ <input type="text"/>	únicamente en instituciones habilitadas
17.01.18	Electrocardiograma Holter 24 horas - multicanal-	100%	No	\$ <input type="text"/>	
17.01.19	Tilt - Test	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
17.01.20	Presurometría ambulatoria. M.A.P.A.	100%	No	\$ <input type="text"/>	
17.92.01	Rehabilitación luego del año, tres meses, por mes	100%	Si	\$ <input type="text"/>	únicamente en instituciones habilitadas
17.92.02	Control marcapasos	100%	No	Incluido en consulta	
17.92.03	Control de espigas	100%	No	Incluido en consulta	
17.92.04	Reprogramación de marcapasos	100%	No	\$ <input type="text"/>	
17.92.05	Ergometría de 12 derivaciones computarizada	100%	No	\$ <input type="text"/>	
<b>Ecografías</b>					
18.01.03	Ecocardiograma completo A-M y B	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.02.02	Eco doppler vascular color, vasos de cuello, m. inferior, m. superior arterial y venoso -por lado-	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.03.01	Eco cardiograma doppler color	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.03.02	Eco stress con y sin droga	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.91.01	Eco cardiograma transesofágico con y sin doppler	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
<p><b>FACTURACION:</b> La misma será mensual, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.</p>					

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*  
*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**ANEXO VI Dermatología**  
**Vigencia a partir 1º de julio 2022**

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor	Observaciones
		a/c OSPJN			
13.01.07	Destrucción de lesiones por electrocoagulación	100%	No	\$ <input type="text"/>	Deberá especificarse zona a tratar y número de lesiones.
13.91.01	Destrucción de lesiones por criocirugía -Nitrógeno líquido- primera región	100%	No	\$ <input type="text"/>	
13.91.02	Destrucción de lesiones por criocirugía -Nitrógeno líquido- regiones subsiguientes	100%	No	\$ <input type="text"/>	
13.91.04	Videodermatoscopia -DIARD D	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Incluye consulta. Un estudio por año
13.91.05	Laserterapia CO2 Baja complejidad	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
13.91.06	Laserterapia CO2 Mediana complejidad	100%	Si		
13.91.07	Laserterapia CO2 Alta complejidad	100%	Si		
13.91.08	Laserterapia Dye Láser pómulos y cuello - por lado -	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Se autorizarán hasta 3 (tres) sesiones por año
13.91.09	Laserterapia Dye Láser hemicara y cuello	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
13.91.10	Laserterapia Dye Láser telangiectasias cara -tratamiento completo-	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
13.92.01	Toxina Botulinica -aplicación- Únicamente hiperhidrosis axilar -Toxina botulinica provisión a través de Farmacia OSPJN-	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Requiere presentación de historia clínica con antecedentes de la enfermedad.
38.01.01	Puvaterapia sesión	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Únicamente en psoriasis , vitiligo y lesiones descamativas no bacterianas o micológicas hasta 30 sesiones anuales hasta 2 años.

Prácticas y tratamientos no cubiertos: la obra social no reconocerá las siguientes prácticas y/o tratamientos: tricograma, depilación, cosmética, pigmentación, eliminación de tatuajes, laserterapia en telangiectasias varicosas en miembros inferiores.

**FACTURACION:** La misma será mensual y efectuada conforme Anexo II de la resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



# Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

## ANEXO VII Ecografías

Vigencia a partir 1º de julio 2022

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor	Observaciones
		a/c OSPJN			
18.01.03	Ecocardiograma completo A-M y B	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.01.04	Ecografía tocoginecológica con o sin transductor vaginal	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.01.06	Ecografía mamaria	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.01.07	Ecografía cerebral	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.01.09	Ecografía tiroidea	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.01.11	Ecografía testicular	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.01.12	Ecografía completa de abdomen	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.01.13	Ecografía hepatobiliar, esplénica o torácica	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.01.14	Ecografía prostática transrectal	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.01.15	Ecografía prostática transrectal con punción biopsica	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.01.16	Ecografía renal bilateral	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.01.18	Ecografía suprarrenal o pancreática	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.02.01	Ecodoppler periférico B y N	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.02.02	Eco doppler vascular periférico color, vasos de cuello, m. inferior, m. superior, peneano - testicular - arterial y venoso -por lado-	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.02.03	Ecodoppler color circulación portal	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.02.04	Ecodoppler color esplénico cava	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.03.01	Eco cardiograma doppler color	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.03.02	Eco stress con y sin droga	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.05.01	Ecodoppler cardiaco fetal	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.05.02	Ecodoppler transcraneal	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.06.01	Ecografía de partes blandas	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.90.01	Ecografía de cadera	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.90.02	Ecografía de hombro	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.90.03	Ecografía otras articulaciones	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.91.01	Ecocardiograma transesofágico con y sin doppler	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
18.92.01	Ecografías endocavitarias de otras regiones	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.94.01	Ecografías glándula parótida o salival	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.95.01	Ecografía 3 D	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Se cubrirá exclusivamente una en embarazo.
18.95.02	Ecografía 4 D	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Se cubrirá exclusivamente una en embarazo.

**FACTURACION:** La misma será mensual, y efectuada conforme Anexo II de la resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL





*Corte Suprema de Justicia de la Nación*  
*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**ANEXO VIII Flebología**  
Vigencia a partir 1° de julio 2022

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor	Observaciones
		a/c OSPJN			
07.91.01.	Escleroterapia sesión <i>Incluye:</i> honorarios, jeringas, agujas y medicación esclerosante. Esta última no podrá ser prescripta al paciente para su compra en farmacia.	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Se reconocen hasta 12 <i>doce</i> - sesiones por año/paciente
<b><u>Cirujías nomenciadas:</u></b> las intervenciones quirúrgicas que se detallan en el N.N. - PMO deberán ser facturadas por los profesionales aplicando el valor galeno quirúrgico (Anexo I) a las unidades galeno establecidas, a los fines de calcular los honorarios del cirujano y ayudante, éste en caso de corresponder, aún cuando se empleen técnicas microquirúrgicas.					
<b><u>NO podrán</u></b> realizarse procedimientos quirúrgicos de safenectomía de cualquier tipo en consultorios que no cuenten con la habilitación expresa por parte del Mo. de Salud para estas prácticas.					
<b>FACTURACION:</b> La misma será mensual, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso que de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.					

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



# Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

## ANEXO IX Gastroenterología

Vigencia a partir 1° de julio 2022

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor	Observaciones
		a/c OSPJN			
20.01.15	Colocación botón gastrostomía por videoesoscopia, incluye VEDA. <u>Excluye</u> botón y set	100%	No	\$ <input type="text"/>	La sedación anestésica no requiere autorización, la facturación de la misma debe estar documentada solamente con protocolo anestésico y el protocolo/informe del procedimiento
20.01.22	Videofibroendoscopia alta <u>diagnóstica y/o terapéutica</u> , incluye toma biopsia, se deberá adicionar el procedimiento terapéutico a realizar.	100%	No	\$ <input type="text"/>	
20.01.24	Videofibrocolonoscopia <u>diagnóstica diagnóstica y/o terapéutica</u> , incluye toma biopsia, se deberá adicionar el procedimiento a realizar.	100%	No	\$ <input type="text"/>	
20.01.26	Videorectosigmoideoscopia <u>diagnóstica diagnóstica y/o terapéutica</u> , incluye toma biopsia, se deberá adicionar el procedimiento terapéutico a realizar.	100%	No	\$ <input type="text"/>	
20.01.28	Dilatación esofágica con control endoscópico, por cualquier mecanismo por sesión	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Polipectomías ambulatorias no programadas, derivadas de una VCC o VEDA No requieren autorización
20.01.34	Polipectomía gástrica <u>asa</u> <u>Excluye</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
20.01.35	Polipectomía - Mucosectomía colonica. <u>Excluye</u> asa	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
20.02.01	Colangiopancreatografía endoscopia retrógrada diagnóstica. <u>Incluye</u> radiografía y VEDA	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
20.02.02	Colangiopancreatografía endoscopia retrógrada terapéutica. <u>Incluye</u> radiografía y VEDA. <u>Excluye</u> set de drenaje y stent	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
20.92.01	Tratamiento varices esofágicas con bandas elásticas por sesión	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
20.92.02	Tratamiento varices esofágicas con inyecciones esclerosantes por sesión	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
20.93.01	Videodefecografía. <u>Incluye</u> radiografía y video	100%	No	\$ <input type="text"/>	
20.93.02	Biofeed Back, por sesión	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
20.93.03	Manometría anorrectal	100%	No	\$ <input type="text"/>	
20.95.01	PHmetría adultos ambulatoria. <u>Incluye</u> honorarios y gastos	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
20.95.02	PHmetría pediátrica 24hs con oximetría. <u>Incluye</u> honorarios y gastos. <u>Excluye</u> internación, honorarios anestesiista descartables, anestesia y medicamentos	100%	Si	\$ <input type="text"/>	

NOTA: Los estudios podrán ser realizados con sedación y/o anestesia general, para esta última deberá justificarse la indicación. Los estudios incluyen los medicamentos y descartables comunes y habituales para su realización, excepto aquellos expresamente excluidos. En los casos que deba utilizarse Asa para resección polipoidea o mucosectomía, la obra social reconocerá por cada procedimiento que lo requiera un tercio de su valor de mercado.

Dr. MARIANO ALTHADE

DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION

ACTIVACIÓN: La misma será mensual, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso que de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO X Ginecología y Obstetricia

Vigencia a partir 1º de julio 2022

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor	Observaciones
		a/c OSPJN			
15.01.06 + 15.01.07	PAP hormonal y oncológico	100%	No	\$ <input type="text"/>	<b>IMPORTANTE FACTURACION</b> A - Anatomopatólogo de la nómina de OSPJN.  B- Solo podrá ser facturado por el Ginecólogo/a cuando el anatomopatólogo no sea prestador directo de la OSPJN. En caso de detectarse doble facturación de las prestaciones se procederá a la rescisión del Contrato con el Especialista Ginecólogo que lo factura.
22.01.01	Colposcopia con toma de material endo y exo cervical. <u>Incluye vulva y vaginoscopia</u>	100%	No	\$ <input type="text"/>	
22.01.04	Estudio de moco cervical	100%	No	\$ <input type="text"/>	
22.01.08	Cepillado vaginal y cervical, para detección de HPV y Ca. in situ	100%	No	\$ <input type="text"/>	
11.02.11	Raspado uterino Diagnóstico con o sin Biopsia de cuello	100%	No	\$ <input type="text"/>	
	Colocación Implante Anticonceptivo Subdérmico <u>Excluye dispositivo, el mismo será provisto por la OSPJN</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
11.02.17	Colocación de dispositivo uterino en consultorio. <u>Incluye dispositivo</u>	100%	No	\$ <input type="text"/>	
11.02.19	Asa Leep con electrocoagulación y radiofrecuencia en consultorio. <u>Incluye material descartable y Asa Leep</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
11.03.18	Ablación de lesiones de vulva o vagina con Láser	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
11.03.19	Ablación de lesión de cuello por criocirugía	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
11.05.01	Cirugía videolaparoscópica ginecológica diagnóstica <u>Incluye honorarios y equipo VLP</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
11.05.02	Videohisteroscopia diagnóstica -en consultorio - <u>Incluye honorarios y uso de videolaparoscopio</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
11.05.03	Videohisteroscopia Terapéutica en consultorio <u>Incluye honorarios y uso de videolaparoscopio</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
11.92.01	Colocación de dispositivo uterino liberador de hormonas en consultorio. <u>Excluye dispositivo</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Tratamiento de metrorragias prolongadas que no responde a terapéuticas clásicas. Tratamiento inhibitorio de crecimiento de miomas. Tratamiento de endometriosis Tratamiento de hiperplasia y ca. de endometrio. Tratamiento de reemplazo hormonal en postmenopausia <b>El dispositivo será provisto por la OSPJN.</b>
11.95.01	Cirugía videolaparoscópica terapéutica ginecológica - histerectomía - ooforectomía - ooforoplastia - salpingectomía - salpingectoplastia - etc. <u>Incluye Honorarios y gastos de equipos</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	

11.90.07	Cirugía video laparoscópica ginecológica, para ligadura de trompas. Incluye honorarios y gastos de equipos	100%	Si	\$ <input type="text"/>
Incluye: en todos los casos se incluye honorarios, equipo VLP, materiales descartables e insumos propios del equipamiento.				
Excluyen: gastos sanatoriales y de internación; honorarios de anestesia.				
Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor
		a/c OSPJN		
11.04.01 11.04.03	Honorarios por asistencia Parto-Cesárea por profesional que asistió el embarazo de lunes a viernes de 07.00 a 21.00 hs.	100%	Si	\$ <input type="text"/>
11.94.01	Honorarios por asistencia Parto - Cesárea por profesional <b>NO asistente</b> del embarazo de lunes a viernes de 07.00 a 21.00 hs.	100%	Si	\$ <input type="text"/>
11.94.02	Honorarios por asistencia Parto - Cesárea por profesional que asistió el embarazo de lunes a viernes de 21.00 a 07.00 hs. Sábados, domingos y feriados	100%	No	\$ <input type="text"/>
11.94.03	Honorarios por asistencia Parto - Cesárea por profesional <b>NO asistente</b> del embarazo de lunes a viernes de 21.00 a 07.00 hs. Sábados, domingos y feriados	100%	No	\$ <input type="text"/>
11.94.10	Honorarios instrumentadora <b>exclusivamente</b> en cesárea -	100%	No	\$ <input type="text"/>
22.02.02	Monitoreo fetal	100%	No	\$ <input type="text"/>
22.02.03	Curso psicoprofiláctico del parto	100%	Si	\$ <input type="text"/>
22.02.04	Control obstétrico del trabajo de parto. Sólo se reconocerá en cesárea, cuando de la historia clínica surja que ésta es derivada de complicación del trabajo de parto y no en cesárea programada.	100%	Si	\$ <input type="text"/>

La atención del parto o cesárea se considera que resulta obligación del profesional que asistió el embarazo, excepto que medlaren causasales Inexcusables y/o plenamente justificadas que lo impidieran.

**EL PROFESIONAL NO PODRA COBRAR HONORARIOS ADICIONALES A LOS FIJADOS POR NINGUNA CIRCUNSTANCIA DURANTE TODA LA ATENCION DEL EMBARAZO Y DEL PARTO, la denuncia por parte del afiliado motivará el débito de los importes abonados por este y la BAJA como prestador de la OSPJN**

**EN LOS CASOS QUE EL PROFESIONAL ASISTA EL PARTO / CESAREA EN INSTITUCIONES CON LAS CUALES LA OBRA SOCIAL TENGA SUSCRIPTO CONTRATO PARA LA ATENCION DE ESTOS, Y SE ENCUENTREN INCLUIDOS LOS HONORARIOS DEL EQUIPO PROFESIONAL. EL PROFESIONAL SOLO PODRA PERCIBIR SUS HONORARIOS A TRAVES DE SU CONTRATO CON LA OSPJN , EN EL SUPUESTO DE VERIFICARSE EL DOLE COBRO ESTO DARÁ LUGAR AL DEBITO AL PROFESIONAL DE LOS HONORARIO FACTURADOS Y EN CASO DE HABERLOS PERCIBIDOS SU DEBITO , PUDIENDO SER CAUSAL DE RESCISION CON CAUSA DEL CONTRATO FIRMADO ENTRE AMBAS PARTES.**

La facturación de los honorarios de instrumentadora en cesárea, será realizada por el profesional a la obra social, debiendo detallar en la factura " Honorarios por cuenta y orden de terceros Srta./Sra./Sr....." debiendo adjuntar la factura conforme requisitos AFIP extendida por el/la instrumentador/a.

**FACTURACION:** La misma será mensual, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*

*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**ANEXO XI Neumonología**  
Vigencia a partir 1° de Julio 2022

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor	Observaciones
		a/c OSPJN			
28.01.01	Espirometría	100%	No	\$ <input type="text"/>	
28.01.02	Espirometría Pre y Post Broncodilatador	100%	No	\$ <input type="text"/>	
28.01.03	Broncoespirometría	100%	No	\$ <input type="text"/>	
28.01.06	Videofibrobroncoscopia con instrumental propio diagnóstica: obtención de material para biopsia, cepillado o lavado y extracción de cuerpo extraño. <i>Incluye:</i> honorarios y uso videofibrobroncoscopio y sus descartables.	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
28.01.07	Curva de Flujo Volumen con o sin Espirometría	100%	No	\$ <input type="text"/>	
28.01.08	Determinación de Volúmenes Pulmonares	100%	No	\$ <input type="text"/>	
28.01.09	Estudio de Mecánica Pulmonar	100%	No	\$ <input type="text"/>	
28.01.10	Análisis de Gases en Aire Espirado y en Sangre AV	100%	No	\$ <input type="text"/>	
28.01.11	Capacidad pulmonar total, volumen residual técnica de dilución.	100%	No	\$ <input type="text"/>	
28.91.01	Saturometría con instrumental propio digital <i>-únicamente en consultorio-</i>	100%	No	\$ <input type="text"/>	
28.91.02	Espirometría Computarizada Simple o con Pre y Post Broncodilatadores	100%	No	\$ <input type="text"/>	
28.91.03	Prueba de Provocación con ejercicio o medicación	100%	No	\$ <input type="text"/>	
28.91.04	Difusión CO2 (DLCO) y DLCO/ VA con equipamiento propio	100%	No	\$ <input type="text"/>	
28.91.05	Videofibrobroncoscopia con instrumental propio terapéutica: colocación de stent bronquial; tratamientos de las hemoptisis, resección de lesiones tumorales endobronquiales, etc. <i>Incluye:</i> honorarios profesionales y uso videofibrobroncoscopia y sus descartables.	100%	Si	\$ <input type="text"/>	

**FACTURACION:** La misma será mensual, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



Corso Suprema de Justicia de la Nación  
Obra Social del Poder Judicial de la Nación

**ANEXO XII Neurología y Neurofisiología**  
Vigencia a partir 1° de julio 2022

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor	Observaciones
		a/c OSPJN			
29.01.01	EEG simple	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.01.02	EEG con ecl. compleja	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.01.03	Nistagmografía, electroretinografía	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.01.04	EMG miembros superiores o inferiores o facial.	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.01.05	EMG 4 miembros	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.01.06	EMG con velocidad de conducción	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.01.10	Reografía cerebral, cardíaca o periférica	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.01.11	Potenciales evocados cerebrales (Bare, Visual, Somatosensitivo y P 300) Se reconocerá 100% del valor del primero y 50% de los restantes	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.01.12	Holter electroencefalográfico	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	En caso de trastornos convulsivos no diagnosticados por métodos convencionales
29.02.01	Poli-somnografía computada diurna / nocturna, en neonatos. <i>Incluye honorarios, equipo, instrumental y oximetría</i>	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	Apneas de sueño
29.02.02	Poli-somnografía diurna con oximetría niños/adultos (3 horas) con o sin presión positiva de oxígeno. <i>Incluye honorarios, equipos, instrumental y oximetría</i>	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	Apneas de sueño
29.02.03	Aplicación de toxina botulínica con o sin registro EMG. <i>Excluye medicación que será provista por OSPJN</i>	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	
29.91.01	EEG de sueño	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.91.02	EEG prolongado no inferior a 3 horas	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.91.03	Mapeo cerebral básico computarizado <i>Incluye honorarios y equipo</i>	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	
29.91.04	EMG de fibra única	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.91.05	EMG con prueba de Tensión / Temblor <i>Incluye medicamento</i>	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	
29.91.06	Blink reflex - estudio del parpadeo-	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.91.07	Reflejo bulbocavernoso, perineal, etc.	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.01.08	Electrorretinograma computarizado	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
29.91.09	Videonistagmografía <i>Incluye honorarios y equipos</i>	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	
29.91.10	Test de latencias múltiples del sueño ( 3 tomas)	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	
29.91.11	Test de L. Dopa /Apomorfina	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	
29.91.12	Monitoreo quirúrgico funciones somatosensitivas <i>Incluye honorarios y equipos</i>	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	
29.92.01	Evaluación neurocognitiva <i>Incluye Test MMPI; Boston (a/sias) y Barcelona</i>	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	
29.93.01	Toxina Botulínica -aplicación- independiente de número de músculos a infiltrar -espasticidad muscular, migraña. <i>Toxina botulínica provista a través de Farmacia OSPJN</i>	100%	Si	\$ <input type="checkbox"/>	Requiere presentación de historia clínica con antecedentes de la enfermedad.

**FACTURACION:** La misma será mensual, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.

Dr. MARIANO ALTHASE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*

*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**ANEXO XIII Nutricion**  
Vigencia a partir 1° de julio 2022

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor	Observaciones
		a/c OSPJN			
19.01.01	Consulta Nutricionista -Primera entrevista-	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	Se reconocerá 1(una) - por año-
19.01.02	Confección plan alimentario individual y menú dietético	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	
19.01.90	Consulta control mensual	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	Se reconocerá 1 -una- por mes
19.01.91	Confección de plan alimentario enteral o parenteral	100%	No	\$ <input type="checkbox"/>	

**FACTURACION:** La misma será mensual, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso que de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*  
*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**ANEXO XIV Oftalmología**  
**Vigencia a partir 1° de julio 2022**

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor	Observaciones
		a/c OSPJN			
42.01.30	Consulta oftalmológica Unica <i>Incluye: Todas las prácticas correspondientes a los códigos 30 Oftalmología PMO (Anexo II - Catalogo de prestaciones); como así también los test de Loimar, Lambda, Ojo seco, etc.- con excepción de la detalladas individualmente</i>	100%	No	\$ <input type="text"/>	
18.01.09	Ecografía OCULAR (uni o bilateral)	100%	No	\$ <input type="text"/>	Incluido en módulo vitrectomía
30.01.07	Ejercicios Ortópticos por sesión	100%	No	\$ <input type="text"/>	
30.01.09	Curva diaria de Presión Ocular ambulatoria (4 tomas)	100%	No	\$ <input type="text"/>	
30.02.01	Campo Visual Computarizado (uni o bilateral)	100%	No	\$ <input type="text"/>	
30.02.02	Paquimetría Computarizada (unilateral)	100%	No	\$ <input type="text"/>	Incluida en módulo cirugía refractiva y cataratas
30.02.04	Topografía Corneal (unilateral)	100%	No	\$ <input type="text"/>	Incluida en módulo cirugía refractiva y cataratas
30.02.05	Angiografía Digital bilateral con indocianina green <i>Incluye material descartable y sustancia contraste</i>	100%	No	\$ <input type="text"/>	
	Angiografía Digital bilateral con fluoresceína <i>Incluye material descartable y sustancia contraste</i>	100%	No	\$ <input type="text"/>	
30.01.13	Retinofluoresceinografía (uni o bilateral) <i>Incluye material descartable y sustancia contraste</i>	100%	No	\$ <input type="text"/>	
30.91.01	Ecometría (unilateral)	100%	No	\$ <input type="text"/>	Incluida en módulo cirugía cataratas
30.91.02	Ecografía - Ecometría Músculos Extraoculares (unilateral)	100%	No	\$ <input type="text"/>	Incluido en módulo vitrectomía
30.91.03	Tomografía confocal retiniana (HRT y OCT) unilateral o bilateral	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
30.91.04	Interferometría Láser (IOL Master) Unilateral/Bilateral	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Incluida en módulo cirugía cataratas
30.91.05	Microscopía Especular -pre quirúrgico alta miopía- incluida en módulo quirúrgico	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Incluida en módulo quirúrgico cirugía refractiva y cataratas alta miopía
30.91.06	Orbscam II	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
30.91.07	Dacriocistografía (uni o bilateral)	100%	No	\$ <input type="text"/>	
30.91.08	Iconografía (unilateral/bilateral)	100%	No	\$ <input type="text"/>	Únicamente en casos de patología oncológica
30.91.10	Toxina Botulínica aplicación blefarospasmo. <i>Excluye toxina botulínica la que será provista por Fcia. OSPJN</i>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
30.91.11	Pentacam	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
<b>Cirugías nomencadas MODULADAS</b>					
Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor	Observaciones
		a/c OSPJN			

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



02.01.06	Enucleación con o sin colocación de prótesis <i>Incluye honorarios y gastos</i>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
02.01.08	Vitrectomía -todas- <i>Incluye honorarios y gastos</i> <i>Excluye KIT vitrectomo</i>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
02.01.09	Estrabismo unilateral <i>Incluye honorarios y gastos</i>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
	Estrabismo bilateral) <i>Incluye honorarios y gastos</i>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
02.02.02	Blefaroplastia - Ectropión - Entropión <i>Incluye honorarios y gastos</i>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
02.04.06	Sutura de córnea con prolapso de iris con o sin extracción de cuerpo extraño <i>Incluye honorarios y gastos</i>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
02.05.01	Glaucoma Cirugía <i>Incluye honorarios y gastos</i>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
02.06.02	Fotocoagulación con Láser de Argón/ Yag Láser por ojo	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
02.06.03	Desprendimiento de retina <i>Incluye honorarios y gastos</i>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
02.08.01	Dacriocistorrinostomia/ plástica canalicular	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
02.09.01	Fotocoagulación con Láser de Argón/ Yag Láser por ojo	100%	Si	\$ <input type="text"/>	<p><b>Se cubre:</b> pacientes con opacificación significativa, 6 meses después de cirugía de cataratas</p> <p>Pacientes con opacificación capsular posterior para proveer mejor visualización en caso de desprendimiento de retina, maculopatía, retinopatía DBT</p> <p>Pacientes con opacidad posterior y diploplia monocular</p> <p><b>No se cubre:</b></p> <p>Si es realizada conjuntamente con cirugía de cataratas</p> <p>Realizada de manera profiláctica</p> <p>Realizada de manera sistemática en cirugías de cataratas en pacientes sin criterios enunciados.</p>
02.09.02	Fotocoagulación con láser Only green	100%	Si	\$ <input type="text"/>	<b>Se cubre:</b> en lesiones maculares
02.09.04	Fotocoagulación con DYE láser	100%	Si	\$ <input type="text"/>	<b>Se cubre:</b> en lesiones maculares
02.09.05	Fotocoagulación con Crypton láser	100%	Si	\$ <input type="text"/>	<b>Se cubre:</b> en hemorragias de cuerpo vítreo
02.09.06	Iridectomía con láser	100%	Si	\$ <input type="text"/>	<p><b>Se cubre:</b> en glaucoma agudo de ángulo estrecho.</p> <p>Angulo estrecho con Iridectomía previa en ojo contralateral</p>
02.09.07	Trabeculoplastia con láser	100%	Si	\$ <input type="text"/>	<p><b>Se cubre:</b> Glaucoma crónico sin mejoría con tratamiento local y contraindicación de betabloqueantes, Inhibidores de la anhidrasa carbónica y contraindicación de trabeculotomía quirúrgica</p>
<b>Cirugías NO nombradas MODULADAS</b>					
02.91.01	Estrabismo unilateral con sutura ajustable <i>Incluye honorarios y gastos</i>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
02.91.02	Estrabismo bilateral con sutura ajustable <i>Incluye honorarios y gastos</i>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	
02.91.03	Vitrectomía con inyección de gases y/o aceite de Silicón Endoláser <i>Incluye honorarios y gastos y kit vitrectomía</i>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Incluye ecografías oftálmicas

02.92.01	Ptosis Palpebral <u>Incluye honorarios y gastos</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>
02.94.01	Transplante de Cornea <u>Incluye honorarios, gastos y provisión de cornea dador proveniente del exterior a cargo del afiliado</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>
02.94.06	Trasplante de Cornea <u>Incluye honorarios y gastos Cornea dador INCUCAI</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>

#### Cirugías Refractivas

Los prestadores que realicen estas prácticas deberán contar con la autorización de la OSPJN y contar con equipamiento propio.

No se autoriza en afiliados con ametropía menores de 3 dioptrías esféricas o 2 dioptrías cilíndricas.

Incluyen los estudios pre y post quirúrgicos, topografía, paquimetría, microscopía especular (alta miopía), honorarios, gastos, medicamentos y descartables.

02.94.02	Queratotomía radial - por ojo -	100%	Si	\$ <input type="text"/>
02.94.03	Excimer Láser PRK con Queratotomía fotorrefractiva -por ojo-	100%	Si	\$ <input type="text"/>
02.94.04	Cirugía de Alta Miopía - Queratomileusis con láser in situ LASIK -por ojo-	100%	Si	\$ <input type="text"/>
02.94.05	Cirugía de Queratocono con Implante de Anillo <u>Excluye anillos</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>
02.95.01	Glaucoma con colocación de Válvula de Molteno <u>Incluye honorarios y gastos</u> <u>Excluye válvula a proveer por OSPJN</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>
02.96.01	Desprendimiento de retina mas vitrectomía con aceite de Silicón Endoláser <u>Incluye honorarios y gastos</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>
02.96.02	Intercambio de gases, silicón o similar <u>Incluye honorarios y gastos</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>

02.97.01	Cataratas con lente intraocular. <u>Incluye LIO plegable y/o flexible con filtro (Acrysoft IQ) de última generación, material viscoelástico, suturas, etc.</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Incluye paquimetría, ecometría, microscopía especular
02.97.02	Cataratas con Técnica de Facoemulsificación <u>Incluye LIO plegable y/o flexible con filtro (Acrysoft IQ) de última generación, material viscoelástico, suturas, etc.</u>	100%	Si	\$ <input type="text"/>	Incluye paquimetría, ecometría, microscopía especular

02.97.03	Cataratas con Técnica de Facoemulsificación y Queratotomía <u>Incluye honorarios, gastos, LIO plegable y/o flexible con filtro (Acrysoft IQ) de última generación, material viscoelástico, sutura, vitrectomía anterior, etc.</u>	100%	-	Si	\$ <input type="text"/>
----------	--	------	---	----	-------------------------

02.98.01	Oclusión vía lagrimal <u>Incluye honorarios, gastos y punto plug</u>	100%	-	Si	\$ <input type="text"/>
----------	---	------	---	----	-------------------------

02.99.01	Tratamiento de la maculopatía degenerativa <u>Incluye honorarios, gastos, materiales descartables</u> <u>Excluye droga que será provista a través de Fcia OSPJN</u> <u>Nota: la OSPJN solo reconocerá la cobertura de Affibercept (Eylea ®), en prestadores que cuenten con laboratorio de fraccionamiento de DROGAS HABILITADO y acuerden valores modulados. La droga Bevacizumab (Lumiere ®) será por provisión directa de la Farmacia OSPJN y no tendrá cobertura cualquier otra droga, comotampoco las no habilitadas por ANMAT-Iname.</u>	100%	-	Si	\$ <input type="text"/>	Requiere presentación de estudios e informes comparativos que acrediten la evolución que justifique la continuidad del tratamiento. Se reconocerán sólo dos (2) la aplicaciones por ojo y por año.
----------	---	------	---	----	-------------------------	--

**Cirugías:** Las prácticas quirúrgicas que se detallan en el presente Anexo tendrán cobertura a cargo de la OSPJN según porcentajes determinados para cada una de las mismas

El profesional médico especialista y/o la institución que suscriba el convenio prestacional con la obra social será único responsable ante ésta por los recursos técnicos, profesionales, humanos, físicos, farmacológicos, materiales descartables e implantables que se requieran en cada módulo para una adecuada praxis y resultado.

Deberá contar con las autorizaciones y habilitaciones correspondientes de las autoridades sanitarias y/o municipales jurisdiccionales sobre las instalaciones y equipos; debiendo acreditar ello con la documentación que corresponda.

En relación a los profesionales especialistas estos deberán acreditar ello con títulos correspondientes y certificados de cursos de capacitación en aquellas prácticas diagnósticas y/o terapéuticas que realice.

**Autorizaciones y coseguros:** Todas las prácticas y/o cirugías en las que se detalla como requisito autorización, la misma deberá requerirse previamente a su realización. En el caso que el afiliado tenga coseguro a su cargo, éste deberá hacerlo en forma directa al profesional.

**Facturación:** La presentación de la misma será mensual y conforme a las normas generales de facturación.

**Consultas y prácticas:** deberán acompañarse los bonos de consulta y las respectivas órdenes de prácticas autorizadas cuando ésta lo requiera. Las prácticas deberán ser detalladas a continuación de la consulta de cada afiliado al cual se le realicen. No se reconocerán prácticas incluidas en módulos quirúrgicos cuando las mismas se realicen dentro de los 3 (tres) meses previos a la cirugía.

**Cirugías:** deberán ser detalladas en planilla separada, adjuntando las órdenes que correspondiere con la respectiva autorización acompañando los respectivos protocolos quirúrgicos y stickers de sustancias y materiales implantados.

**Anestesia:** La obra social **NO RECONOCERÁ honorarios de anestesiólogo** cuando se realice anestesia tópica o de superficie. En aquellos casos de cirugía requiera la realización de procedimiento anestésico de sedación y/o neuroleptoanalgesia u otro, el médico oftalmólogo deberá solicitar autorización previa fundamentando su necesidad en causales médicas objetivas. Aquellas cirugías que requieran este tipo de anestesia deberán ser realizadas en instituciones sanatoriales con convenio con la obra social que cuenten con unidad de recuperación postquirúrgica para alta complejidad.

**NOTA :** en las cirugías modulas que incluyen honorarios y gastos, cuando las mismas se realicen en instituciones sanatoriales que tienen convenio con la obra social, ésta sólo reconocerá al profesional en concepto de honorarios e insumos específicos -LIO, sustancia viscoelástica, suturas ajustables, anillos y otros detallados- el 40% del valor del mismo.

**LENTES INTRAOCULARES:** el módulo de cirugía de cataratas incluye las lentes intraoculares plegables, flexibles con o sin filtro (Acrysoft IQ).

La obra social brinda cobertura de Lentes Intraoculares Multifocales, Afáquicas y otras; los profesionales deberán prescribir las mismas para su provisión por parte de la obra social, quedando expresamente prohibido a los profesionales prestadores la provisión y facturación a los afiliados de lentes intraoculares. y/o cualquier otro material destinado a la cirugía.

La obra social **NO RECONOCERA** la facturación de lentes intraoculares multifocales, acomodativas, refractivas, faquicas y otras especiales que no hayan sido previa y expresamente autorizadas, **sin excepción**.

**FACTURACION:** La misma será mensual, deberá adjuntar los bonos de consulta, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*

*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**ANEXO XV Otorrinolaringología**

**Vigencia a partir 1º de julio 2022**

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor
		a/c OSPJN		
29.01.03	Nistagmografía, incluye examen funcional laberíntico y/o vestibular	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.01	Examen funcional laberíntico	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.02	Audiometría tonal	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.03	Logaudiometría	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.04	Pruebas supralaminares c/u, máximo 2	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.05	Selección de otoamplificadores	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.07	Técnica de Proetz, hasta 10 sesiones, cada sesión	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.09	Impedanciometría	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.10	Rinomanometría o Rinodebitomanometría	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.13	Taponamiento nasal anteroposterior	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.14	Extracción cuerpo extraño nariz	100%	No	Incluido en consulta
31.01.16	Lavaje seno paranasal uni o bilateral	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.18	Laringoscopia directa	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.20	Extracción cálculo salival	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.22	Otomicroscopia	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.23	Rinosinusofibroscofia diagnóstica	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.24	Faringolaringoscopia/ Rinofibroscofia/ Rinoscopia/ Fibrolaringoscopia	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.01.25	Tratamiento de lesiones ORL con medios físicos y/o químicos	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.91.01	Videofibrolaringoscopia	100%	No	\$ <input type="text"/>
31.91.02	Otoemisiones acústicas (ambulatorio)	100%	No	\$ <input type="text"/>

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION

Cirugías nomenciadas MODULADAS				
03.04.09	Septumplastias como Única operación-	100%	Si	\$ <input type="text"/>
03.05.17	Cirugía Endoscópica Rinosinusal <b>BILATERAL</b> -Sinusotomía combinada, radical o de fosa pterigoideomaxilar fibrovideoendoscópica- <b>Incluye:</b> honorarios equipo médico e instrumental específico y sus descartables.	100%	Si	\$ <input type="text"/>
03.05.18				
03.05.19				
03.05.17	Cirugía Endoscópica Rinosinusal <b>UNILATERAL</b> -Sinusotomía combinada, radical o de fosa pterigoideomaxilar fibrovideoendoscópica- <b>Incluye:</b> honorarios equipo médico e instrumental específico y sus descartables.	100%	Si	\$ <input type="text"/>
03.05.18				
03.05.19				
03.90.01	Cirugía Endoscópica Rinosinusal <b>BILATERAL</b> -Sinusotomía combinada, radical o de fosa pterigoideomaxilar más Septumplastía	100%	Si	\$ <input type="text"/>
03.90.02	Cirugía Endoscópica Rinosinusal <b>UNILATERAL</b> -Sinusotomía combinada, radical o de fosa pterigoideomaxilar más Septumplastía	100%	Si	\$ <input type="text"/>
03.91.01	Uvuloplastia y/o palatoplastia por radiofrecuencia -Cirugía del ronquido - <b>Incluye:</b> honorarios médicos y punta de radiofrecuencia	100%	Si	\$ <input type="text"/>
03.91.02	Radiofrecuencia - se adicionará cuando se utilice esta técnica en las cirugías <b>Incluye:</b> ; Punta de radiofrecuencia y descartables complementarios	100%	Si	\$ <input type="text"/>

**FACTURACION:** La misma será mensual, deberá adjuntar los bonos de consulta, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

**ANEXO XVI Urología**  
Vigencia a partir 1° de julio 2022

Código	Descripción	Porcentajes	Autorización previa	Valor
		a/c OSPJN		
10.01.17	Nefrostomía percutánea bajo ecografía o TAC	100%	Si	\$ <input type="text"/>
10.01.18	Colocación de cateter pigtail o doble J	100%	No	\$ <input type="text"/>
10.01.19	Retiro de cateter pigtail o doble J	100%	Si	\$ <input type="text"/>
10.94.01.	RTU de próstata por videolaparoscopia <u>Incluye:</u> honorarios y gastos de equipos.	100%	Si	\$ <input type="text"/>
18.01.14	Ecografía prostática transrectal	100%	No	\$ <input type="text"/>
18.01.15	Ecografía prostática transrectal con punción biopsica	100%	No	\$ <input type="text"/>
18.02.02	Ecodoppler periférico -peneano-	100%	No	\$ <input type="text"/>
36.01.02	Uretrocistofibroscopia	100%	No	\$ <input type="text"/>
36.01.03	Sondaje vesical	100%	No	\$ <input type="text"/>
36.01.05	Cistotonomanometría	100%	No	\$ <input type="text"/>
36.01.07	Uretroscopia	100%	No	\$ <input type="text"/>
36.01.08	Uretrocistoureterovideofibroscopia	100%	Si	\$ <input type="text"/>
36.01.11	Estudio urodinámico completo	100%	Si	\$ <input type="text"/>
36.01.12	Peneoscopia con o sin topicación	100%	No	\$ <input type="text"/>
36.91.01	Cavemometria	100%	Si	\$ <input type="text"/>
36.91.02	Estudio de tumescencia peneano RIGISCAN	100%	Si	\$ <input type="text"/>
36.91.03	Reflejo bulbocavernoso	100%	Si	\$ <input type="text"/>
36.91.04	Sacanning vesical	100%	Si	\$ <input type="text"/>
36.91.05	Test farmacológico con doppler peneano	100%	Si	\$ <input type="text"/>
36.91.12	Test de Minesota	100%	Si	\$ <input type="text"/>
36.92.02	Quimioterapia endovesical	100%	Si	\$ <input type="text"/>
36.92.03	Uroflujometria	100%	No	\$ <input type="text"/>

**FACTURACION:** La misma será mensual, y efectuada conforme el Anexo III de la Resolución 316/2022. No es requisito la presentación de los informes de las prácticas como documentación complementaria a la facturación, siendo suficiente el pedido médico con diagnóstico, autorización en el caso de corresponder y la conformidad del afiliado con firma, aclaración y DNI.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO XVII Topes - normas - copagos

Vigencia a partir 1º de Julio 2022

A Salud Mental - Psicología - Psicopedagogía

		Sesiones por afiliado año/calendario	COPAGOS
A.1	Psicoterapia individual Primer año	60	SIN COPAGOS
	Psicoterapia individual Segundo año	45	
	Psicoterapia individual subsiguientes	30	
A.2	Psicoterapia familiar -padres + hijos-	30	
A.3	Psicoterapia pareja	30	
A.5	Psicopedagogía	1º año	
		2º año	45
		Subsiguientes	30

B Rehabilitación

B.1	Fisiokinesioterapia	40	SIN COPAGOS
B.1.a	Fisiokinesioterapia Rehabilitadora en posquirúrgicos neurológicos y/o traumatológicos	60	
B.2	Terapia ocupacional	40	
B.3	Reeducación postural global	30	
B.4	Drenaje linfático	40	
B.4.a	Drenaje linfático postquirúrgico de Mastectomía con vaciamiento ganglionar y linfadenectomía por cáncer de mama	60	
B.5	Fonoaudiología - neurolingüística	40	

Las sesiones en domicilio sólo se autorizarán en afiliados/pacientes que cursan postquirúrgicos y/o cuando por causas médicas se encuentren imposibilitados de deambulación.

Los topes y copagos no serán aplicables en afiliados que se encuentren internados en instituciones y/o en internación domiciliaria, ni a aquellos a los que se le haya extendido Certificado de Discapacidad en los términos de la Ley 22431, en cuyo caso se aplicaran lo establecido en al LEY 24901 Decreto Reglamentario y Normas complementarias y concordantes .

En aquellos casos que el afiliado agotare el tope de sesiones anuales y requiera continuar tratamiento deberá gestionar la excepción de cobertura mediante nota a la Dirección General y acompañando informe médico que justifique la misma.

Los topes establecidos precedentemente, no tendrán en cuenta para su aplicación los consumos que cada afiliado haya realizado, para el caso que se encuentre realizando tratamiento dentro de alguno de los tramos de la cobertura anterior a la finalización del mismo, continuará con la nueva modalidad de cobertura .

Las sesiones anuales no utilizadas no podrán acumularse para futuros periodos. **LOS TOPES SE CONTABILIZAN POR AÑO CALENDARIO (ENERO-DICIEMBRE)**

**TODOS LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE SALUD MENTAL: PSIQUIATRAS Y PSICÓLOGOS DEBERÁN CUMPLIMENTAR LA FICHA DE REGISTRO DE CADA AFILIADO QUE ASISTAN, AL INICIAR EL TRATAMIENTO Y ACTUALIZAR LA MISMA ANUALMENTE EN CASO DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN, EN EL TRANCURSO DEL MES DE FEBRERO DE CADA AÑO SIN EXCEPCIÓN, DE NO HACERLO NO SE AUTORIZARÁ LA MISMA HASTA LA EFECTIVA PRESENTACIÓN DE LA FICHA.**

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION

**CRITERIO SE ADOPTARÁ CUANDO LA INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO SEA MAYOR A TRES MESES CONSECUTIVOS.**

**NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN DE LA OSPJN:**

- 1-Dermatología: Códigos 13.01.01 al 13.01.07
- 2-Anatomía Patológica: Códigos 15.01.01 al 15.01.06
- 3-Cardiología: E.C.G./Ergometría/Holter Cardíaco
- 4-Ecografías: Códigos 18.01.01 al 21
- 5-Ginecología: Pap y Colpo
- 6-Radiología: simple y contrastada
- 7-Laboratorio: Según Resolución 3125/20

**TODA PRÁCTICA NO ENUNCIADA EN LA PRESENTE RESOLUCIÓN REQUIERE AUTORIZACIÓN**

**Dr. MARIANO ALTHABE**  
**DIRECTOR GENERAL**  
**OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION**





*Corte Suprema de Justicia de la Nación*

*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**ANEXO XVIII Geriatria -Instituciones con contrato directo-  
Vigencia a partir 1° de julio 2022**

Código	Descripción	Autorización previa	Valor	Observaciones
90.01.01	<b>Autoválidos</b>	si	\$ <input type="text"/>	Los porcentajes y/o montos de cobertura a cargo de la obra social serán aquellos que se determinen para cada afiliado. Los copagos a cargo del afiliado deberán ser abonados por éste a la institución.
90.01.02	<b>Semidependientes</b>	si	\$ <input type="text"/>	
90.01.03	<b>Dependientes</b>	si	\$ <input type="text"/>	

**NORMAS**

**Incluye:** la totalidad de los gastos de alojamiento, pensión, asistencia de enfermería y control médico.  
**Excluye :** medicamentos y pañales.

El afiliado deberá presentar a la institución la respectiva orden de cobertura emitida por la obra social mensualmente la cual deberá ser adjuntada con las facturación mensual, su falta motivará el débito de la prestación facturada.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION



*Corte Suprema de Justicia de la Nación*  
*Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**ANEXO XIX**

**Odontología**

Vigencia a partir de 01/07/2022

<b>CAPITULO I – CONSULTAS</b>			
01.01.00	Examen, diagnóstico. Fichado y Plan de tratamiento	\$	sin coseguro
01.03.00	Visitas a domicilio	\$	
01.04.00	Consultas de urgencia. Prestación que no constituye paso intermedio a tratamiento	\$	

<b>CAPITULO II – OPERATORIA DENTAL</b>			
02.10.00	Obturaciones	\$	sin coseguro

<b>CAPITULO III - ENDODONCIA</b>			
03.01.00	Tratamiento unirradicular	\$	sin coseguro
03.02.00	Tratamiento multirradicular	\$	
03.03.00	Desobturación de Conductos	\$	
03.05.00	Biopulpectomía parcial	\$	
03.06.00	Necropulpectomía parcial (momificación)	\$	

<b>CAPITULO IV – PROTESIS</b>				
<b>PROTESIS FIJA</b>				
			a cargo afiliado	a cargo OSPJN
04.01.01	Incrustación cavidad simple	\$	\$	\$
04.01.02	Incrustaciones, cavidad compuesta o compleja	\$	\$	\$
04.01.03	Corona forjada	\$	\$	\$
04.01.04	Corona colada	\$	\$	\$
04.01.05	Corona colada con frente estético	\$	\$	\$
04.01.07	Corona colada revestida en acrílico	\$	\$	\$
04.01.08	Perno muñón simple	\$	\$	\$
04.01.09	Perno muñón seccionado	\$	\$	\$
04.01.10	Tramo de puente colado	\$	\$	\$
04.01.11	Corona de acrílico	\$	\$	\$
04.01.12	Elemento provisorio: por unidad	\$	\$	\$
04.01.13	Corona de Porcelana	\$	\$	\$
04.01.14	Tramo de puente en porcelana	\$	\$	\$
04.01.17	Incrustación porcelana dentición permanente a partir de los 15 años de edad	\$	\$	\$

<b>PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE</b>				
			a cargo afiliado	a cargo OSPJN
04.02.01	De acrílico hasta 4 dientes.	\$	\$	\$
04.02.02	De acrílico de 5 o mas dientes.	\$	\$	\$
04.02.03	Coladas de Cromo-cobalto hasta 4 dientes.	\$	\$	\$
04.02.04	Coladas de Cromo-cobalto de 5 o mas dientes.	\$	\$	\$
04.02.05	Prótesis parcial Inmediata.	\$	\$	\$
04.02.07	Pieza Faltante (con códigos:04.02.01; 04.02.02; 04.02.03; 04.02.04; 04.02.05; 04.02.06; 04.03.01; 04.03.03; 11.07.00;11.08.00;11.09.00)	\$	sin valor arancelario	

<b>PROTESIS PARCIAL COMPLETA</b>				
			a cargo afiliado	a cargo OSPJN
04.03.01	Superior.	\$	\$	\$
04.03.02	inferior.	\$	\$	\$
04.03.03	Prótesis completa inmediata.	\$	\$	\$
04.03.04	Base colada para prótesis completa.	\$	\$	\$
04.03.05	Prótesis flexible completa	\$	\$	\$

<b>VARIOS</b>				
			a cargo afiliado	a cargo OSPJN
04.04.01	Compostura simple.	\$	\$	\$
04.04.02	Compostura con agregado de un diente.	\$	\$	\$
04.04.03	Compostura con agregado de un retenedor.	\$	\$	\$
04.04.04	Compostura con agregado de un diente y un retenedor.	\$	\$	\$
04.04.05	Diente subsiguiente c/u.	\$	\$	\$
04.04.06	Retenedor subsiguiente c/u.	\$	\$	\$
04.04.07	Soldado de retención de aparatos de Cromo-cobalto con agregado de un diente.	\$	\$	\$
04.04.08	Retención subsiguiente.	\$	\$	\$
04.04.09	Carilla de acrílico	\$	\$	\$
04.04.10	Rebasado de Prótesis.	\$	\$	\$

04.04.11	Cubeta Individual.	\$	\$	\$
04.04.12	Levante de articulación en acrílico traslúcido y retenedores forjados en acero.	\$	\$	\$

**CAPITULO V - ODONTOLOGIA PREVENTIVA**

05.01.00	Tartrectomía y cepillado mecánico	\$	sin coseguro
05.02.00	Consulta preventiva periódica, incluye cepillado previo y aplicación de fluor. Por tratamiento	\$	
05.04.00	Detección, control de placa bacteriana y susceptibilidad de caries. Enseñanza de técnica de higiene bucal - Incluido en 05.01.00	\$	
05.05.00	Sellantes de puntos y fisuras por pieza dentaria	\$	

**CAPITULO VI- ORTODONCIA Y ORTOPEDIA FUNCIONAL**

			a cargo afiliado	a cargo OSPJN
06.01.00	Consulta de estudio	\$	\$	\$
06.02.01	Tratamiento de la dentición primaria o mixta Hasta 12 años	\$	\$	\$
06.02.02	Segunda etapa (tiene que pasar mas de un año de la primera)	\$	\$	\$
06.02.03	Tercera etapa-final de tratamiento	\$	\$	\$
06.03.01	Tratamiento de la dentición permanente ( 13 a18 años inclusive)	\$	\$	\$
06.03.02	Segunda etapa (tiene que pasar mas de un año de la primera)	\$	\$	\$
06.03.03	Final de tratamiento	\$	\$	\$
06.04.00	Correccion de malposiciones simples con espacio	\$	\$	\$

**CAPITULO VII- ODONTOPEDIATRIA**

07.01.00	Motivación	\$	sin coseguro
07.02.00	Mantenedor de espacio fijo	\$	
07.03.00	Mantenedor de espacio removible	\$	
07.04.00	Tratamientos de dientes primarios con formocresol	\$	
07.05.00	Corona metálica de acero y similares	\$	

**TRAUMATISMO DENTARIOS**

07.06.01	Reducción de luxación con inmovilización	\$	sin coseguro
07.06.02	Luxación total (reimplante) e inmovilización dentaria	\$	
07.06.04	Fractura amelodentaria, protección pulpa con coronas provisoria	\$	

**CAPITULO VIII- PERIODONCIA**

08.01.00	Consulta de estudio, diagnóstico y pronóstico	\$	sin coseguro
08.02.00	Tratamiento de gingivitis marginal crónica	\$	
08.03.00	Tratamiento de periodontitis destructiva. Leve o moderada: seis sectores	\$	
08.03.01	Trat. de periodontitis destructiva. Leve o moderada cuando el sector abarque hasta 2 piezas	\$	
08.04.00	Tratamiento de periodontitis destructiva severa: seis sectores	\$	
08.04.01	Trat. de periodontitis destructiva severa cuando el sector abarque hasta 2 piezas	\$	
08.05.00	Desgaste selectivo o armonización oclusal	\$	
08.06.00	Placas oclusales (Temporarias) de acrílico removible, cualquier tipo	\$	

**CAPITULO IX - RADIOLOGÍA**

09.01.01	Periapical	\$	sin coseguro
09.01.02	Bite-wing	\$	
09.01.03	Oclusal 6 x 8	\$	
09.01.04	Media seriada de 7 películas -Técnicas de cono corto o largo	\$	
09.01.05	Seriada de 14 películas . Técnica de cono corto o largo	\$	
09.02.01	Extraorales, 1era. Exposicion	\$	
09.02.02	Extraorales, por Exposicion subsiguientes	\$	
09.02.03	Articulacion temporo mandibular (6 tomas)	\$	
09.02.04	Pantomografia	\$	
09.02.05	Telerradiografía Cefalométrica	\$	
09.02.06	Sialografia	\$	
09.02.07	Trazado cefalométrico	\$	
09.02.08	Rx Carpal	\$	

**CAPITULO X - CIRUGIA BUCAL**

10.01.00	Extracción dentaria (*)	\$	sin coseguro
10.02.00	Plástica de comunicación bucosinusal	\$	
10.03.00	Biopsia por punción o aspiración	\$	
10.04.00	Alveoloplastia estabilizadora por zona	\$	
10.05.00	Implante dentario inmediato al traumatismo	\$	
10.06.00	Incisión y drenajes	\$	
10.07.00	Biopsia por incisión	\$	
10.08.00	Alargamiento quirúrgico de la corona clinica	\$	
10.09.00	Extracción de dientes retenidos	\$	
10.10.00	Germectomía	\$	
10.11.00	Liberación de dientes retenidos	\$	
10.12.00	Apicectomía	\$	
10.13.00	Tratamiento de osteomielitis	\$	
10.14.00	Extracción de cuerpos extraños	\$	
10.15.00	Alveoloplastia correctiva -por zona - 6 zonas	\$	

10.16.00	Estomatología	Consultar
----------	---------------	-----------

* Deberá adjuntarse a la facturación la respectiva Rx, pre extracción, en caso de ausencia se debitará la prestación				
DISFUNCION - ATM			a cargo afiliado	a cargo OSPIN
12.01.01	Ajuste oclusal por desgaste selectivo	\$	\$	\$
12.01.02	Disfunción ATM Neuromuscular( placa oclusal miorrelajante)	\$	\$	\$
12.01.03	Disfunción ATM disco adelantado (placa recapturadora)	\$	\$	\$
12.01.04	Disfunción ATM limitación apertura (Placa oclusal pivotante)	\$	\$	\$
12.01.05	Consulta seguimiento y control en disfunciones ATM severas -incluye ajustes de aparatología, hasta 6 (seis) por año-	\$	\$	\$

CIRUGIA DENTAL-BIOPSIA				
13.07.03	Quistes (tumores) de encías	\$		sin coseguro
13.07.05	Cirugía Periodontal	\$		
13.08.07	Cálculos-litiasis	\$		
13.11.05	Frenectomia vestibular	\$		
13.12.01	Hiperplasia- palatoplastia	\$		

IMPLANTES			a cargo afiliado	a cargo OSPIN
11.01.00	Implante	\$	\$	\$
11.01.01	Estudio preimplante	\$	\$	\$
11.02.00	Corona de porcelana -tramo de puente inter implante-	\$	\$	\$
11.02.01	Corona de porcelana sobre Implante	\$	\$	\$
11.02.03	Corona provisoria	\$	\$	\$
11.05.00	Perno para implante	\$	\$	\$
11.06.00	Tornillo transoclusal	\$	\$	\$
11.07.00	Prótesis removible hasta 4 piezas	\$	\$	\$
11.08.00	Prótesis removible desde 5 piezas	\$	\$	\$
11.09.00	Prótesis completa	\$	\$	\$
11.10.00	Prótesis Cromo Cobalto hasta 4 piezas	\$	\$	\$
11.10.01	Prótesis Cromo Cobalto desde 5 piezas	\$	\$	\$
11.10.02	Protesis flexible parcial hasta 4 dientes	\$	\$	\$
11.10.03	Protesis flexible parcial mas de 5 dientes	\$	\$	\$
11.11.00	Barra s/dentadura longitud equivalente a 11 o mas espacios dentales	\$	\$	\$
11.11.01	Barra s/dentadura longitud equivalente hasta 10 espacios dentales	\$	\$	\$
11.11.02	Barra s/dentadura longitud equivalente de 5 hasta 10 espacios dentales	\$	\$	\$
11.12.01	Levante piso maxilar	\$	\$	\$
11.12.02	Membrana de regeneración	\$	\$	\$
11.12.03	Hueso de banco	\$	\$	\$
11.13.00	UCLA			
11.14.00	Attaches			
11.15.00	TEFLONES			
11.15.01	PRECI RECAMBIO			
11.15.02	CORRECTORES			
11.09.01	Tomografía 1 maxilar (Cob.50%)	\$	\$	\$
11.09.02	Tomografía 2 maxilares (Cob.50%)	\$	\$	\$
11.09.03	Tomografía medio maxilares (Cob.50%)	\$	\$	\$

Estas prestaciones se encuentran incluidas en los valores de las distintas prácticas e insumos que integran las etapas quirúrgicas y protésica de los implantes dentales, no pudiendo ser facturadas tampoco al afiliado.

Las prestaciones protésicas consecuentes a implantes no podrán ser facturadas utilizando Códigos de los capítulos 04

Código 11.12.01 deberá objetivarse mediante mediciones de espesor oseo de piso maxilar, debiendo ésta ser inferior a los 1.0- 1.2 mm.

Código 11-12-02 y 11.12.03 deberán documentarse y/o justificarse en su indicación.

Dr. MARIANO ALTHABE  
DIRECTOR GENERAL  
OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL DE LA NACION