

## Guía de Requerimientos de Autorización

Criterios de Autorización para Prácticas Ambulatorias ORO Y PLATA	
<b>Capítulos 01 al 12</b>	
Todos los capítulos	SI 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>	
Todas las prácticas	SI Excepto: 13.01.04/13.01.06/13.01.07/ 13.01.08 todas en consultorio
<b>Capítulo 14. ALERGIA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO
Prácticas No Nomencladas	SI 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
Elastografías Hepáticas	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 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/Videoendoscopia 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>	
Todas las prácticas	SI Excepto Interconsulta genética, Cariotipo Simple y Bandeado y NT Plus

<b>Capítulo 22. GINECO-OBSTETRICIA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO
Cytobrush-Endobrush	NO
El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO Excepto las excluidas
<b>Capítulo 23. HEMATOLOGÍA-INMUNOLOGÍA</b>	
Todas las prácticas	NO Excepto Gen de la Hemocromatosis y HLA clase I y II Anti donante por luminex
<b>Capítulo 24. HEMOTERAPIA</b>	
Todas las prácticas que requieren Internación u Hospital de día	SI
<b>Capítulo 25. REHABILITACIÓN</b>	
Todas las prácticas	SI
<b>Capítulo 26. MEDICINA NUCLEAR</b>	
Todas las prácticas	NO Excepto: Rastreo Corporal con In 111 y Estudio de sobrevida plaquetaria
<b>Capítulo 27. NEFROLOGÍA</b>	
Todas las prácticas	SI
<b>Capítulo 28. NEUMONOLOGÍA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO 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
Poligrafía o estudio poligráfico del sueño	SI
El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO
<b>Capítulo 29. NEUROLOGÍA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO
Polisomnografías en consultorio	NO
Polisomnografías a domicilio	SI
Videoelectroencefalograma - Videotelemetría	SI
Tratamiento con Toxina Botulínica/Botox	SI
Rehabilitación Cognitiva	SI
Test de Ados / Test de Adir	SI
El resto de las Prácticas No Nomencladas	NO



<b>Capítulo 30. OFTALMOLOGÍA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO Excepto: Ejercicios Ortópticos
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, 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, Microscopia Especular/Recuento de Células Endoteliales.	NO
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>	
Todas las prácticas	SI
<b>Capítulo 34. RADIOLOGÍA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO
Elastografía Hepática por RMN	SI
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
Mieloradiculografía	SI
Restantes Procedimientos bajo T.A.C.	SI
Procedimientos bajo video	SI
Defecatógrafía	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>	
Todas las prácticas	SI
<b>Capítulo 36. UROLOGÍA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO Excepto: Uretrocistofibroskopías
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 Excepto: estudios específicos de HIV, estudios neurometabólicos e Ige específica
<b>Criterios de Autorización para Prácticas Ambulatorias - AZUL</b>	
<b>Capítulos 01 al 12</b>	
Todos los capítulos	SI 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>	
Todas las prácticas	SI Excepto: 13.01.04/13.01.06/13.01.07/ 13.01.08 todas en consultorio
<b>Capítulo 14. ALERGIA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO
Prácticas No Nomencladas	SI Excepto Cód. 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
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 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 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>	
Todas las prácticas	SI Excepto Interconsulta genética, Cariotipo Simple y Bandeado y NT Plus



<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>	
Todas las prácticas	NO Excepto Gen de la Hemocromatosis y HLA clase I y II Anti donante por luminex
<b>Capítulo 24. HEMOTERAPIA</b>	
Todas las prácticas que requieren Internación u Hospital de día	SI
<b>Capítulo 25. REHABILITACIÓN</b>	
Todas las prácticas	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>	
Todas las prácticas	SI
<b>Capítulo 28. NEUMONOLOGÍA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO 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 Nomenclados	NO

<b>Capítulo 29. NEUROLOGÍA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO
EEG de Sueño (en todas sus variantes)	NO
EEG No Nomenclados	NO 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 Excepto: Ejercicios Ortópticos
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, 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, Microscopia Especular/Recuento de Células Endoteliales.	NO

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
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>	
Todas las prácticas	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 (mamotome) 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>	
Todas las prácticas	SI
<b>Capítulo 36. UROLOGÍA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO Excepto: Uretrocistofibroscopías
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 Excepto: estudios específicos de HIV, estudios neurometabólicos e Ige específica

## Criterios de Autorización para Prácticas Ambulatorias - BLANCO

<b>Capítulos 01 al 12</b>	
Todos los capítulos	SI 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>	
Todas las prácticas	SI Excepto: 13.01.04/13.01.06/13.01.07/13.01.08 todas en consultorio
<b>Capítulo 14 ALERGIA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO
Prácticas No Nomencladas	SI 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
Presurometría	NO
Holter 3 canales	NO
Ctrol/Reprogramació Marcapasos-Cardiodesfibrilador	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 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 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 procedimientos endoscópicos, bajo Video/Computarizados y procedimientos con sedación	SI
El resto de las prácticas No Nomencladas	SI
<b>Capítulo 21. GENÉTICA HUMANA</b>	
Todas las prácticas	SI Excepto Interconsulta genética, Cariotipo Simple y Bandeado y NT Plus
<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>	
Todas las prácticas	NO Excepto Gen de la Hemocromatosis y HLA clase I y II Anti donante por lumindex
<b>Capítulo 24. HEMOTERAPIA</b>	
Todas las prácticas que requieren Internación u Hospital de día	SI
<b>Capítulo 25. REHABILITACIÓN</b>	
Todas las prácticas	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>	
Todas las prácticas	SI
<b>Capítulo 28. NEUMONOLOGÍA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO Excepto: Broncofibroscopía, Broncoscopía, Traqueoscopia
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
Examen Otoneurológico	NO
El resto de las prácticas No Nomencladas	SI
<b>Capítulo 30. OFTALMOLOGÍA</b>	
Prácticas Nomencladas	NO Excepto: Ejercicios Ortópticos



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, Gonioscopia, Exofalmometría, 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, Microscopía Especular/Recuento de Células Endoteliales.	NO
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>	
Todas las prácticas	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 Excepto: Uretrocistofibroscopías
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 Excepto: estudios específicos de HIV, estudios neurometabólicos e Ige específica

## 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 3D
- Ecodoppler genital color con papaverina
- Ecodoppler cuerpos cavernosos
- Videocolposcopia
- IgG IgM para COVID-19

### 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 Espermiática Testicular)	Requiere Autorización

## CONTACTOS

LÍNEAS DE ACCESO EXCLUSIVAS PARA PRESTADORES DE GALENO
<b>AMBA</b>
<b>SAP- SERVICIO DE ATENCIÓN AL PRESTADOR</b> 0810-999-7737 <a href="mailto:doc.mail@galenoargentina.com.ar">doc.mail@galenoargentina.com.ar</a> De Lunes a Viernes de 8.30 a 18 hs.
<b>LIQUIDACIONES</b> 0810-555-4455 <a href="mailto:reclamosmedicos@galenoargentina.com.ar">reclamosmedicos@galenoargentina.com.ar</a> De Lunes a Viernes de 10 a 13 y de 14 a 17 hs.
<b>PAGOS</b> 4348-6045/6111 <a href="mailto:reclamospagoprestadores@galenoargentina.com.ar">reclamospagoprestadores@galenoargentina.com.ar</a> De Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.
<b>AUDITORÍA MÉDICA DE FACTURACIÓN</b> 4321-4071 De Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.
<b>CENTRAL DE AUTORIZACIONES</b> 5382-5104 <b>Prácticas ambulatorias:</b> opción 1 de Lu a Vie de 8 a 18hs. <b>Internaciones y cirugías ambulatorias:</b> opción 2 de Lu a Vie de 8 a 18 hs. <b>Oftalmología:</b> opción 4 de Lu a Vie de 8 a 18 hs. <b>Envío de Fax:</b> opción 5 Solicitudes y denuncias de internación al fax: 4814-7383 o <a href="mailto:fax.internacionesycirugiasambulatorias@galenoargentina.com.ar">fax.internacionesycirugiasambulatorias@galenoargentina.com.ar</a> Solicitudes de estudios para pacientes internados o derivaciones: 4321-4144 o <a href="mailto:fax.derivaciones@galenoargentina.com.ar">fax.derivaciones@galenoargentina.com.ar</a> Solicitudes de material para pacientes internados: 4814-7344 o <a href="mailto:auditoria.medica@galenoargentina.com.ar">auditoria.medica@galenoargentina.com.ar</a>
<b>ADMISIONES Y AUTORIZACIONES SALUD MENTAL</b> Lima 693 C.A.B.A. 0800-333-5100 De Lunes a Viernes de 9 a 18 hs. <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)