

AÑO 2015

NOTA MÚLTIPLE N° 148

La Plata, 24 de Noviembre de 2015.

Señor
Presidente de la
Entidad Primaria

De nuestra consideración:

Nos dirigimos a usted con el fin de informar lo siguiente:

PUNTO ÚNICO: INSTITUTO OBRA MÉDICO ASISTENCIAL- IOMA – Incorporación de prácticas brindadas por trámites de excepción.

Se informa a las Entidades Primarias que tras varias rondas de negociación se establecieron las prestaciones que se brindaban por trámite de excepción y que se incorporan **por Acto Médico** a partir del mes de Noviembre 2015, según el siguiente detalle:

- En Anexo I se detallan las prácticas que se incorporan dentro del circuito establecido para los códigos 88 denominados “Pesados” código de Obra Social 501/601/701, con auditoría y autorización vía página Web de IOMA.
- En Anexo II se detallan las prácticas médicas que se incluyen en los códigos 88 denominados “Livianos por fuera de la cápita”, códigos de Obra Social 515/615/715 de acuerdo a la condición afiliatoria, con auditoría y autorización previa del IOMA, a través del bono emitido por la Delegación y/o Región de IOMA.

Los códigos de Obra Sociales 515/615/715 se incorporan en el cronograma I publicado en NM n° 155/14.

El envío de la documentación se debe ajustar a los lineamientos oportunamente comunicados:

- Ordenada por código de Obra Social
- Ordenada por mes de prestación.
- Remisión de la Planilla de autorización de Alta Complejidad denominada “Pesada” o bono en el caso de Alta Complejidad “Liviana por fuera de la cápita” según corresponda.
- Copia del informe con firma original.
- Cuando el profesional no trabaja con equipo propio, la institución que factura gastos debe remitir copia del informe y de la planilla de denuncia de Alta Complejidad “Pesada” o bono de gastos según corresponda.
- Inclusión de prestaciones brindadas durante los 60 días anteriores a la fecha de presentación. Ej. en el mes presentación de Enero/16 se podrán incluir prestaciones brindadas durante los meses de Noviembre y Diciembre/15.
- La orden de prescripción tiene una validez de 30 días.

Sin otro particular, nos despedimos de usted atentamente.-



Dr. Abel Olivero
Secretario de Gobierno

Sede Central

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata
Tel (0221) 439-1300 (Líneas Rotativas)
Fax (0221) 439-1375
Mail sec-me@femeba.org.ar

Oficina Capital Federal

Av. Belgrano N°1225
(C1093AAA) C.A.B.A.
Tel/Fax (011) 4383-4467/4490
Mail dcapital@femeba.org.ar

ANEXO I
A LA NOTA MÚLTIPLE N° 148/15

Códigos de OS 501/601/701 de acuerdo a la condición afiliatoria.

CÓDIGOS 88 "PESADOS"				
CODIGO	PRACTICA	H.M.	GASTOS	TOTAL
88.18.13/00	MAMOTONE	1.600	2.400	4.000
88.34.43/00	ANGIO TAC (INCLUYE H. G. CONTRAST.C/S RECONST. 3D	392	1.808	2.200
88.34.44/00	TAC 3D	392	1.608	2.000
88.34.44/01	TAC 3D EXPOSICION SUBSIGUIENTE	392	1.108	1.500
88.34.45/00	COLONOSCOPIA VIRTUAL	392	1.508	1.900
88.34.98/01	SCORE DE CALCIO	392	2.208	2.600
88.34.80/A0	PET	425	6.902	7.327
88.46.17/A0	ARTRORESONANCIA MAGNETICA	400	2.100	2.500
88.46.18/A0	RMN C/ESPECTROSCOPIA	400	2.900	3.300
88.46.19/A0	RMN DINAMICA	400	2.600	3.000
88.46.20/A0	RMN CARDIACA	908	3.092	4.000
88.46.21/A0	RMN DIFUSION PERFUSION	400	3.700	4.100
88.46.22/A0	ESTUDIO MULTIPARAMETRICO DE PROSTATA(incluye RMN de próstata espectroscopia difusión perfusión)	1.500	3.500	5.000

- Auditoria y autorización vía página web de IOMA (Códigos 88 pesados).
- Modalidad de pago: por prestación.
- Cobertura para el afiliado: 100 %.

ANEXO II

A LA NOTA MÚLTIPLE Nº 148/15

Códigos de O.S. 515/615/715 de acuerdo a la condición afiliatoria.

CÓDIGOS 88 "LIVIANOS" A CARGO DEL IOMA				
CODIGO	PRACTICA	H.M.	GASTOS	TOTAL
		(\$)	(\$)	(\$)
	NEUROLOGIA			
88.01.07	POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA CON OXIMETRIA DE PULSO CONTINUA	1.320	1.980	3.300
88.01.08	MODULO DE POLISOMNOGRAFIA MAS TITULACION DE CPAP	1.800	2.700	4.500
	OFTALMOLOGIA	H.M.	GASTOS	TOTAL
		(\$)	(\$)	(\$)
88.02.17	ABERROMETRIA POR OJO	88	132	220
88.02.18	ANALIZADOR DE RESPUESTA OCULAR (ORA) POR OJO	64	96	160
88.02.19	ANGIOFLUORESCEINOGRAMIA (AFG) POR OJO	132	198	330
88.02.20	BIOMICROSCOPIA ULTRASONICA (UBM) POR OJO	132	198	330
88.02.21	ECOGRAMIA OCULAR POR OJO	104	156	260
88.02.22	INTERFEROMETRIA OPTICA LASER (IOL MASTER) POR OJO	104	156	260
88.02.23	MICROSCOPIA CONFOCAL DE LA CORNEA POR OJO	68	102	170
88.02.24	TOMOGRAMIA CONFOCAL DE PAPILA (HRT) POR OJO	88	132	220
88.02.25	TOMOGRAMIA DE COHERENCIA OPTICA (OCT) POR OJO	104	156	260
88.02.26	TOPOGRAMIA CORNEAL de ELEVACION POR OJO	88	132	220
	NEUMONOLOGIA	H.M.	GASTOS	TOTAL
		(\$)	(\$)	(\$)
88.05.04	DIFUSION DE MONOXIDO DE CARBONO	480	720	1.200
88.05.05	PRUEBA DE TITULACION DE PRESION POSITIVA CONTINUA (CPAP)	840	1.260	2.100
88.05.06	RESISTENCIA Y CONDUCTANCIA DE LAS VIAS AERIAS	224	336	560
88.05.07	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAMIA	440	660	1.100
88.05.08	VENTILACION VOLUNTARIA MAXIMA	136	204	340
88.05.09	ESTUDIO SIMPLIFICADO PARA EVALUACION DE APNEAS DE SUEÑO	840	1.260	2.100
88.05.10	VIDEOFIBROBRONCOSCOPIA	960	1.440	2.400
88.05.11	REHABILITACIÓN RESPIRATORIA	840	1.260	2.100
88.17.04	PRUEBA DEL EJERCICIO CARDIOPULMONAR CON CONSUMO DE OXÍGENO	440	660	1.100
88.17.05	TEST/PRUEBA DE LA MARCHA DE LOS 6 MINUTOS	160	240	400
	GASTROENTEROLOGIA	H.M.	GASTOS	TOTAL
		(\$)	(\$)	(\$)
88.08.21	MANOMETRIA ESOFAGICA Y ANORECTAL (INCLUYE SONDA)	920	1.380	2.300
88.08.22	PH METRIA (INCLUYE SONDA)	800	1.200	2.000
88.08.23	PH METRIA PEDIATRICA (INCLUYE SONDA)	1.200	1.800	3.000
88.08.24	TEST DEL AIRE ESPIRADO	280	420	700
88.08.25	BIO FEETBACK RECTOANAL (POR 3 MESES)	1.080	1.620	2.700
88.08.26	IMPEDANCIOMETRIA PEDIATRICA	2.600	3.900	6.500
88.18.14	ECOENDOSCOPIA	420	630	1.050
88.18.15	ECOENDOSCOPIA RADIAL	1.240	1.860	3.100

Sede Central

Calle 5 N°473 (B1902CKS) La Plata
 Tel (0221) 439-1300 (Líneas Rotativas)
 Fax (0221) 439-1375
 Mail sec-me@femeba.org.ar

Oficina Capital Federal

Av. Belgrano N°1225
 (C1093AAA) C.A.B.A.
 Tel/Fax (011) 4383-4467/4490
 Mail dcapital@femeba.org.ar

	DERMATOLOGIA	H.M. (\$)	GASTOS (\$)	TOTAL (\$)
88.13.01	DERMATOSCOPIA	200	300	500
	CARDIOLOGIA	H.M. (\$)	GASTOS (\$)	TOTAL (\$)
88.17.06	ERGOMETRIA DE 12 DERIVACIONES	200	300	500
88.17.07	REHABILITACION CARDIOVASCULAR (POR 3 MESES)	1.000	1.500	2.500
88.17.08	CARDIOGRAFIA POR IMPEDANCIA	240	360	600
88.17.09	VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO	160	240	400
88.17.10	HOLTER HASTA 12 CANALES	240	360	600
	RADIOLOGIA	H.M. (\$)	GASTOS (\$)	TOTAL (\$)
88.34.74	VIDEODEGLUCION	400	600	1.000
88.34.75	VIDEO DEFECOGRAFIA	400	600	1.000
	GINECOLOGIA	H.M. (\$)	GASTOS (\$)	TOTAL (\$)
88.11.03	CRIOCIRUGIA DE CUELLO UTERINO O VULVA	300	450	750
88.11.04	HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	250	750	1.000
88.11.05	HISTEROSCOPIA TERAPEUTICA	1.080	2.420	3.500
88.11.06	ESCISION CON ASA DE LEEP	1.080	1.620	2.700
88.11.07	ESCISION CON CONO DE LEEP	1.200	1.800	3.000
88.34.04	MAMOGRAFIA POR TOMOSINTESIS	380	570	950
88.18.16	COLOCACION DE CLIP PARA NEOADYUVANCIA	540	810	1.350
88.18.17	CORE BIOPSIA	600	900	1.500
	ANATOMIA PATOLOGICA	H.M. (\$)	GASTOS (\$)	TOTAL (\$)
88.15.06	MARCADORES HER-2NEU (C-ERB B2 X FISCH)	800	1.200	2.000
88.15.07	MARCADORES HER-2NEU (C-ERB B2 X INMUNOHISTOQUIMICA)	280	420	700
	OTORRINOLARINGOLOGIA			
88.31.05	VIDEONISTAGMOGRAFIA	240	360	600
88.31.06	VIDEONISTAGMOGRAFIA CON TEST CALORICO	340	510	850
	OTROS ESTUDIOS			
88.07.01	COLOCACION DE PORT A CATH	720	1.080	1.800
	TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES	H.M. (\$)	GASTOS (\$)	TOTAL (\$)

- Auditoria y autorización previa por boca de expendio de IOMA a través de la Delegación o Región.
- Modalidad de pago: por prestación, fuera de la cápita.
- Cobertura para el afiliado: 100 %.