



SINIESTROS
Salud



Ramo 36

SIMPLIFICÁ TU LIQUIDACIÓN

Cargar denuncia por el Portal de Contacto SELF



COBERTURA RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

- Denuncia administrativa
- Detalle cronológico de los días de internación y tipo de terapia (común, intermedia intensiva)
- Historia Clínica
- Alta médica



COBERTURA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

- Denuncia administrativa
- Detalle de la IQ según nomenclador PMO
- Historia clínica, detalle de estudios realizados
- Protocolo quirúrgico y de internación



COBERTURA TRASPLANTE DE ÒRGANOS

- Denuncia administrativa
- Historia clínica, detalle de estudios y trasplante realizado/s
- Protocolo de internación
- Protocolo quirúrgico
- Constancia de inscripción en el INCUCAI



COBERTURA FRACTURA DE HUESOS

- Denuncia administrativa
- Historia clínica, detalle de estudios y prácticas realizadas



COBERTURA PRÓTESIS U ÓRTESIS

- Denuncia administrativa
- Historia clínica, detalle de estudios y prácticas realizadas
- Detalle de prótesis / órtesis implantadas (comprobantes / stickers)



COBERTURA CUIDADOS PROLONGADOS

- Denuncia administrativa
- Historia clínica
- Prescripción médica indicando la necesidad de contar con un asistente terapéutico
- Datos personales del asistente

#FederaciónyVos



¡Te escuchamos!

0810-222-5588





SINIESTROS Salud



Ramo 36

COBERTURA DROGAS ONCOLÓGICAS

- Denuncia administrativa
- Historia clínica
- Prescripción médica y/o constancia de suministro de la medicación en caso de internación

COBERTURA ESTUDIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD

- Denuncia administrativa
- Historia clínica, detalle de estudios realizados
- Comprobantes de gastos sobre estudios de histocompatibilidad
- Fecha de inscripción en el INCUCAI

COBERTURA DIAGNÓSTICO POR ENFERMEDADES GRAVES

- Denuncia administrativa
- Historia clínica, detalle de estudios realizados
- Informe médico sobre el diagnóstico y tratamiento efectuado

COBERTURA GRAN TRAUMA

- Denuncia administrativa
- Detalle cronológico de los días y tipo de internación
- Cantidad de actos / Intervenciones quirúrgicas
- Registro de fallas multiorgánicas documentadas

COMÚN A LAS COBERTURAS DETALLADAS

PARA LOS CASOS DE ACCIDENTES TRAUMÁTICOS, VEHICULARES O CAUSAS A DETERMINAR TENER EN CUENTA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA:

- Denuncia policial / Informe causa penal / Registro de conducir habilitante

De acuerdo a las coberturas anteriormente mencionadas en caso de indemnización tener en cuenta la siguiente documentación:

- Copia de DNI / los beneficiario/s
- Constancia de CBU y CUIL / CUIT emitida por el banco
- Mail y celular del /los beneficiario/s




TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA
DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°:	Apellido y Nombres:				
Tipo y número de documento:					
Domicilio:					
Localidad:	Teléfono:		Fecha de nacimiento:		

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO
Por favor, sírvase consignar seguidamente los datos del médico de cabecera del Asegurado:

Apellido y Nombres:	
Domicilio:	Teléfono:

DATOS DE LA INTERNACIÓN

Cantidad de días que estuvo internado en: Sala común: <input type="text"/>	Terapia Intermedia y Cuidados Especiales: <input type="text"/>
Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: <input type="text"/>	Internación Domiciliaria: <input type="text"/>
En caso de internación de recién nacidos (hasta 30 días de edad) consignar si durante la internación se ha requerido asistencia mecánica respiratoria y durante cuántos días:	

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DONDE SE EFECTUÓ LA INTERNACIÓN

Denominación:	
Domicilio:	Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL QUE ASISTIERA AL ASEGURADO DURANTE SU INTERNACIÓN

Apellido y Nombres:	
Número de Matrícula Provincial:	Número de Matrícula Nacional:
Tipo y número de Documento:	
Domicilio:	Teléfono:

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR

--

PLAZO DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

30 días a partir de la fecha de alta de la internación
--

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Federación Patronal Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

 Lugar y Fecha de Emisión

 Firma del Denunciante

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL QUE ASISTIERA AL ASEGURADO DURANTE SU INTERNACIÓN

Por la presente certifico que el día ____/____/____ a las ____ hs. ha ingresado al establecimiento _____
el paciente _____ LE LC DNI CI N° _____, por los motivos que se exponen
seguidamente, correspondiendo su alta médica el día ____/____/____ a las ____ hs.

Causas de la internación:			
Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:			
Fecha estimada de inicio de la enfermedad que diera origen a la internación:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cantidad de días que estuvo internado en:	Sala común: <input type="text"/>	Terapia Intermedia y Cuidados Especiales: <input type="text"/>	
		Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: <input type="text"/>	
Otros comentarios que considere de interés:			

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y sello del Profesional

Lugar y Fecha de Emisión

Firma del Responsable del Establecimiento Asistencial
Aclaración de firma


TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA
DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°:	Apellido y Nombres:				
Tipo y número de documento:					
Domicilio:					
Localidad:	Teléfono:	Fecha de nacimiento:			

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO
Por favor, sírvase consignar seguidamente los datos del médico de cabecera del Asegurado:

Apellido y Nombres:	
Domicilio:	Teléfono:

DETALLES DE LA AFECCIÓN QUE DIERA ORIGEN A LA INTERNACIÓN

Fecha de Inicio de los Síntomas y/o de la Enfermedad de Base que motivara la Intervención:				
Fecha de Confirmación Diagnóstica:				
Diagnóstico Principal:				
Detalles de la afección que diera origen a la intervención				
Diagnósticos Complementarios, si los hubiera:				

INTERNACIONES PREVIAS A LA INTERVENCIÓN RELACIONADAS CON LA AFECCIÓN

Cantidad de días que estuvo internado en: Sala común:	<input type="text"/>	Terapia Intermedia y Cuidados Especiales:	<input type="text"/>
	Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:	Internación Domiciliaria:	<input type="text"/>
Establecimientos asistenciales:			
Médicos tratantes:			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DONDE SE EFECTUÓ LA INTERVENCIÓN

Denominación:	
Domicilio:	Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE DE LA AFECCIÓN

Apellido y Nombres:	
Número de Matrícula Provincial:	Número de Matrícula Nacional:
Tipo y número de Documento:	
Domicilio:	Teléfono:

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR

--

PLAZO DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

30 días a partir de la fecha de realización de la intervención
--

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Federación Patronal Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma del Denunciante

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL QUE EFECTUARA LA INTERVENCIÓN

Por la presente certifico que desde el día ____ / ____ / ____ he atendido y tratado al paciente _____

LE LC DNI CI N° _____ la/s intervención/es quirúrgica/s que se detalla/n a continuación:

Denominación de la/s intervención/es realizada/s:

Código/s de referencia (según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales):

Otros comentarios que considere de interés:

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y sello del Profesional

Lugar y Fecha de Emisión

*Firma del Responsable del Establecimiento Asistencial
Aclaración de firma*



TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°:	Apellido y Nombres:				
Tipo y número de documento:					
Domicilio:					
Localidad:	Teléfono:		Fecha de nacimiento:		

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO

Por favor, sírvase consignar seguidamente los datos del médico de cabecera del Asegurado:

Apellido y Nombres:	
Domicilio:	Teléfono:

DATOS DEL TRASPLANTE REALIZADO

Órgano trasplantado:					
Diagnóstico de enfermedad que diera origen a la necesidad de trasplante:					
Fecha confirmación diagnóstica de dicha enfermedad:				Fecha indicación necesidad de trasplante:	
Fecha inscripción en INCUCAI:				Fecha de realización del Trasplante:	

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DONDE SE EFECTUÓ EL TRASPLANTE

Denominación:	
Domicilio:	Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EFECTUÓ EL TRASPLANTE

Apellido y Nombres:	
Número de Matrícula Provincial:	Número de Matrícula Nacional:
Tipo y número de Documento:	
Domicilio:	Teléfono:

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR

--

PLAZO DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

30 días a partir de la fecha de realización del trasplante.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Federación Patronal Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma del Denunciante

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL QUE REALIZÓ EL TRASPLANTE

Por la presente certifico que desde el día ____ / ____ / ____ he realizado a _____

LE LC DNI CI N° _____ el/los trasplante/s que se detallan a continuación.

Trasplantes realizados:

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha estimada de inicio de la enfermedad que dio origen al trasplante:

Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la necesidad de realizar el trasplante:

Otros comentarios que considere de interés:

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y sello del Profesional

Lugar y Fecha de Emisión

*Firma del Responsable del Establecimiento Asistencial
Aclaración de firma*


TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA
DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°:	Apellido y Nombres:				
Tipo y número de documento:					
Domicilio:					
Localidad:	Teléfono:		Fecha de nacimiento:		

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO
Por favor, sírvase consignar seguidamente los datos del médico de cabecera del Asegurado:

Apellido y Nombres:	
Domicilio:	Teléfono:

DETALLES DE LA FRACTURA QUE DIERA ORIGEN AL RECLAMO FECHA DEL EVENTO QUE DIO ORIGEN A LA FRACTURA:

Diagnósticos (indique con precisión el diagnóstico médico sobre la lesión):
Tratamientos seguidos:

INTERNACIONES RELACIONADAS CON LA FRACTURA (SI LAS HUBIERE)

Cantidad de días que estuvo internado en: Sala común: <input type="text"/>	Terapia Intermedia y Cuidados Especiales: <input type="text"/>
Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: <input type="text"/>	Internación Domiciliaria: <input type="text"/>
Establecimientos asistenciales:	
Médicos tratantes:	

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE DE LA FRACTURA

Apellido y Nombres:	
Número de Matrícula Provincial:	Número de Matrícula Nacional:
Tipo y número de Documento:	
Domicilio:	Teléfono:

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR

--

PLAZO DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

30 días a partir de la fecha del evento que dio origen a la lesión.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Federación Patronal Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

 Lugar y Fecha de Emisión

 Firma del Denunciante

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL TRATANTE

Por la presente certifico que desde el día ____ / ____ / ____ he atendido y tratado al paciente _____

LE LC DNI CI N° _____ por la afección cuya descripción se detalla a continuación:

Detalle de las fracturas sufridas por el paciente:

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha estimada de la lesión:

¿Conoce Ud. si el Asegurado estuvo internado a causa de la afección? De ser de vuestro conocimiento, por favor consignar Establecimientos Asistenciales y fechas:

Otros comentarios que considere de interés:

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y sello del Profesional


TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA
DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°:	Apellido y Nombres:				
Tipo y número de documento:					
Domicilio:					
Localidad:	Teléfono:		Fecha de nacimiento:		

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO
Por favor, sírvase consignar seguidamente los datos del médico de cabecera del Asegurado:

Apellido y Nombres:	
Domicilio:	Teléfono:

DETALLES DE LA AFECCIÓN QUE DIERA ORIGEN A LA NECESIDAD DE IMPLANTAR LA PRÓTESIS U ÓRTESIS

Fecha de Inicio de la Enfermedad:				
Diagnósticos:				
Tratamientos seguidos:				

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DONDE SE EFECTUÓ LA IMPLANTACIÓN

Denominación:	
Domicilio:	Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EFECTUARA LA IMPLANTACIÓN

Apellido y Nombres:	
Número de Matrícula Provincial:	Número de Matrícula Nacional:
Tipo y número de Documento:	
Domicilio:	Teléfono:

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR

--

PLAZO DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

30 días a partir de la fecha de la implantación o provisión.
--

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Federación Patronal Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

 Lugar y Fecha de Emisión

 Firma del Denunciante

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL QUE REALIZÓ EL TRANSPLANTE

Por la presente certifico que desde el día ____ / ____ / ____ he realizado a _____

LE LC DNI CI N° la/s implantación/es de prótesis y/u órtesis que se detalla/n a continuación:

Denominación de la/s prótesis u órtesis implantadas:

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha de Diagnóstico de la Enfermedad de Base que provocó la necesidad de la Prótesis u Órtesis:

Fecha estimada de inicio de la Enfermedad:

Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la necesidad de efectuarse la implantación:

Otros comentarios que considere de interés:

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y sello del Profesional

Lugar y Fecha de Emisión

*Firma del Responsable del Establecimiento Asistencial
Aclaración de firma*



TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°:		Apellido y Nombres:					
Tipo y número de documento:							
Domicilio:							
Localidad:			Teléfono:			Fecha de nacimiento:	

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO

Apellido y Nombres:							
Domicilio:						Teléfono:	

DATOS DE LA INTERNACIÓN

¿Para cuales de las siguientes Actividades de la Vida Diaria requiere Usted asistencia de parte de otra persona? Marque con una cruz (x)

<input type="checkbox"/> Bañarse	<input type="checkbox"/> Alimentarse	<input type="checkbox"/> Vestirse	<input type="checkbox"/> Higienizarse	<input type="checkbox"/> Transferirse
Fecha de Inicio de la asistencia:				

DETALLES DE LA AFECCIÓN QUE DIERA ORIGEN A LA INCAPACIDAD

Fecha de Inicio de la Enfermedad:				
Diagnósticos:				
Tratamientos seguidos:				

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DONDE SE EFECTUÓ LA INTERNACIÓN (SI EL PACIENTE ESTUVIERA INTERNADO)

Denominación:							
Domicilio:						Teléfono:	

DATOS DEL PROFESIONAL QUE ASISTIERA AL ASEGURADO POR LA AFECCIÓN Y/O DURANTE SU INTERNACIÓN

Apellido y Nombres:							
Número de Matrícula Provincial:				Número de Matrícula Nacional:			
Tipo y número de Documento:							
Domicilio:						Teléfono:	

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR

--

PLAZO DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

30 días a partir de la fecha del diagnóstico.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Federación Patronal Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma del Denunciante

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL QUE ASISTIERA AL ASEGURADO POR SU INCAPACIDAD

Por la presente certifico que desde el día ____ / ____ / ____ he atendido y tratado al paciente _____

LE LC DNI CI N° _____ por la afección cuya descripción se detalla a continuación.

Diagnóstico y Estadío:

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha estimada de inicio de la enfermedad:

Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la misma:

Discapacidad existente – Descripción:

Actividades de la vida diaria que el paciente no puede realizar por si mismo:

¿Conoce Ud. si el Asegurado estuvo internado a causa de la afección? De ser de vuestro conocimiento, por favor consignar Establecimientos Asistenciales y fechas:

Otros comentarios que considere de interés:

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y sello del Profesional


TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA
DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°:	Apellido y Nombres:				
Tipo y número de documento:					
Domicilio:					
Localidad:	Teléfono:		Fecha de nacimiento:		

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO
Por favor, sírvase consignar seguidamente los datos del médico de cabecera del Asegurado:

Apellido y Nombres:	
Domicilio:	Teléfono:

DETALLES DE LA AFECCIÓN QUE DIERA ORIGEN AL RECLAMO

Fecha de Inicio de la Enfermedad:				
Diagnósticos:				
Tratamientos seguidos:				

INTERNACIONES RELACIONADAS CON LA AFECCIÓN

Cantidad de días que estuvo internado en:	Sala común:	<input type="text"/>	Terapia Intermedia y Cuidados Especiales:	<input type="text"/>
	Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:	<input type="text"/>	Internación Domiciliaria:	<input type="text"/>
Establecimientos asistenciales:				
Médicos tratantes:				

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE DE LA AFECCIÓN

Apellido y Nombres:	
Número de Matrícula Provincial:	Número de Matrícula Nacional:
Tipo y número de Documento:	
Domicilio:	Teléfono:

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR

--

PLAZO DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

30 días a partir de la fecha de diagnóstico de la enfermedad
--

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Federación Patronal Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

 Lugar y Fecha de Emisión

 Firma del Denunciante

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL TRATANTE

Por la presente certifico que desde el día ____ / ____ / ____ he atendido y tratado al paciente _____

LE LC DNI CI N° _____ por la afección cuya descripción se detalla a continuación.

Diagnóstico y Estadío:

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha estimada de inicio de la enfermedad:

Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la misma:

¿Conoce Ud. si el Asegurado estuvo internado a causa de la afección?

De ser de vuestro conocimiento, por favor consignar Establecimientos Asistenciales y fechas:

Otros comentarios que considere de interés:

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y sello del Profesional



TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°:	Apellido y Nombres:				
Tipo y número de documento:					
Domicilio:					
Localidad:	Teléfono:		Fecha de nacimiento:		

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO

Por favor, sírvase consignar seguidamente los datos del médico de cabecera del Asegurado:

Apellido y Nombres:	
Domicilio:	Teléfono:

DETALLES DE LA AFECCIÓN QUE DIERA ORIGEN A LA REALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Fecha de Inicio de la Enfermedad:				
Diagnósticos:				
Tratamientos seguidos:				

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DONDE SE EFECTUÓ EL ESTUDIO

Denominación:	
Domicilio:	Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EFECTUARA EL ESTUDIO

Apellido y Nombres:	
Número de Matrícula Provincial:	Número de Matrícula Nacional:
Tipo y número de Documento:	
Domicilio:	Teléfono:

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR

--

PLAZO DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

30 días a partir de la fecha del evento.
--

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Federación Patronal Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma del Denunciante

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL QUE EFECTUARA EL ESTUDIO

Por la presente certifico que desde el día ____ / ____ / ____ he realizado a _____

LE LC DNI CI N°

el/los estudio/s que se detalla/n a continuación:

Denominación de el/los estudio/s:

Código/s de referencia (según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatorias):

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha estimada de inicio de la enfermedad que diera origen al estudio:

Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la necesidad de realizarse el estudio:

Otros comentarios que considere de interés:

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y sello del Profesional

Lugar y Fecha de Emisión

*Firma del Responsable del Establecimiento Asistencial
Aclaración de firma*

Intervenciones Quirúrgicas

Alternativa A



Listado de Beneficios Previstos

La totalidad de los códigos que se expresan están referidos al Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales (Decretos N° 2.935 y N° 3.115/77 y sus modificaciones), complementado por el PMO (Plan Médico Obligatorio)

- > SISTEMA NERVIOSO
- > APARATO DE LA VISIÓN
- > OTORRINOLARINGOLÓGICAS
- > SISTEMA ENDÓCRINO
- > TÓRAX
- > MAMAS
- > SISTEMA CARDIOVASCULAR
- > APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN
- > VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS
- > APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO
- > APARATO GENITAL FEMENINO
- > OBSTÉTRICAS
- > SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO
- > PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
- > Prestaciones No Nomencladas



**FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.**

Seguros de Salud



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA NERVIOSO		1
Intervenciones quirúrgicas en el cráneo		01.01
Tratamiento Quirúrgico Encefalomeningocele	BVM 1	01.01.01
Tratamiento Quirúrgico Craneostenosis	BVM 2	01.01.02
Craneoplastías con injerto óseo	BVM 2	01.01.03
Reducción abierta fractura cráneo	BVM 2	01.01.04
Escisión lesión huesos cráneo	BVM 3	01.01.05
Descompresión orbitaria unilateral	BVM 2	01.01.06
Intervenciones quirúrgicas intracraneanas		01.02
Ventriculocisternostomías	BVM 1	01.02.01
Derivación ventriculoaurícula derecha	BVM 2	01.02.02
Revisión válvulas deriv. intrac.	BVM 2	01.02.03
Lobectomía parcial o total	BVM 1	01.02.04
Tractotomía espinotalámica	BVM 1	01.02.05
Tratamiento Quirúrgico Aneurisma Intrac.	BVM 1	01.02.06
Punción colección intercerebral	BVM 3	01.02.07
Craneotomía exploradora	BVM 1	01.02.08
Reparación plástica senos craneales	BVM 1	01.02.09
Escisión neoplasia intracraneana	BVM 1	01.02.10
Drenaje ventricular continuo	BVM 2	01.02.11
Extracción tubos en operac. derivat.	BVM 4	01.02.12
Intervenciones estereotáxicas	BVM 1	01.02.13
Punción ventric. por trepanación	BVM 4	01.02.14
Hipofisectomía	BVM 1	s/código
Cirugía Vertebro-medular		01.03
Reparación de defectos congénitos del complejo vertebromeningomedular	BVM 1	01.03.01
Tratamiento Quirúrgico comp. vertebromeningomedular	BVM 2	01.03.02
Ligadura aneurismas medulares	BVM 1	01.03.03
Cordotomía espinotalámica	BVM 1	01.03.04
Rizotomía, radicotomía posterior	BVM 2	01.03.05
Sección de ligamentos dentados	BVM 2	01.03.06

SISTEMA NERVIOSO



APARATO DE LA VISIÓN

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

MAMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN

VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS

APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

OBSTÉTRICAS

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Prestaciones No Nomencladas


INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA NERVIOSO (CONTINUACIÓN)

Intervenciones sobre los Pares Craneales		01.04
Neurotomía retrogaseriana trigeminal	BVM 1	01.04.01
Neurolisis transoval del trigémino	BVM D	01.04.02
Neurotomía intermed. vestibular	BVM 1	01.04.03
Intervenciones nervios ópticos	BVM 1	01.04.04
Neurotomía supra/infraorbitario	BVM 4	01.04.05
Neurotomía selectiva facial, glosóf.	BVM 3	01.04.06
Injerto/anastomosis facial, etc.	BVM 2	01.04.07
Neurolisis extracraneal	BVM C	01.04.08
Intervenciones sobre los nervios periféricos		01.05
Tratamiento Quirúrgico del plexo cervicobraquial	BVM 2	01.05.01
Tratamiento Quirúrgico del plexo lumbosacro	BVM 2	01.05.02
Neurorrafia, injerto, tubulización, escisión de lesión tumoral del nervio periférico	BVM 3	01.05.03
Transposición del cubital	BVM 4	01.05.04
Descompresión tunel carpiano	BVM 4	01.05.05
Escisión lesión tumoral nervio perif.	BVM 4	01.05.06
Neurolisis quir. nervio perif.	BVM 4	01.05.07
Neurolisis química nervio perif.	BVM D	01.05.08
Intervenciones quirúrgicas en el Sistema Nervioso Vegetativo		01.06
Simpatectomía cervical	BVM 2	01.06.01
Simpatectomía torácica	BVM 2	01.06.02
Simpatectomía lumbar	BVM 3	01.06.03
Resección plexos hipogástricos	BVM 2	01.06.04
Simpatectomía periarterial	BVM 3	01.06.05
Procedimientos Neurorradiológicos		01.07
Tratamiento endovascular de aneurismas craneales con embolizaciones terapéuticas o microcoils	BVM 0	01.07.08
Tratamiento endovascular de malformaciones craneales con embolizaciones terapéuticas o microcoils	BVM 2	01.07.09

SISTEMA NERVIOSO



APARATO DE LA VISIÓN

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

MAMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN

VASOS Y GANGLIOS LINFÁTICOS

APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

OBSTÉTRICAS

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Prestaciones No Nomencladas




INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL APARATO DE LA VISION		2
Intervenciones quirúrgicas en la Orbita, Globo Ocular y Músculos		02.01
Exenteración contenido orbitario	BVM 2	02.01.01
Neurotomía del nervio óptico	BVM 3	02.01.02
Orbitotomía	BVM 3	02.01.03
Reparación plástica órbita	BVM 2	02.01.05
Enucleación o evisceración globo ocular	BVM 3	02.01.06
Aspiración, lavado e implante vitro	BVM 3	02.01.07
Vitrectomía	BVM 3	02.01.08
Tratamiento Quirúrgico corrector del estrabismo	BVM 3	02.09.09
Operación de Humnellshein del recto externo por el recto superior y recto inferior y variantes	BVM 3	02.01.10
Excenteración cont. orbitario y resec. tot. maxilar superior	BVM 2	02.01.11
Intervenciones quirúrgicas en los párpados		02.02
Reconstrucción total del párpado	BVM 3	02.02.01
Blefaroplastia	BVM 4	02.02.02
Blefarorrafia total o parcial	BVM D	02.02.03
Blefarochalasis	BVM D	02.02.04
Intervenciones quirúrgicas en la Conjuntiva		02.03
Conjuntivoplastia	BVM 4	02.03.01
Escisión de lesión conjuntiva	BVM 4	02.03.02
Introducción sust. terap. subconjuntiv.	BVM D	02.03.03
Peritectomía	BVM 3	02.03.04
Sutura de Conjuntiva-Biopsia	BVM D	02.03.05
Intervenciones quirúrgicas en la Córnea		02.04
Queratoplastia laminar	BVM 2	02.04.01
Queratoprótesis total	BVM 2	02.04.02
Sutura de Córnea	BVM 4	02.04.03
Queratocentesis	BVM D	02.04.04
Sutura herida de córnea	BVM 4	02.04.06

 SISTEMA NERVIOSO


 APARATO DE LA VISIÓN


 OTORRINOLARINGOLÓGICAS


 SISTEMA ENDÓCRINO

 TÓRAX


 MAMAS


 SISTEMA CARDIOVASCULAR


 APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN


 VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS


 APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

 APARATO GENITAL FEMENINO

 OBSTÉTRICAS

 SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

 PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

 Prestaciones No Nomencladas



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL APARATO DE LA VISIÓN (CONTINUACIÓN)


Intervenciones quirúrgicas en el Iris y Cuerpo Ciliar		02.05
Tratamiento Quirúrgico del Glaucoma	BVM 2	02.05.01
Iridatomía, coreoplastia, iridectomía	BVM 3	02.05.02
Iridociclectomía o ciclectomía	BVM 2	02.05.03
Intervenciones quirúrgicas en la Esclerótica y en la Retina		02.06
Retinopexia, esclerectomía implante	BVM 2	02.06.03
Retinopexia y esclerectomía	BVM 2	02.06.04
Retinopexia - Diatermia - Crio, etc.	BVM 3	02.06.05
Esclerectomía, extracción cpo. extraño	BVM 3	02.06.06
Intervenciones quirúrgicas en el Cristalino		02.07
Extracción del cristalino	BVM 3	02.07.01
Extracción masas cristalinas	BVM 3	02.07.02
Capsulotomía	BVM 4	02.07.03
Intervenciones quirúrgicas en el tracto lagrimal		02.08
Dacriocistorrinostomía	BVM 3	02.08.01
Escisión de glándula lagrimal	BVM 4	02.08.02
Cateterización del cond. lagrimonasal	BVM D	02.08.04

 SISTEMA NERVIOSO

 APARATO DE LA VISIÓN





 OTORRINOLARINGOLÓGICAS


 SISTEMA ENDÓCRINO

 TÓRAX


 MAMAS


 SISTEMA CARDIOVASCULAR


 APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN


 VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS


 APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

 APARATO GENITAL FEMENINO

 OBSTÉTRICAS

 SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO


 PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO


 Prestaciones No Nomencladas




INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS OTORRINOLARINGOLOGICAS		3
Intervenciones quirúrgicas en el oído externo		03.01
Reconstrucción pabellón auric.-injerto	BVM 3	03.01.01
Otoplastía pabellón auricular	BVM 4	03.01.02
Otoplastía de lóbulo hendido	BVM 5	03.01.03
Escisión completa de pabellón	BVM 4	03.01.04
Cirugía agenesia codto. audt. exter.	BVM 2	03.01.06
Resección de osteoma	BVM 4	03.01.07
Extirpación de coloboma auris	BVM 4	03.01.08
Escisión lesión conducto aud. ext.	BVM D	03.01.09
Intervenciones quirúrgicas en el oído medio		03.02
Miringoplastía	BVM 2	03.02.01
Timpanoplastía	BVM 2	03.02.02
Cirugía plástica por agenesia oído medio	BVM 3	03.02.04
Movilización del estribo	BVM 3	03.02.05
Estapedectomía	BVM 2	03.02.06
Mastoidectomía	BVM 3	03.02.07
Antrotomía mastoidea. Cierre de fístula mastoidea	BVM 4	03.02.08
Punción de antro mastoideo	BVM D	03.02.09
Cirugía de glomus yugularis	BVM 1	03.02.10
Cirugía 2da. y 3ra. porc. nervio facial	BVM 1	03.02.11
Oper. en el oído inter. y conducto aud. interno		03.03
Laberintectomía	BVM 2	03.03.01
Fenestración conducto semicirc. ext.	BVM 2	03.03.02
Cirugía del saco endolinfático	BVM 1	03.03.03
Cirugía conducto aud. interno	BVM 1	03.03.04
Tratamiento Quirúrgico fractura del peñasco	BVM 2	03.03.05
Tratamiento Quirúrgico neurinoma del acústico	BVM 1	03.03.06
Intervenciones quirúrgicas de la nariz		03.04
Tratamiento Quirúrgico de la atresia de coanas	BVM 2	03.04.01
Resección total de nariz	BVM 3	03.04.02
Rinoplastía	BVM 3	03.04.03
Tratamiento Quirúrgico del rinofima	BVM 4	03.04.04
Escisión tumores endonasales	BVM 4	03.04.05

 SISTEMA NERVIOSO

 APARATO DE LA VISIÓN


 OTORRINOLARINGOLÓGICAS


 SISTEMA ENDÓCRINO

 TÓRAX


 MAMAS


 SISTEMA CARDIOVASCULAR


 APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN


 VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS


 APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

 APARATO GENITAL FEMENINO

 OBSTÉTRICAS

 SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

 PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

 Prestaciones No Nomencladas


INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS (CONTINUACIÓN)

Resección lesión endonasal	BVM D	03.04.06
Escisión de pólipo retrocoanal	BVM D	03.04.07
Rinoplastía c/Inj. cutáneo	BVM 3	03.04.08
Septumplastía por implan. cartílago	BVM 4	03.04.09
Septumplastía o Implan. Acril. F. nasales	BVM 4	03.04.10
Resección de tabique nasal	BVM 4	03.04.11
Turbinectomía	BVM D	03.04.12
Sutura/biopsia de nariz	BVM D	03.04.13
Intervenciones quirúrgicas en los senos paranasales		03.05
Reparación quirur. de fístula meníngea	BVM 2	03.05.01
Sinusotomía combinada	BVM 2	03.05.02
Sinusotomía comb. frontal etm./Esfen.	BVM 3	03.05.03
Sinusotomía radical frontal	BVM 3	03.05.04
Sinusotomía frontal externa simple	BVM D	03.05.05
Sinusotomía esfenoidal	BVM 4	03.05.06
Etmoidectomía interna	BVM 4	03.05.08
Cirugía de tumores etmoidales	BVM 3	03.05.09
Sinusotomía maxilar radical unilat.	BVM 3	03.05.10
Sinusotomía maxilar radical bilat.	BVM 2	03.05.11
Sinusotomía maxilar simple unilat.	BVM 5	03.05.12
Sinusotomía maxilar simple bilater.	BVM 5	03.05.13
Cierre fístula oral seno maxilar	BVM 3	03.05.14
Cirugía fosa pterigomaxilar	BVM 2	03.05.16
Intervenciones quirúrgicas en la laringe		03.06
Operación comando de laringe	BVM 1	03.06.01
Laringofaringectomía	BVM 2	03.06.02
Laringectomía total	BVM 2	03.06.03
Laringectomía parcial	BVM 2	03.06.04
Laringoplastía	BVM 2	03.06.05
Laringotomía mediana, inferior	BVM 4	03.06.06
Incisión y drenaje de laringe	BVM 5	03.06.07
Microcirugía de laringe	BVM 4	03.06.08
Intervenciones quirúrgicas dientes, encías maxilar inferior		03.07
Extirpación de germen dentario	BVM 5	03.07.02
Gingivectomía parcial (tumores)	BVM 5	03.07.03
Gingivectomía total ampliada	BVM 4	03.07.04
Operación comando de encía	BVM 2	03.07.05

SISTEMA NERVIOSO

APARATO DE LA VISIÓN

OTORRINOLARINGOLÓGICAS



SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

MAMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

VASOS Y GANGLIOS LINFÁTICOS

 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

OBSTÉTRICAS

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO

 PIEL Y TEJIDO CELULAR
SUBCUTÁNEO

Prestaciones No Nomencladas


INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS OTORRINOLARINGOLOGICAS (CONTINUACIÓN)

Intervenciones quirúrgicas glándulas y conductos salivales		03.08
Parotidectomía total	BVM 2	03.08.01
Operación comando de parótida	BVM 1	03.08.02
Parotidectomía lóbulo superf.	BVM 3	03.08.03
Escisión radical glándula submaxilar	BVM 3	03.08.04
Operación comando glándula submaxilar	BVM 2	03.08.05
Incisión/drenaje glánd. parótida submax.	BVM 5	03.08.06
Extirpación de ránula	BVM 5	03.08.08
Intervenciones quirúrgicas en la boca		03.09
Operación comando piso de boca	BVM 1	03.09.01
Escisión ampliada mucosa yugal	BVM 2	03.09.02
Estomatoplastía con injerto	BVM 3	03.09.03
Cierre fístula externa de boca	BVM 5	03.09.05
Intervenciones quirúrgicas en los labios		03.10
Queiloplastía labio leporino unilateral	BVM 2	03.10.01
Queiloplastía labio leporino bilateral	BVM 3	03.10.02
Queiloplastía con palatoplastía	BVM 2	03.10.03
Resección de labio	BVM 2	03.10.04
Queiloplastía Bernard	BVM 2	03.10.05
Queiloplastía c/vaciam. ganglionar	BVM 2	03.10.06
Escisión local de lesión de labio	BVM C	03.10.07
Intervenciones quirúrgicas en la lengua		03.11
Operación comando de lengua	BVM 1	03.11.01
Glosectomía subtotal	BVM 3	03.11.02
Escisión local lesión lengua	BVM D	03.11.03
Glosoplastía	BVM 3	03.11.04
Glosotomía c/Dren. Absceso	BVM D	03.11.05
Intervenciones quirúrgicas en el paladar y úvula		03.12
Palatoplastía	BVM 3	03.12.01
Resección parcial de paladar	BVM 3	03.12.02
Resección total de paladar	BVM 2	03.12.03
Resección total de paladar c/injerto	BVM 2	03.12.04
Operación comando de paladar	BVM 1	03.12.05

SISTEMA NERVIOSO

APARATO DE LA VISIÓN

OTORRINOLARINGOLÓGICAS



SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

MAMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS

 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

OBSTÉTRICAS

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO

 PIEL Y TEJIDO CELULAR
SUBCUTANEO

Prestaciones No Nomencladas




INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS OTORRINOLARINGOLOGICAS (CONTINUACIÓN)

Intervenciones quirúrgicas en las amígdalas, adenoides y faringe		03.13
Amigdalectomía, adenoidectomía	BVM 5	03.13.01
Escisión/electroc.amígdala lingual	BVM A	03.13.02
Operación comando de faringe	BVM 1	03.13.04
Faringoplastia	BVM 2	03.13.05
Faringectomía parcial (tumores)	BVM 2	03.13.06
Escisión en la faringe	BVM 3	03.13.07
Faringotomía	BVM 5	03.13.08
Cierre de faringostoma	BVM 5	03.13.09
Sutura de faringe	BVM 5	03.13.10
Escisión radical lesión nasofaringe	BVM 3	03.13.12
Biopsia lesión de nasofaringe	BVM D	03.13.13

 SISTEMA NERVIOSO

 APARATO DE LA VISIÓN

 OTORRINOLARINGOLÓGICAS





 SISTEMA ENDÓCRINO

 TÓRAX


 MAMAS


 SISTEMA CARDIOVASCULAR


 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN


 VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS


 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

 APARATO GENITAL FEMENINO

 OBSTÉTRICAS

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO

 PIEL Y TEJIDO CELULAR
SUBCUTANEO

 Prestaciones No Nomencladas



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA ENDOCRINO		4
Intervenciones quirúrgicas glándulas tiroides y paratiroides		04.01
Tiroidectomía Total c/vac. gangl. radical unilat.	BVM 2	04.01.01
Tiroidectomía Total c/vac. gangl. radical bilat.	BVM 1	04.01.02
Tiroidectomía total	BVM 2	04.01.03
Tiroidectomía subtotal, hemitiroidect	BVM 3	04.01.04
Extirpación quiste tirogloso	BVM 5	04.01.05
Punción biopsia de tiroides	BVM D	04.01.06
Paratiroidectomía	BVM 3	04.01.08
Intervenciones quirúrgicas en las glándulas suprarrenales		04.02
Adrenalectomía bilateral	BVM 1	04.02.01
Adrenalectomía unilateral	BVM 2	04.02.02
Intervenciones quirúrgicas en la glándula hipófisis		04.03
Hipofisectomía transeptoefenoidal	BVM 2	04.03.01

-  SISTEMA NERVIOSO
-  APARATO DE LA VISIÓN
-  OTORRINOLARINGOLÓGICAS
-  SISTEMA ENDÓCRINO
-  TÓRAX
-  MAMAS
-  SISTEMA CARDIOVASCULAR
-  APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN
-  VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS
-  APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO
-  APARATO GENITAL FEMENINO
-  OBSTÉTRICAS
-  SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO
-  PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
-  Prestaciones No Nomencladas




INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL TORAX		5
Intervenciones quirúrgicas en pared torácica		05.01
Resec. pleura parietal, costillas, musc.	BVM 2	05.01.01
Toracoplastía total	BVM 2	05.01.02
Toracoplastía	BVM 3	05.01.03
Resec. total del esternón	BVM 2	05.01.04
Intervenciones quirúrgicas tráquea cervical		05.02
Traqueoplastía	BVM 2	05.02.01
Traqueostomía, traqueotomía	BVM 5	05.02.02
Traqueorrafia (acceso cervical)	BVM 3	05.02.03
Intervenciones quirúrgicas en tráquea torácica y bronquios		05.03
Traqueoplastía-acceso torácico, broncoplastía	BVM 2	05.03.01
Broncotomía, broncorrafia	BVM 2	05.03.02
Cavernostomía	BVM 3	05.03.03
Cierre fístula broncocutánea	BVM 2	05.03.04
Intervenciones quirúrgicas en el pulmón, pleura y mediastino		05.04
Lobectomía, bilobectomía o neumonectomía	BVM 1	05.04.01
Escisión local lesión pulmonar	BVM 2	05.04.02
Intervenciones quirúrgicas en el mediastino	BVM 2	05.04.03
Toracotomía amplia exploradora	BVM 2	05.04.06
Drenaje de pleura con trocar	BVM A	05.04.07
Punción de cav. pleural p/lavaje	BVM A	05.04.08
Punción biopsia de pleura	BVM A	05.04.09
Biopsia de grasa preescalénica	BVM A	05.04.10
Decorticación pulmonar	BVM 5	05.04.12
Segmentectomía	BVM 2	05.04.13
Drenaje pleural por toracotomía med.	BVM 5	05.04.14
Resección enfisema buloso bilat.	BVM 1	05.04.15

-  SISTEMA NERVIOSO
-  APARATO DE LA VISIÓN
-  OTORRINOLARINGOLÓGICAS
-  SISTEMA ENDÓCRINO
-  TÓRAX
-  MAMAS
-  SISTEMA CARDIOVASCULAR
-  APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN
-  VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS
-  APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO
-  APARATO GENITAL FEMENINO
-  OBSTÉTRICAS
-  SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO
-  PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
-  Prestaciones No Nomencladas



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LA MAMA		6
Mastectomía radical	BVM 3	06.01.01
Mastectomía subradical	BVM 4	06.01.02
Mastectomía simple	BVM 4	06.01.03
Mastectomía subcutánea. Adenomastectomía	BVM 4	06.01.04
Escisión de cuadrante mamario	BVM 5	06.01.09
Reconstruc. mamaria c/moviliz. coleg	BVM 2	06.01.12

-  SISTEMA NERVIOSO
-  APARATO DE LA VISIÓN
-  OTORRINOLARINGOLÓGICAS
-  SISTEMA ENDÓCRINO
-  TÓRAX
-  MAMAS
-  SISTEMA CARDIOVASCULAR
-  APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN
-  VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS
-  APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO
-  APARATO GENITAL FEMENINO
-  OBSTÉTRICAS
-  SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO
-  PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
-  Prestaciones No Nomencladas



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR		07 y 17
Intervenciones quirúrgicas en el corazón y pericardio		07.01
Septostomía interauricular. Cardiot. Valvulotomía. Pericardiectomía	BVM 1	07.01.01
Septostomía con balón	BVM 2	07.01.02
Colocación marcapaso def. endocavitario	BVM 3	07.01.03
Colocación marcapaso def. epicárdico	BVM 3	07.01.04
Cambio generador de marcapaso def.	BVM 3	07.01.05
Cardiorrafía	BVM 2	07.01.08
Pericardiotomía, explor., drenaje, etc.	BVM 2	07.01.09
Biopsia de pericardio	BVM 3	07.01.10
Cirugía Cardiovascular con circulación extracorpórea		07.02
Cardiopatía congénita	BVM 0	07.02.01
Tratamiento Quirúrgico cardiopatías con hipotermia	BVM 0	07.02.02
Reemplazo válvula cardíaca	BVM 0	07.02.03
Doble reemplazo valvular	BVM 0	07.02.04
Reemplazo valvular y plástica de otra	BVM 0	07.02.05
Cierre de defectos septales	BVM 0	07.02.06
Tratamiento Quirúrgico de aneurismas de aorta	BVM 0	07.02.07
Aneurismas de aorta (asc. o desc.)	BVM 0	07.02.08
Cirugía de revascularización miocárdica	BVM 0	s/código
Resección de aneurisma ventricular	BVM 0	07.02.11
Resección de aneurisma con cirugía de revascularización	BVM 0	07.02.12
Intervenciones quirúrgicas arterias y venas de cavidad torácica		07.03
Cirug. de grandes troncos arteriovenosos de la cavidad torácica	BVM 1	07.03.01
Tratamiento quirúrgico de aneurisma de aorta-toraco abdominal	BVM 1	07.03.02
Intervenciones quirúrgicas Arterias y Venas Abdomino-Pelvianas		07.04
Tratamiento Quirúrgico del aneurisma de la aorta abdominal	BVM 1	07.04.01
Cirugía de las ramas viscerales de la aorta abdomin. y troncos ilíacos (anastomosis)	BVM 1	07.04.02
Derivación aorto o iliáco femoral unilateral	BVM 2	07.04.03
Derivación aorto bifemoral	BVM 1	07.04.04
Derivación aorto iliáco uni-bilateral	BVM 1	07.04.05

SISTEMA NERVIOSO

APARATO DE LA VISIÓN

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

MAMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR


 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS

 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

OBSTÉTRICAS

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO

 PIEL Y TEJIDO CELULAR
SUBCUTANEO

Prestaciones No Nomencladas


INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)

Otras derivaciones en cavidad abdominal	BVM 2	07.04.06
Anastomosis porto-cava	BVM 1	07.04.07
Cirugía de la vena cava: ligadura	BVM 3	07.04.08
Colocación de filtro (en vena cava por vía endovenosa)	BVM 3	07.04.09
Intervenciones quirúrgicas en arterias y venas del cuello		07.05
Cirugía de la arteria carótida o de la vertebral	BVM 2	07.05.01
Sutura o ligadura de vasos profundos del cuello	BVM 4	07.05.02
Glomectomía tumor de glomus	BVM 2	07.05.03
Intervenciones quirúrgicas de Arterias y Venas de los miembros Superiores e Inferiores		07.06
Embolectomía de arterias periféricas	BVM 4	07.06.01
Tromboendarteriectomía de vasos periféricos con o sin arterioplastia	BVM 3	07.06.02
By Pass periféricos venosos c/onjerto sintético	BVM 3	07.06.03
By Pass de vasos periféricos	BVM 3	07.06.04
Tratamiento Aneurisma ó fístulas arteriovenosas	BVM 3	07.06.05
Operación de Linton, Gockett	BVM 4	07.06.14
Flebectomía segmentaria	BVM 4	07.06.16
Angioplastias		07.08
Angioplastia Transluminal Coronaria	BVM 1	07.08.01
Angioplastia Coronaria con Colocación de Stent	BVM 1	07.08.02
Angioplastia Transluminal Coronaria con Rotablator / Simpson	BVM 1	07.08.03
Angioplastia Periférica	BVM 1	07.08.05
Angioplastia Periférica con Colocación de Stent	BVM 1	07.08.06
Otros de Cardiología		17.02
Ablación por radiofrecuencia de arritmias cardíacas	BVM 1	17.02.03

SISTEMA NERVIOSO

APARATO DE LA VISIÓN

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

MAMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR



APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN

VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS

APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

OBSTÉTRICAS

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO


PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Prestaciones No Nomencladas




INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN		8
Intervenciones quirúrgicas en el esófago		08.01
Esofagoectomía total y reconstrucción	BVM 1	08.01.01
Esofagoectomía segmentaria	BVM 2	08.01.02
Esofagoectomía total-único trat.	BVM 2	08.01.03
Reemplazo de esófago	BVM 1	08.01.04
Esofagoplastia	BVM 2	08.01.05
Esofagogastranastomosis	BVM 2	08.01.06
Tratamiento atresia esofágica	BVM 1	08.01.07
Esofagotomía exploradora	BVM 2	08.01.08
Escisión de divertículo esofágico intr.	BVM 3	08.01.09
Esofagotomía o esofagorrafía	BVM 2	08.01.10
Escisión de divertículo de esof. cervic.	BVM 3	08.01.11
Intubación esófago-gastrotomía	BVM 3	08.01.12
Colocación de prótesis esofágicas	BVM 3	08.01.13
Intervenciones quirúrgicas para hemostasia directa	BVM 2	08.01.14
Intervenciones quirúrgicas en la pared del abdomen peritoneo		08.02
Hernioplastia diafragmática	BVM 3	08.02.02
Hernioplastia inguinal, crural	BVM 4	08.02.03
Tratamiento Quirúrgico onfalocele	BVM 4	08.02.04
Hemioplastia bilateral	BVM 3	08.02.05
Eventración hernia recidivada	BVM 3	08.02.06
Cierre pared abdominal: evisc.	BVM 4	08.02.07
Laparatomía exploradora	BVM 4	08.02.08
Enterolisis	BVM 3	08.02.09
Laparoscopia con luz fría	BVM 5	08.02.10
Laparoscopia convencional	BVM 5	08.02.11
Escisión tumor retroperitoneal	BVM 2	08.02.13
Drenaje de absceso subfrénico	BVM 3	08.02.14
Intervenciones quirúrgicas en el estómago		08.03
Gastrectomía total	BVM 1	08.03.01
Gastrectomía subtotal	BVM 2	08.03.02
Gastrotomía (exploración)	BVM 3	08.03.03
Gastrotomía	BVM 4	08.03.04
Gastrorrafía	BVM 3	08.03.05

 SISTEMA NERVIOSO

 APARATO DE LA VISIÓN


 OTORRINOLARINGOLÓGICAS


 SISTEMA ENDÓCRINO

 TÓRAX


 MAMAS


 SISTEMA CARDIOVASCULAR


 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN


 VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS


 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

 APARATO GENITAL FEMENINO

 OBSTÉTRICAS

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO

 PIEL Y TEJIDO CELULAR
SUBCUTANEO

 Prestaciones No Nomencladas


INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN (CONTINUACIÓN)

Gastroduodeno/yeyunostomía	BVM 2	08.03.06
Vagotomía con piloroplastía	BVM 2	08.03.07
Piloromiotomía-piloro-plastía	BVM 2	08.03.08
Cierre gastroenteroanastomosis	BVM 2	08.03.09
Cierre de fístula gastrocólica	BVM 2	08.03.10
Cierre gastrost. o fist. exte. estom.	BVM 2	08.03.11
Intervenciones quirúrgicas intestino delgado		08.04
Enterectomía de yeyuno o ileon	BVM 2	08.04.01
Enterotomía, enterostomía	BVM 3	08.04.03
Derivaciones Intestinales internas	BVM 3	08.04.04
Operación plástica ileostomía	BVM 3	08.04.05
Plicatura de intestino delgado	BVM 3	08.04.06
Cirug. de cierre de fist. enterocutánea	BVM 2	08.04.07
Devolución o desinvaginación intes.	BVM 2	08.04.08
Intervenciones quirúrgicas en el colon y recto		08.05
Colectomía total c/restitución tránsito	BVM 1	08.05.01
Colectomía total con ileostomía	BVM 1	08.05.02
Hemicolectomía	BVM 2	08.05.03
Colectomía segmentaria	BVM 2	08.05.04
Resección anterior de colon	BVM 2	08.05.05
Intervenciones quirúrgicas radicales p/megacolon	BVM 1	08.05.06
Intervenciones quirúrgicas radicales p/megacolon (2)	BVM 1	08.05.07
Colon proctectomía total	BVM 1	08.05.08
Proctosigmoidectomía	BVM 1	08.05.09
Proctosigmoidectomía abdomino perineal	BVM 2	08.05.10
Proctectomía	BVM 2	08.05.11
Proctectomía con prostatectomía o colpectomía	BVM 2	08.05.12
Rectotomía, sigmoidectomía vía abdom.	BVM 3	08.05.13
Proctotomía con descompresión	BVM 3	08.05.14
Descenso transanal	BVM 2	08.05.15
Oper. Plást. malf. cong. ano-rectal	BVM 1	08.05.16
Proctorrafía	BVM 3	08.05.18
Tratamiento del prolapso de recto	BVM 2	08.05.19
Cirug. de cierre o confección de físt. Rectovesical, rectouretral o rectovag.	BVM 2	08.05.20

SISTEMA NERVIOSO

APARATO DE LA VISIÓN

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

MAMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN



VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS

APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

OBSTÉTRICAS

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Prestaciones No Nomencladas


INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN (CONTINUACIÓN)

Colostomía tempor./defin. cierre colost.	BVM 3	08.05.21
Operac. plástica en colostomía	BVM 5	08.05.22
Drenaje perianal perirrectal	BVM 4	08.05.23
Apendicectomía	BVM 4	08.05.24
Extracción instrumental fecalomas	BVM B	08.05.25
Intervenciones quirúrgicas en el ano		08.06
Anoplastía (estenosis)	BVM 3	08.06.01
Anoplastía estenosis c/desliz. colg.	BVM 2	08.06.02
Esfinteroplastía tipo Pickrel o similar	BVM 2	08.06.03
Esfinteroplastía tipo plicatura o simil esfinterorrafia	BVM 4	08.06.04
Cerclaje de ano	BVM 5	08.06.05
Hemorroidectomía	BVM 5	08.06.06
Tromb./infortectomía hemorroidaria	BVM D	08.06.07
Tratamiento quirúrgico del prolapso mucoso. Operación de Witeh.	BVM 3	08.06.08
Trat. Hemorroides c/ligadura	BVM D	08.06.09
Tratamiento Quirúrgico físt. del canal anal	BVM 4	08.06.11
Tratamiento Quirúrgico fisura anal, Cript./papilect.	BVM 5	08.06.12
Esfinterotomía/esfinterectomía	BVM 5	08.06.13
Drenaje perianal	BVM A	08.06.16
Tratat. radical absceso perianal	BVM A	08.06.17
Intervenciones quirúrgicas en el hígado y vías biliares		08.07
Lobectomía hepática	BVM 1	08.07.01
Segmentectomía	BVM 1	08.07.02
Hepatectomía parcial	BVM 2	08.07.03
Hepatostomía	BVM 2	08.07.04
Sutura de hígado (traum. desgarro, herida o similar)	BVM 3	08.07.05
Biopsia hígado p/laparatomía	BVM 3	08.07.06
Colecistectomía o colecistostomía	BVM 3	08.07.08
Colecistectomía c/sin coledoctomía	BVM 3	08.07.09
Sección de ampolla de Vater transduodena	BVM 2	08.07.10
Coledocotomía como única intervención	BVM 3	08.07.11
Anastomosis biliodigestivas simples	BVM 3	08.07.12
Anastomosis biliodigestivas complejas	BVM 2	08.07.13
Reoperación sobre la vía biliar	BVM 2	08.07.14
Extrac. instrum. cálculos coledocianos	BVM 5	08.07.15

SISTEMA NERVIOSO

APARATO DE LA VISIÓN

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

MAMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN


VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS

 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

OBSTÉTRICAS





 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO

 PIEL Y TEJIDO CELULAR
SUBCUTANEO

Prestaciones No Nomencladas


INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN (CONTINUACIÓN)

Colocación de Stent en vía biliar por vía abdominal, videoendoscópica, combinada o translaparoscópica	BVM 3	08.07.19
Papilomía y esfinterotomía endoscópica con extracción de litos y/o biopsia	BVM 3	08.07.23
Intervenciones quirúrgicas en el páncreas		08.08
Duodenopancreatectomía	BVM 1	08.08.01
Anastomosis pancreaticodigestivas	BVM 2	08.08.02
Escisión local lesión de páncreas	BVM 2	08.08.03
Pancreatectomía corporocaudal espleno pan createctomía corporocaudal	BVM 2	08.08.04
Sutura de páncreas	BVM 2	08.08.05
Intervenciones quirúrgicas en el bazo		08.09
Esplenectomía total o segmentaria, esplenorrafia	BVM 2	08.09.01

-  SISTEMA NERVIOSO
-  APARATO DE LA VISIÓN
-  OTORRINOLARINGOLÓGICAS
-  SISTEMA ENDÓCRINO
-  TÓRAX
-  MAMAS
-  SISTEMA CARDIOVASCULAR
-  APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN
- 
-  VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS
-  APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO
-  APARATO GENITAL FEMENINO
-  OBSTÉTRICAS
-  SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO
-  PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
-  Prestaciones No Nomencladas




INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LOS VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS		9
Linfadenectomía cervical axilar o inguinal radical uni o bilat. única intervenc.	BVM 2	09.01.01
Linfadenectomía bilateral	BVM 2	09.01.02
Escisión de lesión de conductos linfáticos, Linfagioma, higroma	BVM 2	09.01.03
Drenaje seno linfático-derivación	BVM 3	09.01.04
Linfadenotomía	BVM 5	09.01.06

-  SISTEMA NERVIOSO
-  APARATO DE LA VISIÓN
-  OTORRINOLARINGOLÓGICAS
-  SISTEMA ENDÓCRINO
-  TÓRAX
-  MAMAS
-  SISTEMA CARDIOVASCULAR
-  APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN
-  VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS
-  APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO
-  APARATO GENITAL FEMENINO
-  OBSTÉTRICAS
-  SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO
-  PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
-  Prestaciones No Nomencladas




INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO		10
Intervenciones quirúrgicas en el riñón y uréter		10.01
Nefrectomía total	BVM 2	10.01.01
Nefrectomía parcial	BVM 2	10.01.02
Nefroureterectomía total c/cistect. parc.	BVM 1	10.01.03
Nefrotomía, nefrostomía nefropexia	BVM 3	10.01.04
Cirugía vasculorrenal	BVM 2	10.01.05
Lumbotomías	BVM 3	10.01.07
Tratamiento Quirúrgico fístula lumb.-riñón func.	BVM 2	10.01.08
Pieloplastía del uréter	BVM 2	10.01.10
Derivaciones ureterales A	BVM 2	10.01.11
Derivaciones ureterales B	BVM 1	10.01.12
Pielotomía, pielolitotomía	BVM 3	10.01.14
Tratamiento Quirúrgico de la litiasis ureteral	BVM 3	10.01.15
Tratamiento Quirúrgico fístula ureterointestinal	BVM 2	10.01.16
Tratamiento Quirúrgico ureterocele	BVM 3	10.01.17
Litotricia extracorporea renal	BVM 2	10.01.25
Litotricia extracorporea ureteral	BVM 2	10.01.26
Intervenciones quirúrgicas en la vejiga		10.02
Cistectomía total	BVM 1	10.02.01
Cistectomía total c/deriv. ureteral	BVM 2	10.02.02
Cistectomía parcial	BVM 2	10.02.03
Cistoplastía colon o iliocistoplastía agran. vesical-ectrofia vesical	BVM 1	10.02.04
Citosplastía p/la extrofia vesical	BVM 2	10.02.05
Tratamiento Quirúrgico fístula vesicointestinal vesicovaginal o uterina	BVM 2	10.02.06
Tratamiento Quirúrgico fístula vesicocutánea	BVM 3	10.02.07
Cistotomía a cielo abierto, sutura vec.	BVM 3	10.02.08
Resección endoscópica cuello vesical	BVM 3	10.02.10
Tratamiento incont. orina via vaginal	BVM 4	10.02.11
Tratamiento incont. orina via abdominal en la mujer. Operación de Marshall-Marchetti	BVM 3	10.02.12
Tratamiento de la incont. orina ambas vías	BVM 3	10.02.13

 SISTEMA NERVIOSO


 APARATO DE LA VISIÓN


 OTORRINOLARINGOLÓGICAS


 SISTEMA ENDÓCRINO

 TÓRAX

 MAMAS


 SISTEMA CARDIOVASCULAR


 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN


 VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS


 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

 APARATO GENITAL FEMENINO

 OBSTÉTRICAS

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO

 PIEL Y TEJIDO CELULAR
SUBCUTANEO

 Prestaciones No Nomencladas


INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO (CONTINUACIÓN)

Intervenciones quirúrgicas en la uretra		10.03
Epispadias o hipospadias p/tiempo operat.	BVM 3	10.03.01
Uretroplastía	BVM 3	10.03.02
Uretrotomía externa o interna	BVM 4	10.03.03
Uretrorrafia: desgarro, herida	BVM 3	10.03.04
Meatotomía	BVM D	10.03.05
Electrocoagulación endoscópica de tumores uretrales	BVM 4	10.03.06
Intervenciones quirúrgicas en la próstata y vesículas seminales		10.04
Prostatectomía radical	BVM 3	10.04.01
Adenomectomía de próstata	BVM 3	10.04.02
Resección fibrosis y cicatrices cuello vejiga, post-adenomectomía hipertrofia de cuello. Esclerosis	BVM 4	10.04.03
Resección endoscópica trasuretral próstata	BVM 4	10.04.04
Vesiculectomía	BVM 4	10.04.05
Prostatomía. Drenaje.	BVM 5	10.04.06
Intervenciones quirúrgicas testículo, vaginal, cordón espermático		10.05
Orquidectomía unilateral completa	BVM 2	10.05.01
Orquidectomía subalbugin. bilateral	BVM 4	10.05.02
Orquidectomía unilateral	BVM 4	10.05.03
Orquidopexia unilateral	BVM 3	10.05.04
Orquidopexia bilateral	BVM 3	10.05.05
Tratamiento Quirúrgico hidrocele, varicocele, etc.	BVM 4	10.05.06
Biopsia de testículo	BVM 5	10.05.07
Escrotoplastía	BVM 4	10.05.08
Intervenciones quirúrgicas epidídimo y en el conducto deferente		10.06
Epididimectomía bilateral	BVM 4	10.06.01
Epididimectomía unilateral	BVM 4	10.06.02
Epididimovasostomía	BVM 3	10.06.03
Epididimotomía y drenaje	BVM D	10.06.04
Anastomosis conducto deferente	BVM 3	10.06.05
Biopsia de epidídimo	BVM 5	10.06.06
Vasectomía, ligadura conducto deferente	BVM 5	10.06.07

SISTEMA NERVIOSO

APARATO DE LA VISIÓN

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

MAMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN

VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS

APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO



APARATO GENITAL FEMENINO

OBSTÉTRICAS

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Prestaciones No Nomencladas



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO (CONTINUACIÓN)

Intervenciones quirúrgicas en el pene		10.07
Amputación pene con vaciam. ganglionar	BVM 2	10.07.01
Amputación compl./parcial pene	BVM 3	10.07.02
Operación plástica del pene	BVM 4	10.07.03
Cavernostomía, punción cuerpos caver.	BVM D	10.07.06
Resección esclerosis cuerpos cavernosos	BVM 5	10.07.07
Shunt caverno-esponjoso/safeno	BVM 3	10.07.08

> SISTEMA NERVIOSO

> APARATO DE LA VISIÓN

> OTORRINOLARINGOLÓGICAS

> SISTEMA ENDÓCRINO

> TÓRAX

> MAMAS

> SISTEMA CARDIOVASCULAR

> APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN

> VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS

> APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO



> APARATO GENITAL FEMENINO

> OBSTÉTRICAS







> SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

> PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

> Prestaciones No Nomencladas



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS APARATO GENITAL FEMENINO		11.01/02/03
Op. en ovario y trompas de falopio		11.01
Anexectomía total o parcial	BVM 3	11.01.01
Intervenciones quirúrgicas en el Utero		11.02
Cirugía comando de útero y anexos	BVM 1	11.02.01
Exenteración pelviana	BVM 1	11.02.02
Histerectomía c/s anexectomía y abdom. o vaginal	BVM 3	11.02.03
Miomectomía uterina abdominal	BVM 3	11.02.04
Miomectomía vaginal	BVM 3	11.02.05
Miomectomía vaginal -miomanacens-	BVM 4	11.02.06
Histerorrafia histeropexias	BVM 3	11.02.07
Operación correc. vicios conform. útero	BVM 3	11.02.08
Corrección quir. de inversión uterina vía abdom.	BVM 3	11.02.09
Raspado uterino terapéutico	BVM 5	11.02.10
Raspado uterino diagnóstico	BVM 5	11.02.11
Conización de cuello como única práctica	BVM 4	11.02.13
Traquelorrafia. Cerclaje cuello	BVM 5	11.02.14
Escisión local lesión de cuello	BVM D	11.02.15
Intervenciones quirúrgicas en la vagina, vulva y periné		11.03
Tratamiento Quirúrgico Agenesia vaginal: visceroplast.	BVM 2	11.03.01
Tratamiento Quirúrgico Agenesia vaginal: no visceroplast.	BVM 2	11.03.02
Colporrafia ant. y/o post. con o sin amputación de cuello. Incl. tratamiento de la incontinencia de orina.	BVM 3	11.03.03
Colporrafia-herida, desgarro, etc.	BVM 4	11.03.04
Colporrafia post. c/reconoc. esfinter anal	BVM 3	11.03.05
Colpopexia por vía abdominal	BVM 3	11.03.06
Colpopexia combinada	BVM 3	11.03.07
Colpocleisis completa/parcial	BVM 3	11.03.08
Colpotomía, vaginotomía drenaje	BVM 5	11.03.09
Vaginismo (operación de Pozzi)	BVM 5	11.03.10
Vulvectomía radical	BVM 2	11.03.12
Vulvectomía simple	BVM 3	11.03.13
Himenotomía, incisión/drenaje vulva	BVM D	11.03.15
Episiorrafia, perineorrafia	BVM D	11.03.16
Perineoplastía, episioepineoplastía	BVM 4	11.03.17

-  SISTEMA NERVIOSO
-  APARATO DE LA VISIÓN
-  OTORRINOLARINGOLÓGICAS
-  SISTEMA ENDÓCRINO
-  TÓRAX
-  MAMAS
-  SISTEMA CARDIOVASCULAR
-  APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN
-  VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS
-  APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO
-  APARATO GENITAL FEMENINO
-  OBSTÉTRICAS
-  SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO
-  PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
-  Prestaciones No Nomencladas




INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS OBSTETRICAS		11.04
Parto	BVM 3	11.04.01
Evacuación uterina 2° Trimestre de embarazo	BVM 4	11.04.02
Operación cesárea clásica	BVM 3	11.04.03

- > SISTEMA NERVIOSO
- > APARATO DE LA VISIÓN
- > OTORRINOLARINGOLÓGICAS
- > SISTEMA ENDÓCRINO
- > TÓRAX
- > MAMAS
- > SISTEMA CARDIOVASCULAR
- > APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN
- > VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS
- > APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO
- > APARATO GENITAL FEMENINO
- > OBSTÉTRICAS
- > SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO
- > PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
- > Prestaciones No Nomencladas




INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO		12
Fracturas sin desplazamiento (incluidas en código 12.19)		12.01
Fracturas con desplazamiento-osteoplastía		12.02
Osteoplastía de columna	BVM 4	12.02.01
Osteoplastía húmero, tarso, etc.	BVM 5	12.02.02
Osteoplastía fémur, calcáneo, etc.	BVM 4	12.02.03
Osteoplastía clavícula, etc.	BVM D	12.02.04
Trat. Quir. fracturas. Reducción. Osteosíntesis		12.03
Osteosíntesis de columna	BVM 2	12.03.01
Osteosíntesis húmero, fémur, etc.	BVM 3	12.03.02
Osteosíntesis cúbito, tarso, etc.	BVM 4	12.03.03
Osteosíntesis esternón, clavícula, etc.	BVM 4	12.03.04
Osteosíntesis metacarpiano, etc.	BVM 5	12.03.05
Incisiones, resecciones parciales en huesos		12.04
Incis./Resec. vértebras, sacro, etc.	BVM 2	12.04.01
Incis./Resec. coxal, fémur, húmero	BVM 3	12.04.02
Incis./Resec. cúbito, tibia, etc.	BVM 3	12.04.03
Incis./Resec. clavícula, rótula, etc.	BVM 4	12.04.04
Resecciones totales de huesos		12.05
Resec. total húmero, isquion, etc.	BVM 2	12.05.01
Resec. total fémur, húmero, etc.	BVM 2	12.05.02
Resec. total cúbito, tarso, etc.	BVM 2	12.05.03
Resec. total clavícula, rótula, etc.	BVM 3	12.05.04
Osteotomías correctivas		12.06
Osteotomías fémur, tibia, etc.	BVM 2	12.06.01
Osteotomías húmero, tarso, etc.	BVM 3	12.06.02
Osteotomías metacarpiano, etc.	BVM 3	12.06.03
Reparación Huesos-osteoplastía, etc.		12.07
Reparación de clavícula	BVM 4	12.07.01
Reparación de húmero	BVM 3	12.07.02
Reparación de cúbito, carpo, etc.	BVM 3	12.07.03

 SISTEMA NERVIOSO


 APARATO DE LA VISIÓN


 OTORRINOLARINGOLÓGICAS


 SISTEMA ENDÓCRINO

 TÓRAX

 MAMAS


 SISTEMA CARDIOVASCULAR


 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN


 VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS


 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

 APARATO GENITAL FEMENINO

 OBSTÉTRICAS

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO

 PIEL Y TEJIDO CELULAR
SUBCUTANEO

 Prestaciones No Nomencladas


INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO (CONTINUACIÓN)

Reparación de metacarpiano	BVM 3	12.07.04
Reparación una o más falanges de un mismo dedo	BVM 4	12.07.05
Reparación fémur, tibia, peroné	BVM 2	12.07.06
Reparación de astragalo, etc.	BVM 3	12.07.07
Reparación metatarsiano, etc.	BVM 3	12.07.08
Artrotomías-exploración, etc.		12.09
Artrotomía, tobillo, etc.	BVM 4	12.09.01
Artrotomía hombro, cadera, etc.	BVM 4	12.09.02
Artrotomía metacarpo-falángica., etc.	BVM 5	12.09.03
Artroplastía		12.10
Artroplastía de cadera	BVM 2	12.10.01
Artroplastía de rodilla	BVM 2	12.10.02
Artroplastía muñeca, pie, etc.	BVM 2	12.10.03
Artroplastía carpo, tarso, etc.	BVM 2	12.10.04
Artroplastía acromio-clavícula, etc.	BVM 3	12.10.05
Reemplazo de artrop. no sementada	BVM 2	12.10.06
Reemplazo de artrop. sementada	BVM 1	12.10.07
Revisión de artroplastía	BVM 2	12.10.08
Extracción de artrop. sin reemplazo	BVM 2	12.10.09
Artrodesis artrorrhis		12.11
Artrodesis columna (-3 vértebra)	BVM 2	12.11.01
Artrodesis columna (+3 vértebra), etc.	BVM 2	12.11.02
Artrodesis de hombro, codo	BVM 2	12.11.03
Artrodesis muñeca, tarso, etc.	BVM 3	12.11.04
Doble artrodesis (Chopart-Sebastragalina)	BVM 2	12.11.05
Triple artrodesis (TT-Chopart-Subastragalina)	BVM 2	12.11.06
Artrodesis metacarpo-falang., etc.	BVM 4	12.11.07
Suturas articulaciones-Escisión de bolsas serosas		12.12
Sutura artic. muñeca, tarso, etc.	BVM 4	12.12.01
Sutura artic. cadera, rodilla, etc.	BVM 3	12.12.02
Sutura artic. metac.-falángica, etc.	BVM 4	12.12.03
Luxaciones		12.13
Trat. incruento luxac. de columna	BVM C	12.13.01
Trat. incruento luxac. de cadera, rodilla	BVM C	12.13.02
Trat. incruento luxac clavícula, tobillo	BVM D	12.13.03

SISTEMA NERVIOSO

APARATO DE LA VISIÓN

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

MAMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN

VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS

APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

OBSTÉTRICAS

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO



PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Prestaciones No Nomencladas


INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO (CONTINUACIÓN)

Trat. incruento luxac. metac.-falángica, etc.	BVM D	12.13.04
Tratamiento Quirúrgico luxac. de columna	BVM 2	12.13.05
Tratamiento Quirúrgico luxac. cadera, rodilla	BVM 2	12.13.06
Tratamiento Quirúrgico luxac. clavíc., tobillo, etc.	BVM 3	12.13.07
Tratamiento Quirúrgico luxac. metac.-falángica, etc.	BVM 4	12.13.08
Intervenciones quirúrgicas en los músculos		12.14
Miectomías con vaciamiento celda	BVM 3	12.14.01
Incisión / escis. / Biops. / sut. músculos	BVM 4	12.14.02
Intervenciones quirúrgicas en los tendones, vainas tendinosas y fascias		12.15
Explorac./drenaje/escis./biopsia, tendón	BVM D	12.15.01
Tenorrafia flexor. muñeca, mano	BVM 4	12.15.02
Tenoplastía flexor muñeca, mano	BVM 3	12.15.03
Tenorrafia extens. muñeca, mano	BVM 4	12.15.04
Tenoplastía extens. muñeca, mano	BVM 3	12.15.05
Tenorrafia de otro tendón	BVM 4	12.15.06
Tenoplastía de otro tendón	BVM 3	12.15.07
Tratamiento Quirúrgicotendón secuela parálisis	BVM 2	12.15.08
Escisión ganglión	BVM D	12.15.09
Amputaciones/desarticulaciones		12.16
Amputación interescapulotorácica	BVM 2	12.16.01
Amputación de hombro	BVM 2	12.16.02
Amputación de brazo, muñeca, etc.	BVM 3	12.16.03
Amputación interileoabdominal	BVM 1	12.16.04
Amputación de cadera	BVM 2	12.16.05
Amputación de muslo o rodilla	BVM 2	12.16.06
Amputación de pie o pierna	BVM 3	12.16.07
Amputación de dedo de la mano	BVM 5	12.16.08
Amputación de dedo del pie	BVM 5	12.16.09
Tratamientos Quirúrgicos procedimientos combinados - Miscelaneas		12.17
Dissectomía cervical, dorsal, lumbar	BVM 2	12.17.01
Dissectomía con artrodesis	BVM 1	12.17.02
Trat. Quir. elevación congénita escápula	BVM 2	12.17.03
Teno/fasciotomías trat. tortícolis	BVM 4	12.17.04
Intervenciones quirúrgicas hueco supraclavicular síndrome escaleno	BVM 3	12.17.05
Tratamiento Quirúrgico luxación inveterada hombro	BVM 3	12.17.06
Tratamiento Quirúrgico Dupuytren aponeurotomía	BVM 3	12.17.07

SISTEMA NERVIOSO

APARATO DE LA VISIÓN

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

MAMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN

VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS

APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

OBSTÉTRICAS

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO



PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Prestaciones No Nomencladas


INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO (CONTINUACIÓN)

Tratamiento Quirúrgico Dupuytren aponeurectomía (parc./tot.)	BVM 3	12.17.08
Tratamiento Quirúrgico Dupuytren aponec.-inj.	BVM 2	12.17.09
Tratamiento Quirúrgico sindactilia un espac. sin/inj.	BVM 4	12.17.10
Tratamiento Quirúrgico sindactilia un espac. c/inj.	BVM 4	12.17.11
Reconstrucción total pulgar	BVM 2	12.17.12
Reconstrucción parcial pulgar	BVM 2	12.17.13
Reduc. incru. luxación cong. cadera	BVM D	12.17.14
Reduc. cruen. luxación cong. cadera	BVM 2	12.17.15
Tratamiento Quirúrgico displasia cadera s/luxac.	BVM 2	12.17.16
Tratamiento Quirúrgico de epifisiolisis de cadera	BVM 2	12.17.17
Tratamiento Quirúrgico luxación traumática cadera	BVM 2	12.17.18
Cuadricepsplastía	BVM 2	12.17.19
Tratamiento Quirúrgico luxación recidivante rótula	BVM 4	12.17.20
Tratamiento Quirúrgico pié zambo, varo equino sup.	BVM 3	12.17.21
Tratamiento Quirúrgico del pié equino	BVM 4	12.17.22
Tratamiento Quirúrgico del pié plano o pié cavo	BVM 4	12.17.23
Seudoexostosis de Haglund	BVM 4	12.17.24
Tratamiento Quirúrgico del pié hendido	BVM 3	12.17.25
Tratamiento Quirúrgico compl. Hallus Valgus simple	BVM 3	12.17.26
Tratamiento Quirúrgico dedo en garra, martillo, etc.	BVM 4	12.17.27
Exéresis del neuroma de Morton	BVM 5	12.17.28
Hallus Valgus unilat. completo	BVM 3	12.17.30
Yesos, vendajes, tracciones continuas		12.19
Fronda articulada maxilares	BVM D	12.19.01
Minerva de yeso	BVM C	12.19.03
Collar de Shanz enyesado	BVM D	12.19.04
Corset	BVM D	12.19.06
Corselete	BVM D	12.19.07
Corset de Risser o similares	BVM B	12.19.08
Lecho de Lorenz hasta cadera	BVM B	12.19.09
Lecho de Lorenz hasta pié	BVM B	12.19.10
Velpeau de yeso	BVM D	12.19.14
Yeso tóraco-braquial	BVM C	12.19.16
Yeso Braquipalmar	BVM D	12.19.17
Yeso colgante	BVM D	12.19.18
Yeso antebraquipalmar	BVM D	12.19.19
Mano de yeso	BVM D	12.19.20
Valva larga miembro superior	BVM D	12.19.21

SISTEMA NERVIOSO

APARATO DE LA VISIÓN

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

MAMAS

SISTEMA CARDIOVASCULAR

APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN

VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS

APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

OBSTÉTRICAS

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO



PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

Prestaciones No Nomencladas



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO (CONTINUACIÓN)

Valva corta miembro superior	BVM D	12.19.22
Yeso pelvipédico	BVM D	12.19.23
Ducroquet	BVM D	12.19.24
Calza de yeso	BVM D	12.19.25
Bota larga de yeso	BVM D	12.19.26
Bota corta de yeso	BVM D	12.19.27
Botín de yeso	BVM D	12.19.28
Valva larga miembro inferior	BVM D	12.19.29
Valva corta miembro inferior	BVM D	12.19.30
Pasta de Unna	BVM D	12.19.31
Artroscopias		12.20
Artroscopia de hombro	BVM 4	12.20.01
Artroscopia de rodilla	BVM 4	12.20.02
Artroscopia de rodilla c/reparación de ligamento cruzado	BVM 3	12.20.03

-  SISTEMA NERVIOSO
-  APARATO DE LA VISIÓN
-  OTORRINOLARINGOLÓGICAS
-  SISTEMA ENDÓCRINO
-  TÓRAX
-  MAMAS
-  SISTEMA CARDIOVASCULAR
-  APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN
-  VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS
-  APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO
-  APARATO GENITAL FEMENINO
-  OBSTÉTRICAS
-  SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO
- 
-  PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
-  Prestaciones No Nomencladas



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO		13
Escisión radical angioma cavernoso	BVM 4	13.01.03
Suturas de herida	BVM D	13.01.10
Incis./drenaje absceso profundo	BVM D	13.01.14
Cirugía Plástica		13.02
Injerto libre de grasa piel total	BVM 3	13.02.01
Cierre plástico de herida p/colgajo	BVM 5	13.02.04
Transporte de tubo (piel)	BVM 4	13.02.05
Operación relajante en Z (Zetaplastía)	BVM 4	13.02.06
Toma y colocación injerto piel	BVM 5	13.02.07
Injerto Pinch	BVM 5	13.02.09
Diferido del colgajo piel	BVM 5	13.02.10
Preparación de colgajo tipo Cross/Leg.	BVM 5	13.02.11

-  SISTEMA NERVIOSO
-  APARATO DE LA VISIÓN
-  OTORRINOLARINGOLÓGICAS
-  SISTEMA ENDÓCRINO
-  TÓRAX
-  MAMAS
-  SISTEMA CARDIOVASCULAR
-  APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN
-  VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS
-  APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO
-  APARATO GENITAL FEMENINO
-  OBSTÉTRICAS
-  SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO
-  PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
-  Prestaciones No Nomencladas



PRESTACIONES NO NOMENCLADAS

Adicional cirugía translaparoscópica	BVM E	
Adicional Torcoveoscopia terapéutica, con biopsia, sellado, instilación de sustancias	BVM E	

> SISTEMA NERVIOSO

> APARATO DE LA VISIÓN

> OTORRINOLARINGOLÓGICAS

> SISTEMA ENDÓCRINO

> TÓRAX

> MAMAS

> SISTEMA CARDIOVASCULAR

> APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN

> VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS

> APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

> APARATO GENITAL FEMENINO

> OBSTÉTRICAS

> SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO

> PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

> Prestaciones No Nomencladas

Intervenciones Quirúrgicas

Alternativa B



Listado de Beneficios Previstos

La totalidad de los códigos que se expresan están referidos al Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales (Decretos N° 2.935 y N° 3.115/77 y sus modificaciones), complementado por el PMO (Plan Médico Obligatorio)

> TABLA DE VALORES MODULADOS

> SISTEMA NERVIOSO

> OTORRINOLARINGOLÓGICAS

> SISTEMA ENDÓCRINO

> TÓRAX

> SISTEMA CARDIOVASCULAR

> APARATO DIGESTIVO Y ABDÓMEN

> APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

> APARATO GENITAL FEMENINO

> SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO



**FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.**

Seguros de Salud



VALORES MODULADOS

BVM0	100,00 %
BVM1	50,00 %

> TABLA DE VALORES MODULADOS

> SISTEMA NERVIOSO

> OTORRINOLARINGOLÓGICAS

> SISTEMA ENDÓCRINO

> TÓRAX

> SISTEMA CARDIOVASCULAR

> APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

> APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

> APARATO GENITAL FEMENINO

> SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA NERVIOSO		1
Intervenciones quirúrgicas en el cráneo		01.01
Tratamiento Quirúrgico Encefalomeningocele	BVM 1	01.01.01
Intervenciones quirúrgicas intracraneanas		01.02
Ventriculocisternostomías	BVM 1	01.02.01
Lobectomía parcial o total	BVM 1	01.02.04
Tractotomía espinotalámica	BVM 1	01.02.05
Tratamiento Quirúrgico Aneurisma Intrac.	BVM 1	01.02.06
Craneotomía exploradora	BVM 1	01.02.08
Reparación plástica senos craneales	BVM 1	01.02.09
Escisión neoplasia intracraneana	BVM 1	01.02.10
Intervenciones estereotáxicas	BVM 1	01.02.13
Hipofisectomía	BVM 1	s/código
Cirugía Vertebromedular		01.03
Reparación de defectos congénitos del complejo vertebromeningomedular	BVM 1	01.03.01
Ligadura aneurismas medulares	BVM 1	01.03.03
Cordotomía espinotalámica	BVM 1	01.03.04
Procedimientos Neurorradiológicos		01.07
craneales con embolizaciones terapéuticas o microcoils Tratamiento endovascular de malformaciones	BVM 0	01.07.08

TABLA DE VALORES MODULADOS

SISTEMA NERVIOSO

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

SISTEMA CARDIOVASCULAR

 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS OTORRINOLARINGOLOGICAS		3
Intervenciones quirúrgicas en el oído medio		03.02
Cirugía de glomus yugularis	BVM 1	03.02.10
Cirugía 2da. y 3ra. porc. nervio facial	BVM 1	03.02.11
Oper. en el oído inter. y conducto aud. interno		03.03
Cirugía del saco endolinfático	BVM 1	03.03.03
Cirugía conducto aud. interno	BVM 1	03.03.04
Tratamiento Quirúrgico neurinoma del acústico	BVM 1	03.03.06
Intervenciones quirúrgicas en la laringe		03.06
Operación comando de laringe	BVM 1	03.06.01
Intervenciones quirúrgicas glándulas y conductos salivales		03.08
Operación comando de parótida	BVM 1	03.08.02
Intervenciones quirúrgicas en la boca		03.09
Operación comando piso de boca	BVM 1	03.09.01
Intervenciones quirúrgicas en la lengua		03.11
Operación comando de lengua	BVM 1	03.11.01
Intervenciones quirúrgicas en el paladar y úvula		03.12
Operación comando de paladar	BVM 1	03.12.05
Intervenciones quirúrgicas en las amígdalas, adenoides y faringe		03.13
Operación comando de faringe	BVM 1	03.13.04

TABLA DE VALORES MODULADOS

SISTEMA NERVIOSO

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

SISTEMA CARDIOVASCULAR

 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA ENDOCRINO		4
Intervenciones quirúrgicas glándulas tiroides y paratiroides		04.01
Tiroidectomía Total c/vac. gangl. radical bilat.	BVM 1	04.01.02
Intervenciones quirúrgicas en las glándulas suprarrenales		04.02
Adrenalectomía bilateral	BVM 1	04.02.01


 TABLA DE VALORES MODULADOS


 SISTEMA NERVIOSO

 OTORRINOLARINGOLÓGICAS


 SISTEMA ENDÓCRINO


 TÓRAX

 SISTEMA CARDIOVASCULAR

 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

 APARATO GENITAL FEMENINO

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL TORAX		5
Intervenciones quirúrgicas en el pulmón, pleura y mediastino		05.04
Lobectomía, bilobectomía o neumonectomía	BVM 1	05.04.01
Resección enfisema bulloso bilat.	BVM 1	05.04.15

TABLA DE VALORES MODULADOS

SISTEMA NERVIOSO

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

SISTEMA CARDIOVASCULAR

APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR		07 y 17
Intervenciones quirúrgicas en el corazón y pericardio		07.01
Septostomía interauricular. Cardiot. Valvulotomía. Pericardiectomía	BVM 1	07.01.01
Intervenciones quirúrgicas arterias y venas de cavidad torácica		07.03
Cirug. de grandes troncos arteriovenosos de la cavidad torácica	BVM 1	07.03.01
Tratamiento quirúrgico de aneurisma de aorta-toraco abdominal	BVM 1	07.03.02
Intervenciones quirúrgicas Arterias y Venas Abdomino-Pelvianas		07.04
Tratamiento Quirúrgico del aneurisma de la aorta abdominal	BVM 1	07.04.01
Cirugía de las ramas viscerales de la aorta abdomin. y troncos ilíacos (anastomosis)	BVM 1	07.04.02
Derivación aorto bifemoral	BVM 1	07.04.04
Derivación aorto iliáco uni-bilateral	BVM 1	07.04.05
Anastomosis porto-cava	BVM 1	07.04.07
Angioplastías		07.08
Angioplastía Transluminal Coronaria	BVM 1	07.08.01
Angioplastía Coronaria con Colocación de Stent	BVM 1	07.08.02
Angioplastía Transluminal Coronaria con Rotablator / Simpson	BVM 1	07.08.03
Angioplastía Periférica	BVM 1	07.08.05
Angioplastía Periférica con Colocación de Stent	BVM 1	07.08.06
Otros de Cardiología		17.02
Ablación por radiofrecuencia de arritmias cardíacas	BVM 1	17.02.03

TABLA DE VALORES MODULADOS

SISTEMA NERVIOSO

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

SISTEMA CARDIOVASCULAR

 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN		8
Intervenciones quirúrgicas en el esófago		08.01
Esofagoectomía total y reconstrucción	BVM 1	08.01.01
Reemplazo de esófago	BVM 1	08.01.04
Tratamiento atresia esofágica	BVM 1	08.01.07
Intervenciones quirúrgicas en el estómago		08.03
Gastrectomía total	BVM 1	08.03.01
Intervenciones quirúrgicas en el colon y recto		08.05
Colectomía total c/restitución tránsito	BVM 1	08.05.01
Colectomía total con ileostomía	BVM 1	08.05.02
Intervenciones quirúrgicas radicales p/megacolon	BVM 1	08.05.06
Intervenciones quirúrgicas radicales p/megacolon (2)	BVM 1	08.05.07
Colon proctomía total	BVM 1	08.05.08
Proctosigmoidectomía	BVM 1	08.05.09
Oper. Plást. malf. cong. ano-rectal	BVM 1	08.05.16
Intervenciones quirúrgicas en el hígado y vías biliares		08.07
Lobectomía hepática	BVM 1	08.07.01
Segmentectomía	BVM 1	08.07.02
Intervenciones quirúrgicas en el páncreas		08.08
Duodenopancreatectomía	BVM 1	08.08.01

TABLA DE VALORES MODULADOS

SISTEMA NERVIOSO

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

SISTEMA CARDIOVASCULAR

 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO		10
Intervenciones quirúrgicas en el riñón y uréter		10.01
Nefroureterectomía total c/ cistect. parc.	BVM 1	10.01.03
Derivaciones ureterales B	BVM 1	10.01.12
Intervenciones quirúrgicas en la vejiga		10.02
Cistectomía total	BVM 1	10.02.01
Cistoplastía colon o iliocistoplastía agran. vesical-ectrofia vesical	BVM 1	10.02.04

 TABLA DE VALORES MODULADOS


 SISTEMA NERVIOSO


 OTORRINOLARINGOLÓGICAS


 SISTEMA ENDÓCRINO


 TÓRAX

 SISTEMA CARDIOVASCULAR

 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

 APARATO GENITAL FEMENINO

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS APARATO GENITAL FEMENINO		11.01/02/03
Intervenciones quirúrgicas en el Utero		11.02
Cirugía comando de útero y anexos	BVM 1	11.02.01
Exenteración pelviana	BVM 1	11.02.02


 TABLA DE VALORES MODULADOS


 SISTEMA NERVIOSO

 OTORRINOLARINGOLÓGICAS

 SISTEMA ENDÓCRINO


 TÓRAX

 SISTEMA CARDIOVASCULAR

 APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

 APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

 APARATO GENITAL FEMENINO

 SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO



INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO		12
Artroplastía		12.10
Reemplazo de artrop. sementada	BVM 1	12.10.07
Amputaciones/desarticulaciones		12.16
Amputación interileoabdominal	BVM 1	12.16.04
Tratamientos Quirúrgicos procedimientos combinados - Miscelaneas		12.17
Discectomía con artrodesis	BVM 1	12.17.02

TABLA DE VALORES MODULADOS

SISTEMA NERVIOSO

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

SISTEMA ENDÓCRINO

TÓRAX

SISTEMA CARDIOVASCULAR

APARATO DIGESTIVO
Y ABDÓMEN

APARATO URINARIO
Y GENITAL MASCULINO

APARATO GENITAL FEMENINO

SISTEMA
MÚSCULO ESQUELÉTICO