

PLAN 6030

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Para quienes deseen incorporarse como socios a uno de los PLANES DE COBERTURA INTEGRAL CON COPAGO, deberán aceptar estos términos y condiciones.

Estos términos y condiciones complementan el “Formulario de solicitud de afiliación” y la “Declaración Jurada de Salud” al que suscribís al momento de solicitar la incorporación a este Agente del Seguro de Salud el que comprende los siguientes capítulos:

1. DEFINICIONES.

2. AFILIACIÓN, PLAN 6030, CONSENTIMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. 3. CONDICIONES GENERALES - CLÁUSULAS ADICIONALES - SERVICIOS Y COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL - CÓMO UTILIZAR EL SERVICIO.

4. TARIFAS.

5. CONDICIONES GENERALES - CLÁUSULAS MÍNIMOS - RESOLUCIÓN 2400/2023

SSS. 6. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS DE SALUD.

7. VALORES DE COPAGOS.

1. DEFINICIONES

1.1 FORMAS DE AFILIACIÓN: la incorporación a OSDE se puede realizar a través de distintas modalidades dentro de los términos de las leyes 23.660, 26.882 y sus normas complementarias.

1.1.2 ASOCIACIÓN VOLUNTARIA: es aquella por medio de la cual el afiliado abona el valor total del plan comercial.

1.1.3 ASOCIACIÓN MEDIANTE DERIVACIÓN DE APORTES Y CONTRIBUCIONES: es cuando los aportes y contribuciones de ley alcanzan sólo una parte del plan superador de cobertura elegido quedando a cargo del afiliado y/o la empresa empleadora la diferencia existente entre el valor del plan comercial y los aportes y contribuciones derivados.

1.1.4. APORTES Y CONTRIBUCIONES: los aportes son las retenciones que realiza la empresa al trabajador a través de su recibo de sueldo mientras que las contribuciones son el tributo que paga la empresa, conforme los porcentajes establecidos por la normativa vigente (Ley 23.660). Los aportes y contribuciones son de carácter obligatorio y no son pasibles de devolución, tanto para la empresa como para el trabajador.

La derivación de ambos conceptos a OSDE generan, a favor del trabajador, el derecho a acceder a

las prestaciones médico asistenciales expresamente establecidas en el Programa Médico Obligatorio, conforme términos de la Resolución 201/02 del Ministerio de Salud, concordantes, complementarias y reglamentarias.

Los aportes y contribuciones podrán unificarse en caso de pluriempleo y/o sumatoria de aportes entre dos o más personas del mismo grupo familiar.

1.1.5 TITULAR DE LA AFILIACIÓN: se considera titular al responsable de pago de cada grupo familiar. Asimismo reviste dicho carácter el trabajador que a través de una empresa se incorpora a OSDE a fin de obtener los servicios de prestaciones médicas-asistenciales que ésta ofrece. El titular mantiene dicho carácter durante el tiempo que subsista el contrato de trabajo, la relación de empleo o cuando por un acuerdo de desvinculación laboral el afiliado continúe como socio directo.

1.1.6 AFILIADO: es toda persona física que se incorpora a OSDE y recibe como contraprestación los servicios médico asistenciales correspondientes al plan de cobertura elegido.

1.1.7. GRUPO FAMILIAR: se considera grupo familiar primario el integrado por el cónyuge o concubino del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular, que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial. Los hijos conformarán el grupo familiar de la presente contratación hasta que alcance la edad de 25 años inclusive.

2.- AFILIACIÓN, PLAN 6030, CONSENTIMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

2.1 PLAN SUPERADOR CON COPAGO: es el plan que OSDE comercializa al público en general brindando cobertura de prestaciones superadoras a las contempladas en el PMO (Plan Médico Obligatorio). El afiliado además de abonar la cuota del plan, deberá pagar copagos (suma de dinero) por cada servicio médico asistencial que requiera, su monto suele depender del tipo de asistencia sanitaria que recibe.

2.2 CONDICIONES/AFILIACIÓN: para quienes se incorporen a un plan superador con copago, ya sea a través de la modalidad derivación de aportes o en forma voluntaria la solicitud y los antecedentes de salud tienen carácter de declaración jurada, reservándose OSDE el derecho de rescindir la afiliación en caso de falsedad o inexactitud de los datos consignados.

a. La adhesión al plan superador con copago quedará perfeccionada (Art. 980 CCyC) una vez que la

afiliación sea aceptada por OSDE.

- b. Si la afiliación se produce mediante sistema electrónico, OSDE guardará y conservará una foto del DNI de quien solicite la adhesión al plan superador con copago comercializado al público en general.
- c. En caso de optar por validar tus datos personales mediante la validación de datos biométricos, prestas consentimiento como titular de los datos para que OSDE en su carácter de cesionario confronte tus datos personales que se indican en párrafo siguiente con la base de datos del RENAPER, conforme a las especificaciones que a continuación se detallan: el presente consentimiento para el tratamiento de tus datos personales alcanza a los incluidos en tu Documento Nacional de Identidad (incluyendo datos biométricos de huella dactilar y de reconocimiento facial en confronte con lo que informa el web service del REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS. a.-. Los datos serán tratados con la exclusiva finalidad de validar tu identidad y verificar la vigencia de tu Documento Nacional de Identidad para OSDE b.- Los datos confrontados serán destruidos una vez verificada la validez del Documento Nacional de Identidad y validada la misma, no pudiendo ser almacenados. c.- Los datos son facilitados con carácter obligatorio, por cuanto es imprescindible identificar fehacientemente al titular, para asegurar el correcto proceso de identificación. d.- El titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de sus datos en cualquier momento y a su sola solicitud ante el RENAPER. e.- En cumplimiento de la Resolución AAIP N° 14/2018, le hacemos saber que la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.

2.3 DECLARACIÓN JURADA DE SALUD: la declaración jurada de salud que se suscribe junto con el presente contrato sólo contemplará como preexistencia enfermedades o situaciones cuya prestación o tratamiento se encuentren contemplados dentro la cobertura que el plan contratado abarca. En los casos de situaciones preexistentes del titular y/o un integrante del grupo familiar, la afiliación comenzará a brindarse una vez que la autoridad de aplicación se expida respecto al valor establecido por OSDE o cuando el asociado titular manifieste conformidad con el valor diferencial provisorio determinado por esta organización. No se exigirá una nueva declaración jurada de salud cuando se realice un cambio de plan siempre y cuando se mantenga la continuidad de la afiliación.

2.4 REINCORPORACIÓN: en caso de existir una deuda por cuotas impagas de una afiliación anterior, se informa que para acceder a la nueva contratación el solicitante deberá abonar la totalidad de la deuda y suscribir una nueva declaración jurada de salud.

2.5 CAMBIO DE PLAN / PERMANENCIA MÍNIMA: cuando se opte por ascender de un plan con copago a un plan sin copagos, se deberá contar con una antigüedad de afiliación mayor a 12 meses.

Cuando se opte por ascender a los planes 410, 450 y 510, se deberá contar con una antigüedad de afiliación mayor a 24 meses y será indispensable la autorización previa de OSDE. En caso de autorizarse el cambio, se deberá esperar 4 meses para obtener reintegros por internaciones clínicas, quirúrgicas y partos.

- a. Los cambios tendrán vigencia a partir de la fecha de presentación o del 1° día del mes siguiente (según opte el afiliado). La opción de cambio comprende, sin excepciones, a la totalidad del grupo familiar. No procederá cambio de plan alguno cuando exista deuda.
- b. Para el descenso de plan, se deberá permanecer como mínimo 12 meses en el plan.

2.6 DOBLE AFILIACIÓN-PROHIBICIÓN: se aclara que, de conformidad con lo dispuesto en el Dec. 292/95, Dec. 1608/04 y concordantes, ningún beneficiario del Sistema Nacional del Seguro de Salud puede estar afiliado a más de un Agente de Salud, ya sea como beneficiario titular o como miembro del grupo familiar primario. En tal sentido, OSDE se reserva el derecho a rescindir la contratación del afiliado que registre 2 (dos) obras sociales al mismo tiempo.

2.7 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

Los datos aportados forman parte de la base de datos de OSDE, con domicilio en Leandro N. Alem 1067 piso 9 CABA, que se encuentra debidamente registrada por ante la Agencia de Acceso a la Información Pública (AAIP) y serán tratados para brindar servicios a los afiliados. Podrá consultar las Políticas de Privacidad en www.osde.com.ar. El titular de los datos personales no se encuentra obligado a proporcionar datos sensibles. Asimismo, el titular se responsabiliza por la exactitud de los datos personales proporcionados. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a 6 meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, Órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Por lo expuesto, declaro que he tomado conocimiento y en consecuencia acepto las condiciones generales obrantes o adjuntas a la presente solicitud de afiliación y las normas generales contenidas en la cartilla de prestadores del plan de servicio elegido, cuyo ejemplar se puede visualizar en la pagina web de OSDE y en especial con la finalidad declarada en cuanto al tratamiento de los datos personales. Declaro a su vez bajo juramento que los datos que constan en esta solicitud de afiliación - el que comprende los antecedentes de salud - son verdaderos y que la consecuencia de no proporcionarlos correctamente corren por cuenta de quien suscribe.

2.8 INTEGRIDAD ORGANIZACIONAL: se informa que OSDE cuenta con un departamento de Compliance y de Responsabilidad Social Empresaria, ambos llevan adelante políticas asistenciales para el cumplimiento de reglamentos y cuidados en el medio ambiente.

3.- CONDICIONES GENERALES - CLÁUSULAS ADICIONALES - SERVICIOS Y COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL - COMO UTILIZAR EL SERVICIO

3.1 SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO: el subsidio por fallecimiento es un beneficio que OSDE otorga a los miembros del grupo familiar primario, que estuviesen de alta al momento del fallecimiento del afiliado titular. Dicho subsidio consta de un año de servicio sin cargo a partir de la fecha del fallecimiento del titular. Los requisitos para acceder al mismo son:

- a. En caso de ser un afiliado directo, monotributista, el titular debe poseer una antigüedad de 2 (dos) años en OSDE y si accedes al plan derivando aportes y contribuciones la antigüedad debe ser de 1 (uno) año.
- b. El subsidio se otorga mediante la presentación de la solicitud de afiliación completa y fotocopia de la partida de defunción del titular.
- c. Si el titular del plan al momento de su fallecimiento se encontraba afiliado al plan con copago, el subsidio se brindará dentro del mismo plan.

3.2 MODIFICACIÓN DE CARTILLA: OSDE podrá modificar parcialmente la nómina de prestadores y de prestaciones de sus cartillas, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura y sin que el cambio altere el objeto del servicio o pudiere importar un desmedro en la calidad de los mismos comprometidos al momento de solicitar la afiliación. La modificación podrá deberse, entre otras causas, a incremento de costos y/o servicios; alta y/o baja de tecnología y/o prestaciones; extinción de contratos con prestadores; imposibilidad de contratación o renovación de contratos; muerte, jubilación, disolución, cierre, quiebra o concurso, liquidación, etc. del prestador; condena por mala praxis profesional; prestación insatisfactoria del servicio y otros motivos serios y justificados de similar envergadura.

3.3 EXCLUSIONES DE COBERTURAS: Se encuentran totalmente excluidas de cobertura por parte de esta entidad, prestaciones no previstas en el PMO, a salvedad de las prestaciones que se encuentren individualizadas en la cartilla prestacional bajo la insignia PS (Prestación Superadora); internación de crónicos con excepción de interurrencias clínicas y/o quirúrgicas; prácticas y/o terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentren avaladas por estudios de medicina basada en la evidencia, se opongan a normas legales vigentes o se contrapongan al proceso natural de la vida del individuo; internaciones psiquiátricas crónicas; internaciones geriátricas; cosmetológica; internaciones en los procesos crónicos de cualquier etiología y patogenia, no reversibles ni mejorables con tratamientos médicos y/o quirúrgicos, salvo los episodios agudos o complicaciones o estados terminales que aparecieran en el curso de dichos procesos; prestaciones que sean consecuencia de contingencias laborales que deben ser otorgadas por las Administradoras de Riesgo de Trabajo -Ley 24.557 y decreto reglamentario-.

Si por cualquier circunstancia esta entidad debiera atender las prestaciones excluidas de cobertura, el servicio se otorgará a través de un Plan correspondiente a la cobertura del PLAN MÉDICO

OBLIGATORIO con el prestador contratado a tal fin, independientemente del plan elegido por el socio.

3.4 COBERTURA POR DISCAPACIDAD: la cobertura integral por DISCAPACIDAD está garantizada exclusivamente para los beneficiarios titulares de un Certificado Único de Discapacidad (conf. art. 10° de la Ley 24.901). La misma será brindada exclusivamente a través de los prestadores contratados por OSDE a tal fin (conf. art. 6° Ley 24.901). Todas las prestaciones requieren auditoría previa. En tal sentido, para acceder a esta cobertura, deberá comunicarse con nuestro Centro de Atención Telefónica (0810.555.6733) en forma previa al inicio de cualquier tratamiento, a fin de ser asesorado respecto a las prestaciones cubiertas, subespecialidades no discriminadas en cartilla y prestadores a su disposición. Deberá realizarse una evaluación interdisciplinaria con el equipo que OSDE designe a tal efecto, ya sea tanto al inicio o en cualquier etapa del tratamiento, con el fin de evaluar el plan propuesto por el médico tratante y así ofrecer una orientación prestacional adecuada a las características de la persona con discapacidad a través de los prestadores contratados por OSDE. En cuanto a los MEDICAMENTOS serán cubiertos en forma integral aquellos que sean indicados para tratar la/s patología/s consignada/s en el Certificado Único de Discapacidad.

3.5 PRESTACIONES SUPERADORAS: tienen un tiempo de espera de 12 meses todas las prestaciones superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio, Resol. 201-02 MS y modificatorias, conforme lo dispuesto por la Ley 26.682 y el Dec. Regl. 1993/11, salvo que en la cartilla médica se especifique otro plazo.

3.6 CANCELACIÓN DE COPAGOS: los importes de los copagos informados serán percibidos por los efectores correspondientes a esta cartilla, los cuales deberán emitir el comprobante fiscal conforme lo dispone la normativa vigente.

3.7 REINTEGROS: el plan con copago no posee reintegros de ningún tipo ya que sus prestaciones se brindan solamente por sistema cerrado.

3.8. PRESTADORES: si bien OSDE se compromete a garantizar la mayor y mejor oferta de profesionales e instituciones para su atención, el ingreso y egreso de prestadores de la cartilla es inherente al carácter dinámico del servicio que le ofrecemos, por lo que es posible que alguno de los profesionales o instituciones en ella mencionados, hayan dejado de ofrecer sus servicios a los asociados a OSDE al momento en que el usuario los requiera.

3.9 CAUCIÓN SANATORIAL: si el afiliado requiere internación el sanatorio puede solicitar un depósito previo para afrontar eventuales gastos que estuvieran fuera de la cobertura (extras, llamadas telefónicas, etc.). Al momento de alta, éste depósito le será reintegrado por la institución

sanatorial, deduciendo los gastos que pudieran haberse producido.

3.1.0. DISPONIBILIDAD SANATORIAL: ante la internación de urgencia o programada la reserva de cama está sujeta a la disponibilidad de la institución elegida al momento de la internación. En caso de urgencia, la internación se brindará en el nosocomio que tenga disponibilidad dentro de la jurisdicción del domicilio del afiliado.

3.1.1 USO DE LA CREDENCIAL: la credencial es de uso personal e intransferible. Para acceder al servicio deberá presentar la misma junto a su documento de identidad.

3.1.2 TRASLADOS DE URGENCIAS: los afiliados accidentados serán trasladados hasta el lugar más cercano que posea complejidad requerida para la atención dentro del país. La prestación se brinda únicamente dentro de la República Argentina.

3.1.3 ENTREGA EN COMODATO: todos los insumos entregados por OSDE y/o cualquier otro prestador mediante comodato, deben ser devuelto. La no devolución dará lugar a OSDE a agregar el costo de los mismos en la factura de la cuota mensual inmediatamente posterior a la intimación fehaciente, el monto que corresponda a eventuales diferencias y/o coseguros y/o copagos que el beneficiario adeude a alguno de los prestadores de OSDE por las prestaciones recibidas.

3.1.4 ALTA SANATORIAL: obtenida el alta médica en una internación cesará la cobertura por tal concepto. La permanencia injustificada dentro de la institución sanatorial quedará a exclusivo cargo del afiliado.

3.1.5 INCUMPLIMIENTOS, FALTAS GRAVES, SUSPENSIÓN DEL SERVICIO, RESOLUCIÓN Y NULIDAD DEL PLAN DE COBERTURA SUPERADOR. Se consideran faltas graves y/o incumplimientos contractuales los siguientes supuestos:

- a. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo omite notificar previamente a OSDE por los medios habilitados al efecto, el extravío de su credencial y ello produjese un daño a OSDE;
- b. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo facilita las credenciales que le fueran entregadas por OSDE a terceras personas a fin de que las mismas utilicen los servicios médico asistenciales cubiertos por el plan de cobertura contratado.
- c. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo solicita los servicios médico asistenciales brindados por OSDE a favor de personas no asociadas a OSDE. d. Si el afiliado o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo utiliza indebidamente o con dolo el servicio de prestaciones médico asistenciales del plan de cobertura contratado. e. Si el afiliado titular o cualquier integrante de su grupo familiar a cargo incurre en conductas violentas y/o amenazas al personal de OSDE y/o hacia cualquiera de sus prestadores. f. Acreditado alguno de los supuestos

enunciados, OSDE se encuentra facultada a notificar en forma fehaciente al afiliado titular y/o suspender la prestación del servicio y/o resolver el contrato con justa causa.

3.1.6 SUBROGACIÓN: OSDE se subroga en todos los derechos del afiliado contra los terceros y/o sus aseguradores de responsabilidad civil por cuya acción u omisión el afiliado haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios contratados.

3.1.7 NOTIFICACIONES FEHACIENTES: el afiliado acepta recibir en la dirección de correo electrónico informada todas las comunicaciones legales y administrativas emitidas por OSDE, como el envío de facturación, notificaciones sobre modificaciones en la cuota mensual, novedades sobre el servicio, etcétera, independientemente del uso de otros medios como el domicilio informado o teléfonos celulares. Los datos de contacto indicados tendrán validez hasta tanto comunique cambios a través de los canales habilitados.

3.1.8 CÓMO UTILIZAR EL SERVICIO, PRESTACIONES SUPERADORAS: ponemos a disposición la cartilla vigente del plan con todos los profesionales, centros de salud y farmacias contratados por OSDE y las prestaciones superadoras que contiene el plan con copago, las que se encuentran individualizadas mediante la simbología (PS)

["https://www.osde.com.ar/Cartilla/cartilla-pdf-chunked.aspx?archivo=Cartilla60_59.pdf"](https://www.osde.com.ar/Cartilla/cartilla-pdf-chunked.aspx?archivo=Cartilla60_59.pdf)

4. TARIFAS

Los valores de cuota del plan integral 6030 con copagos se conformará en base a la cantidad de los integrantes del grupo y la edad de los mismos siguiendo las franjas etarias con su correspondientes incrementos de acuerdo al siguiente cuadro tarifario:

OSDE PLAN COPAGO 6-030								
Conforme Resolución 2155/2024 SSSalud								
TARIFARIO CUOTA AGOSTO 2025 CON VENCIMIENTO SEPTIEMBRE 2025								
Tarifa	Individual Neo (1)	Individual Joven (2)	Individual (3) (*)	Grupo Familiar (4)				
				Mat Neo (5)	Mat Jov (6)	Matrim (7) (*)	1° Hijo (8)	A partir 2° (9)
6 030 COPAGO	107.578	165.634	268.421	215.156	331.268	446.624	85.155	53.136

Los valores son sin IVA.

- 1) Sólo Titular hasta los 27 años inclusive.
- 2) Sólo Titular entre 28 y 35 años inclusive.
- 3) Sólo Titular de más de 36 años.
- 4) Integrado por el Titular, Cónyuge o Concubina, menor bajo guarda e Hijos e Hijastros hasta los 20 años inclusive.
- 5) Integrado por el Titular y Cónyuge o Concubina, ambos hasta los 27 años inclusive.
- 6) Integrado por el Titular más Cónyuge o Concubina, cuando la edad del mayor de ellos se encuentre entre 28 y 35 años inclusive.
- 7) Integrado por el Titular más Cónyuge o Concubina cuando uno de ellos tenga 36 años o más.
- 8) Por el 1er hijo que se incorpore.
- 9) A partir del segundo hijo y por cada uno que se incorpore.

** Si para el pago de la cuota del plan de cobertura elegido, utilizas aportes y contribuciones de la seguridad social, estos se tomarán a cuenta de los valores informados.

* Las personas mayores de 65 años con menos de 10 años de antigüedad tendrán una cuota diferencial conforme Ley 26682 y Resolución 2407/2023 de la Superintendencia de Servicios de Salud.

SENIOR PLAN COPAGO 6 030

La Resolución 2407/2023, y/o la que la reemplace, de la Superintendencia de Servicios de Salud dispone que se computará como año completo de afiliación la fracción mayor de seis (6) meses y la antigüedad a contemplar para la aplicación de la matriz será la que el usuario posea al momento de cumplir los sesenta y cinco (65) años. Ésta determinará el porcentaje máximo de aumento a aplicar sobre el valor de cuota vigente al momento de cumplir el socio los sesenta y cinco (65) años de edad, el que se podrá incrementar en tres franjas etarias indicadas en la matriz transcripta, hasta los porcentajes máximos que en cada una de ellas se señala, calculándose siempre sobre el valor de cuota vigente al momento de cumplir el socio los sesenta y cinco años de edad.

AÑOS ANTIGÜEDAD	PLAN COPAGO 6 030		
	65 a 69 años de edad (30%)	70 a 74 años de edad (30%)	75 años de edad en adelante (40%)
Menos de 6 meses	30 %	60 %	100 %
1 año	27 %	54 %	90 %
2 años	24 %	48 %	80 %
3 años	21 %	42 %	70 %
4 años	18 %	36 %	60 %
5 años	15 %	30 %	50 %
6 años	12 %	24 %	40 %
7 años	9 %	18 %	30 %
8 años	6 %	12 %	20 %
9 años	3 %	6 %	10 %

4.2 PROCESO DE FACTURACIÓN: el vencimiento de las cuotas de los planes superadores con copago es a mes vencido. En el caso de los afiliados que derivan aportes de la seguridad social el vencimiento de la cuota operará a dos meses vencidos.

Se podrá abonar la cuota a través de los medios y canales electrónicos informados en la página web de OSDE. <https://www.osde.com.ar/index.html#!osde-formas-modo-pago.html>

4.3 PAGO CON DEBITO AUTOMÁTICO: la aprobación del pago por débito automático estará supeditada a la decisión de OSDE y del emisor de la tarjeta. Entrará en vigencia a partir de la factura en la que aparezca la leyenda que indica que el saldo se debita en la cuenta correspondiente. Hasta ese momento se continuará abonando las facturas en la forma habitual. El resumen de cuentas de la tarjeta sirve como comprobante de pago.

En caso de que se solicite la baja del débito automático, la misma se hará efectiva cuando no aparezca en la factura la leyenda de débito.

Las cuotas de OSDE -que por norma se cancelan a mes vencido- serán incorporadas en el resumen de la tarjeta durante el mismo mes. Dado que los vencimientos de los resúmenes no son uniformes, puede darse el caso en que deba abonarse con algunos días de anticipación a la fecha que OSDE fija como vencimiento, pero siempre se hará bajo la modalidad de mes vencido.

4.4 FALTA DE PAGO: la falta de pago en término de una sola cuota implica morosidad y autoriza a OSDE a limitar las prestaciones, sin previa intimación o notificación, según el Programa Médico Obligatorio; sin perjuicio de rescindir la afiliación de ocurrir lo indicado en el artículo 9 de la Ley 26.682 y de reclamar los daños y perjuicios sufridos.

Producida la desvinculación del afiliado, quedarán desactivadas las aplicaciones que OSDE pone a disposición del afiliado. En el caso que el afiliado aún posea una credencial física, la misma será

desactivada inmediatamente.

4.5 MORA: la mora se produce de forma automática a los 5 días corridos contados desde el vencimiento de la cuota por la falta de pago. Habiendo operado dicho plazo OSDE aplicará un interés compensatorio y punitivo desde la fecha de vencimiento original, más los gastos administrativos y/o de rehabilitación.

4.6 INCREMENTO DEL VALOR DE LAS CUOTAS: OSDE podrá modificar el valor de las cuotas de los planes superadores de cobertura. La modificación será informada con una antelación de 30 días al vencimiento de la factura alcanzada por el incremento de la cuota, y en caso de no aceptación por parte del afiliado del importe informado, podrá rescindir sin cargo la presente oferta de servicios.

4.7 ACTUALIZACIÓN DE LOS VALORES DE COPAGOS: los incrementos que esta organización realice serán informados al afiliado con un plazo de 30 días de antelación conforme lo establece el art. 3 de la Resolución 1926/2024 y/o la que la reemplace en el futuro.

4.8 TARIFAS VALORIZADAS: el afiliado que abone una cuota valorizada por sus antecedentes de salud o enfermedad preexistente, denunciada o detectada por OSDE, deberá pagar el valor total de la cuota informada y consentida, aún cuando decida darse de baja de la afiliación con anterioridad a saldar la cantidad de meses en la que se comprometió a abonar la misma.

5.- CONDICIONES GENERALES - CLÁUSULAS MÍNIMAS - RESOLUCIÓN 2400/2023 SSS

5.1 OBJETO: el presente contrato tiene por objeto el otorgamiento de prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios y usuarias, a través de una modalidad de asociación voluntaria, mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, con los alcances y extensión de cobertura previstos en el plan contratado.

5.2 COBERTURA PRESTACIONAL: la cobertura prestacional contratada, sea su pago con o sin derivación de aportes y contribuciones, incluye en su totalidad y sin excepción las prestaciones médico asistenciales incluidas en el Programa Médico Obligatorio vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación, el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad previsto en la Ley N° 24.901 y su normativa complementaria, y toda otra prestación de naturaleza médico asistencial incorporada y/o que se incorpore como obligatoria para las Entidades de Medicina Prepaga en leyes especiales. Asimismo, se encontrarán cubiertas las prestaciones adicionales y los prestadores que se detallan en el contrato, con los alcances y exclusiones que en cada caso se informan. En caso de duda respecto de la interpretación de las prestaciones adicionales detalladas, se interpretará en el sentido más favorable al usuario, considerándose cubierta la

prestación de que se trate.

5.3 CARENCIAS: el usuario accederá a las prestaciones mínimas obligatorias indicadas en la cláusula de "COBERTURA PRESTACIONAL" sin ningún tipo de restricción y/o períodos de carencia o espera. Las prestaciones adicionales informadas en el presente contrato se encontrarán sujetas a los períodos de carencia y/o espera que en cada caso se señalan, los que en ningún supuesto podrán superar los DOCE (12) meses. En caso de duda respecto de la interpretación del tiempo en el cual el usuario tiene derecho a acceder a las prestaciones adicionales detalladas, se interpretará en el sentido más favorable al propio usuario, aplicando el plazo más corto.

5.4 DECLARACIÓN JURADA DE SALUD: la declaración jurada de salud que el usuario suscriba junto con el presente contrato sólo contemplará como preexistencia enfermedades o situaciones cuya prestación o tratamiento se encuentren contemplados dentro de la cobertura que el plan contratado abarca. En caso de cambio de plan, en cualquier momento de la relación contractual, no se exigirá firma de declaración jurada de salud.

5.5 PREEXISTENCIAS: las enfermedades y situaciones preexistentes, que surjan de la declaración jurada que el usuario suscribe junto con el presente contrato, son las únicas que podrán dar lugar al cobro de un valor diferencial. En caso de que corresponda cobrar un valor adicional por preexistencia, dicho valor deberá ser previamente autorizado por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, de acuerdo a la razonabilidad y adecuado cálculo actuarial con criterios objetivos y uniformes para cada tipo de preexistencia. A tal efecto, el usuario se compromete a colaborar con la entidad y aportar toda la información que resulte necesaria a los efectos de la determinación del valor adicional por preexistencia. En caso de que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD no se expidiera, dentro del plazo de CUARENTA Y CINCO (45) días desde el momento en que hubiera sido requerida la autorización, la Entidad de Medicina Prepaga podrá determinar un valor provisorio que tendrá vigencia hasta el momento en que el referido organismo de contralor se expida.

5.6 PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS: la prescripción de medicamentos deberá ajustarse a lo previsto en la Ley N° 25.649, de prescripción por nombre genérico, y su normativa reglamentaria. La entidad se encontrará eximida de cubrir medicamentos cuya prescripción no se ajuste a la Ley o no se encuentren incluidos en la cobertura prestacional contratada.

5.7 PRESTACIONES DE EMERGENCIA: en caso de duda sobre los alcances de la cobertura del plan contratado, el usuario tendrá derecho a recibir las prestaciones médicas de urgencia y/o emergencia, correspondiendo resolver luego si estas prestaciones se encontraban o no cubiertas.

5.8 DERECHO DE EQUIVALENCIA: toda modificación de la cartilla de efectores prestacionales que

podiere realizarse durante la vigencia de la relación contractual, garantizará que el usuario conserve en todo momento una adecuada equivalencia de la calidad de los servicios contratados. Si por cualquier causa o razón se excluye a un prestador de la cartilla contratada con el cual el usuario hubiere iniciado tratamiento, éste tendrá derecho a seguir siendo asistido por dicho prestador hasta el alta médica de la patología existente en el momento de producirse la exclusión, sin costo adicional alguno. No obstante lo expuesto, si los valores se apartan notoriamente del precio de mercado, la entidad podrá solicitar autorización a la autoridad de aplicación a los fines de limitar el pago o reintegro a dicho valor.

5.9 FRANJAS ETARIAS: el valor de cuota del plan contratado se incrementará en función de la edad del usuario de acuerdo con las franjas etarias establecidas en el presente contrato y/o sus anexos. De consignarse en anexo, este sólo resultará válido y aplicable si se encuentra firmado por el usuario, o aceptado por medios tecnológicos con validación específica para el caso de contrataciones a distancia, y allí se mencionan explícitamente los valores nominales y/o porcentajes de aumentos previstos para cada franja etaria, así como también los incrementos previstos para los mayores de SESENTA Y CINCO (65) años de edad que tuviesen menos de DIEZ (10) años de antigüedad en la entidad. La relación de precio entre la franja etaria menos onerosa y la más onerosa no podrá representar una variación de más de TRES (3) veces. De superarse dicho límite, la cuota deberá mantenerse en el tope máximo señalado. Esta cláusula deberá encontrarse transcrita en tipología y formato adecuadamente legibles para el usuario. Si no estuviese establecido en el contrato y/o un anexo firmado o aceptado en donde se explicitan las franjas etarias, sus valores nominales y/o porcentajes de aumento, en un todo conforme con lo requerido en el primer párrafo, se interpretará que no se podrán aplicar aumentos por cambio de franja etaria en ningún momento de la relación contractual. La firma y/o aceptación indicadas podrán ser suplidas en contrataciones no presenciales por medios tecnológicos con validación específica.

5.10 VALOR DE CUOTA: el valor de cuota para el plan contratado es el que surge, de manera clara y específica, del presente contrato y/o de los instrumentos anexos suscriptos con él, debiendo en cualquier supuesto consignarse su valor en de modo claro e inequívoco. Asimismo, cuando se trate de planes con diferenciación de la cuota por franja etaria, se admitirá el cambio de categoría de cuota de conformidad con lo previsto en la cláusula "FRANJAS ETARIAS". La factura y/o comprobante de pago y/o documentación equivalente a emitir en cada mes detallará de manera discriminada los montos que correspondan a: (i) cuota pura, (ii) valor diferencial por preexistencia, (iii) impuestos aplicables y, en su caso, (iv) montos que son abonados con aportes y contribuciones de la Seguridad Social.

5.11 PAGO DE CUOTAS MENSUALES: la fecha de pago de la cuota mensual será la prevista en el presente contrato y/o sus anexos. No obstante, el usuario contará con un plazo de pago que no podrá ser inferior a CINCO (5) días corridos contados desde el vencimiento de la obligación, para el

pago íntegro de la cuota mensual sin cargos ni intereses de ningún tipo. De lo contrario, la entidad se encontrará facultada para cobrar intereses desde la fecha de vencimiento de la cuota originalmente pactada. Sin perjuicio de ello, la entidad podrá prorrogar la fecha de vencimiento de la cuota, siempre que ello no implique imponer cargo adicional alguno al usuario. Todo incremento de cuota autorizado por la autoridad de aplicación deberá ser notificado al usuario con no menos de TREINTA (30) días corridos de anticipación al vencimiento de la factura correspondiente al mes siguiente. En tal

supuesto, el usuario tendrá el derecho de ejercer la facultad rescisoria (darse de baja) hasta el día del vencimiento de la próxima factura, sin que la entidad le pueda reclamar monto alguno correspondiente al mes en que se produjo la baja. En tal caso, la entidad deberá dejar sin efecto la factura previamente emitida, la que no le será oponible al usuario.

5.12 DERIVACIÓN DE APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL: en caso que, durante cualquier momento de la relación contractual, se abone el valor de la cuota mensual y -según el caso- sus adicionales, total o parcialmente, con la suma de los aportes y las contribuciones que prevén los incisos a) y b) del artículo 16 de la Ley N° 23.660 y/o los correspondientes al Régimen Simplificado Pequeños Contribuyentes, se detallará en el comprobante de pago de la cuota el importe -neto de gastos administrativos- imputado en concepto de aportes y contribuciones que será descontado por compensación. En ningún caso podrá la entidad acreditar y/o entregar total o parcialmente importes de aportes y contribuciones al afiliado, toda vez que los aportes y contribuciones pertenecen al sistema de seguridad social e integran el concepto de solidaridad al cual acceden. Igualmente, en el supuesto de que el usuario cambie de obra social o de entidad de medicina prepaga, o simplemente rescinda el contrato con esta entidad, los aportes y contribuciones señalados quedarán a favor de la entidad que los haya oportunamente percibido. En el supuesto de que, por cualquier motivo, el Agente del Seguro de Salud respectivo no derivara la suma de aportes y contribuciones correspondiente al usuario, no se afectará en modo alguno la continuidad del contrato, pero el usuario deberá continuar abonando el valor de cuota contratado. Si, por cualquier causa, se interrumpiera el vínculo del usuario con el Agente del Seguro de Salud, podrá continuar, con o sin su grupo familiar, contratando en forma directa cualquier plan que comercialice al público en general la entidad, conservando la antigüedad que detentasen y sin exigírsele valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, a excepción de las preexistencias que haya tenido al momento de la contratación originaria las que se mantendrán vigentes, debiendo el usuario abonar el valor íntegro de la cuota correspondiente al plan elegido.

5.13 GRUPO FAMILIAR: sin perjuicio de los integrantes que conforman el grupo familiar en la presente contratación, podrán incorporarse en el futuro nuevos integrantes en los términos del artículo 14 de la Ley N° 26.682 y su reglamentación sólo cuando su filiación responda a hechos sobrevinientes a la presente afiliación, tales como matrimonio, nacimiento de hijos, otorgamiento de adopción, constitución como tutor/curador, etc., dentro de los SEIS (6) meses de ocurrido el hecho. El

o los familiares que no cumplan dicha condición, podrán afiliarse mediante contratación individual.

5.14 PROGRESIVIDAD DE LOS DERECHOS: ningún cambio que se produzca en las condiciones y/o características de la presente relación contractual, durante toda su vigencia, podrá generar menoscabo en los derechos que hubiere ya adquirido el usuario, con la única excepción del cambio de plan por uno de menor cobertura que el propio usuario pudiese solicitar, el que siempre deberá implicar un menor valor de cuota.

5.15 CONTINUIDAD: cuando, por cualquier circunstancia, se suscite una modificación en la condición de afiliación del usuario y/o en el tipo de cobertura contratada, éste podrá solicitar la continuidad en la entidad, en cualquiera de los planes comercializados al público en general, conservando su antigüedad, sin exigírsele valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, salvo

aquellas que se hubieren determinado en su afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión. Si la normativa aplicable no indicase otro plazo, la solicitud de continuidad deberá realizarse dentro de los SESENTA (60) días de conocido por el usuario el cambio en la condición de afiliación y/o tipo de cobertura.

5.16 CAMBIOS DE PLAN: el usuario podrá, en todo momento, decidir el cambio de plan dentro de los comercializados por la entidad al público en general, sin que dicho cambio se considere como una nueva afiliación y sin exigírsele al titular y/o su grupo familiar valor diferencial alguno en concepto de situaciones preexistentes, salvo las que se hubieren determinado en su afiliación originaria, las que continuarán vigentes en toda su extensión. En el caso de cambio a un plan superior, se podrá establecer un plazo de permanencia mínimo allí, que será previamente informado al usuario y nunca será superior a DOCE (12) meses. Del mismo modo, podrá limitarse el acceso a prestadores del nuevo plan, no incluidos en el anterior, por un plazo máximo de hasta DOCE (12) meses, siempre que ello sea previa y debidamente informado al usuario y la misma condición se encontrase prevista para nuevos ingresantes al plan.

5.17 RECLAMOS: en caso de incumplimiento por parte de la entidad a las obligaciones asumidas por el presente contrato, o bien ante conflictos de interpretación de sus alcances, el usuario podrá contactarse con la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, sita en la calle Bartolomé Mitre 434 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1036AAH), Teléfono: (+5411) 4344-2800 / 0800-222-SALUD (72583), www.sssalud.gob.ar, o bien en cualquiera de sus Delegaciones provinciales, e iniciar el procedimiento administrativo de reclamos previsto en la Resolución N° 75/98 de dicho organismo, o la que en lo sucesivo la sustituya. Asimismo, podrá realizar los correspondientes reclamos y denuncias por ante las autoridades de Defensa del Consumidor de la jurisdicción cuyos datos a continuación se informan:

5.18 FALLECIMIENTO: en caso de muerte del usuario titular, los integrantes del grupo familiar conservarán la cobertura contratada durante un período de DOS (2) meses, contados desde el fallecimiento, sin obligación de efectuar pago alguno. Hasta el vencimiento de dicho plazo, el cónyuge superviviente, el descendiente de mayor edad o cualquier otro miembro del grupo familiar a cargo, podrán optar por la continuidad pagando los dos meses indicados precedentemente, para lo cual cualquiera de las personas mencionadas deberá constituirse como titular del plan. Del valor de cuota a abonar se detraerá la parte correspondiente al titular fallecido. En caso de fallecimiento de un integrante del grupo familiar distinto del titular, los restantes integrantes del grupo familiar conservarán la cobertura contratada, detrayéndose del valor de cuota a abonar la parte correspondiente al integrante fallecido.

5.19 EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR VOLUNTAD DEL USUARIO: el usuario podrá rescindir en cualquier momento el contrato de cobertura, sin limitación ni penalidad alguna, debiendo comunicar fehacientemente a la entidad con TREINTA (30) días corridos de anticipación. Dicha comunicación podrá practicarse por medios electrónicos habilitados a tal fin o cualquier otro medio fehaciente y se le otorgará un número de trámite u otra constancia que le permita al usuario acreditar la baja. La entidad deberá registrar la rescisión del usuario en el momento mismo que este se la comunique y mantener la cobertura acordada durante toda la vigencia del contrato, que no podrá exceder el plazo señalado en el párrafo anterior, aunque no involucre un mes completo. En este último caso, sólo se cobrará al usuario el proporcional de la cuota respectiva. Con la conformidad del usuario, la Entidad podrá hacer efectiva la baja en un plazo menor al previsto en el párrafo primero. No podrá supeditarse el ejercicio de la facultad de rescisión contractual por parte del usuario a la previa cancelación de sumas adeudadas a la Entidad. Sin perjuicio de ello, en caso de que el usuario hubiere rescindido un contrato anterior con la entidad, no podrá incorporarse nuevamente, sea como titular o formando parte de un grupo familiar, sin antes abonar los montos adeudados, con más sus respectivos intereses y recargos correspondientes.

5.20 EXTINCIÓN DEL CONTRATO POR DECISIÓN DE LA ENTIDAD: la entidad sólo podrá rescindir el contrato con el usuario en los siguientes supuestos: A) por falta de pago de TRES (3) cuotas íntegras y consecutivas. En este caso, para poder disponer la rescisión deberá haber intimado, en forma fehaciente al usuario, luego de encontrarse impagas las citadas cuotas y sin perjuicio de cualquier intimación que hubiera cursado previamente, a regularizar el pago íntegro de las sumas adeudadas en un plazo de DIEZ (10) días hábiles. Vencido dicho plazo sin que el usuario regularice la deuda, la entidad deberá comunicar fehacientemente al afiliado la rescisión del vínculo contractual. En cualquier caso, si la entidad optare por no comunicar la rescisión del contrato, se abstendrá de continuar devengando nuevos períodos de facturación más allá de las TRES (3) cuotas debidas, encontrándose sólo facultada a suspender el otorgamiento de prestaciones hasta tanto se regularice la deuda. Lo expuesto lo es sin perjuicio del derecho de la entidad de imputar los pagos parciales primero a intereses y el excedente, si existiese, a la deuda, cuota o período más antiguo. B)

por falseamiento de la declaración jurada de salud. En este caso, la entidad sólo podrá rescindir el contrato celebrado cuando se verifiquen las siguientes circunstancias que den cuenta de que el usuario no obró de buena fe: (i) el usuario omitió informar una enfermedad o situación preexistente a la afiliación en la declaración jurada; (ii) el usuario sabía de la enfermedad o situación preexistente. En caso de rescisión por falseamiento de la declaración jurada, la entidad se encontrará facultada para rechazar toda nueva afiliación del usuario o usuaria por un plazo de DOCE (12) meses. En caso de contratación de grupo familiar, únicamente se podrá excluir por falseamiento al integrante respecto del cual se hubiere falseado la declaración jurada, conservándose la afiliación del resto del grupo familiar y reduciendo la cuota en la parte proporcional correspondiente al integrante excluido.

6.- CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS DE SALUD

Con el objetivo de recibir la mejor asistencia posible, concedo autorización, para que OSDE acceda a los datos personales vinculados a mi salud que son producto de atenciones con diferentes profesionales o instituciones. Estoy en pleno conocimiento de que mi historial de salud puede incluir: diagnósticos, prescripciones e indicaciones médicas, resultados de análisis de laboratorio e informes de prácticas diagnósticas.

Expreso este consentimiento de forma voluntaria con el único objetivo de favorecer el ejercicio de la medicina de forma efectiva y personalizada; y facilitar la toma de decisiones médicas informadas en relación a mis tratamientos.

7.- VALORES DE COPAGOS

CODIGO	DENOMINACIÓN	VALOR 01/01/2025
1000105	BACTERIOLOG.DIR.Y CULTIVO	1.300
1000171	MODULO DE COAGULOGRAMA BASICO	1.300
1000192	CREATININA-ORINA O SANGRE	1.300
1000412	GLUCEMIA	1.300
1000475	MODULO DE HEMOGRAMA	1.300
1000481	MODULO DE HEPATOGRAMA	1.300
1000543	INSULINA POR RIA C/DETERM.	1.300
1000546	MODULO DE IONOGRAMA PLASMATICO	1.300
1000677	MAT.DESC.P/LA EXT.DE SANGR	1.300
1000711	MODULO DE ORINA COMPLETA	1.300
1000739	PARATHORMONA P/RIA-PTH	1.300
1000865	TIROTROFINA PLAS.P.RIA-TSH	1.300
1000867	TIROXINA EFECT. ETR P/RIA	1.300
1000876	TRIGLICERIDOS	1.300
1000878	TRIIODOTIR.TOTAL TT3 P/RIA	1.300
1000902	UREMIA	1.300

1006002	VITAMINA D, 25(OH)	1.300
1006020	AMINOGRAMA URINARIO	13.940
1006021	AMINOACI.PLASM.(CUALI)	13.940
1006028	PROSTATICO ESPECIF-AG-PSA	1.300
1006085	FERRITINA	1.300
1006094	HDL COLESTEROL	1.300
1006242	DIABETES MELLITUS (TIPO I)	13.940
1006243	DIABETES MELLITUS (TIPO I)	13.940
1006244	CELIACA,ENFERMEDAD.ALELOS	13.940
1006245	CELIACA,ENF.ALELOS HLA-DQA	13.940
1006246	FIBROSIS QUISTICA MUTACION	13.940
1006247	FIBROSIS QUISTICA MUTACION	13.940
1006248	FIBROSIS QUISTICA MUTACION	13.940
1006440	CITOMEGALOVIRUS,DNA VIRAL	13.940
1006531	HPV DETECCION DE ADN VIRAL	13.940
1006645	FOLICO,ACIDO(EN SUERO)	1.300
1006692	VITAMINA B12(CITANOCOBA.)	1.300
1006722	CITOMEGAL.DNA VIR-PCR CUAL	13.940
1006727	HERPES SIMPLEX 1 Y 2	13.940
1006730	CHLAMYDIA TRACHOM,GENOMA	13.940
1006731	CHLAM.PNEUMON.CEPA TWAR	13.940
1006733	TOXOPLAS GONDII,GENOMA PCR	13.940
1006753	EPSTE.BAR(EBV)DNA VIR.PCR	13.940
1006763	ADENOVIRUS-GENOMA VIRAL	13.940
1006767	HOMOCISTEINA	1.300
1006773	RELAC.PSA LIBRE/PSA TOTAL	1.300
1006805	PROTOMBINA 20210 A X B.M.	13.940
1006806	FACTOR V DE LEIDEN X B.M.	13.940
1006823	TBG.	1.300
1006824	HERPEX SIMPLEX TIPO 6.	13.940
1006825	ENTEROVIRUS	13.940
1006826	VARICELA ZOSTER (VZ)(PCR)	13.940
1006832	ACTO PROFESIONAL BIOQUIMIC	1.300
1006835	FENOTIP.ALFA 1-ANTITRIPSIN	13.940
1006844	PROPIONEBAC.ACNES POR PCR	13.940
1006845	BACTERIAS UNIVERS.POR PCR	13.940
1006846	HONGOS POR PCR.	13.940
1006847	ACANTAMOEBA POR PCR.	13.940
1006876	CMV-CARGA VIRAL-PCR CUANT.	13.940
1006877	EPSTEIN BARR CARGA VIRAL	13.940
1006878	INFLUENZA A H1N1 (PCR)H1N1	13.940
1006887	DENGUE VIRUS - (PCR)	13.940
1006898	7 DEHIDROCOLESTEROL	13.940
1006899	ACILCARNITINAS CUANTITATIV	13.940
1006900	BORDETELLA PERTUSSIS (PCR)	13.940
1006901	ACILCARNITINAS CUANTITATIV	13.940

1006902	AC GRASOS DE CADENA MUY LARGA (AGCML)	13.940
1006903	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS	13.940
1006904	AMINOACIDOS CUANTIT.GSPF	13.940
1006905	BETA GALACTOCEREBROSIDASA	13.940
1006906	CARNITINA TOTAL,LIBRE Y ES	13.940
1006907	ISOELECTROENFOQUE TRANSFER	13.940
1006908	HEXOSAMINIDASA A(LEUC/SUER	13.940
1006909	HEXOSAMINID.A Y B LEUCOCI	13.940
1006910	HEXOSAMINIDASA TOT.A/B SUE	13.940
1006911	HEXOSAMINID.T O A GSPF C/U	13.940
1006912	OROTICO,AC	13.940
1006913	LCR IGG, ISOELECTROFOCALIZ	13.940
1006914	LCR:PMB-PROT.BASIC.MIELINA	13.940
1006915	MUCOPOLISACRIDOS (CROMATOG	13.940
1006916	AC.ORGANIC.EN ORINA SEMICU	13.940
1006931	MICOPLASMA PNEUMONIAE PCR	13.940
1006936	PRION (PR/PRP), (ECJ)	13.940
1006954	MICOBACT.ATIPICAS (PCR)	13.940
1006957	METILMALONICO AC EN ORINA	13.940
1006958	METILMALONICO AC EN SUERO	13.940
1006959	PIPECOLICO AC	13.940
1006960	AILAMIENTO DE ADN SANGRE	13.940
1006962	ALFA-FUCOSIDASA	13.940
1006963	ALFA-GALACTOSIDASA A	13.940
1006964	ALFA-GLUCOSIDASA LINFOCITO	13.940
1006965	ALFA-GLUCOSIDASA EN MUSCUL	13.940
1006966	ALFA-IDURODINASA	13.940
1006967	ALFA-MANOSIDASA	13.940
1006968	AMILO 1-6 GLUCOSID.E.DESRA	13.940
1006969	ARILSULFATASA A EN LEUCOCI	13.940
1006970	ARILSULFATASA A EN SUERO	13.940
1006971	ARILSULFATASA B EN LEUCOCI	13.940
1006972	ARILSULFATASA B EN SUERO	13.940
1006973	ASPARTIL GLUCOSAMINIDASA S	13.940
1006974	BETA GALACTOSIDASA	13.940
1006975	BETA GLUCOSIDASA LEUCOCITO	13.940
1006976	BETA GLUCOSIDASA EN GSPF	13.940
1006977	GLUCURONIDASA	13.940
1006978	BETA MANOSIDASA LEUCOCITOS	13.940
1006979	BETA MANOSIDASA EN SUERO	13.940
1006980	COLESTERILESTERASA/LIPASA	13.940
1006981	CPOS.REDUCTORES/BENEDICT O	1.300
1006982	ESFINGOMIELINASA EN LEUCOC	13.940
1006983	FENILALAMINA/TIROSINA CUAN	1.300
1006984	GAL.1-FOSF.UR.TRANSF.CUALI	13.940
1006985	GAL.1-FOSF.UR.TRANSF.CUANT	13.940

1006986	GALACTICOL EN ORINA	13.940
1006987	GALACTOSA 1 FOSFATO (GSPF)	13.940
1006988	GALACTOSA LIBRE (GSPF)	13.940
1006989	GALACTOSA TOTAL (GSPF)	13.940
1006990	HEXOSAMIN.BUSQ.PORT.TAY SA	13.940
1006991	IDURONATO SULFATASA LEUCO	13.940
1006992	IDURONATO SULFATASA SUERO	13.940
1006993	KERATAN SULFATO SULFATASA	13.940
1006994	MOD.LCR EST.COMP.IGG/IEF/PBM	13.940
1006995	BIOTINIDASA EN GSPF	13.940
1006996	ALFA GLUCOSADASA EN GSPF	13.940
1006997	N-ACETIL ALFA-D GLUC.LEUCO	13.940
1006998	N-ACETIL ALFA-D GLUC.SUERO	13.940
1006999	N-ACETIL ALFA-GALACTOS.LEU	13.940
1007000	ESFINGOMIELINASA EN GSPF	13.940
1007001	N-ACETIL ALFA-GALACT.SUERO	13.940
1007002	OLIGOSACARIDOS (CROMATOG.)	13.940
1007003	PLASMOLOGENOS	13.940
1007004	QUITOTRIOSIDASA	13.940
1007005	QUITOTRIOSIDASA GSPF	13.940
1007006	SUCCINIL ACETONA GSPF	13.940
1007007	SUCCINIL ACETONA - ORINA	13.940
1007008	SUCCINIL PURINAS	13.940
1007009	SULFATIDOS EN ORINA	13.940
1007010	TIOSULFATO	13.940
1007011	FITANICO EN SUERO, AC	13.940
1007012	PRISTANICO EN SUERO, AC	13.940
1007022	ALFA GALACTOSIDASA A GSPF	13.940
1007023	ALFA IDURONIDASA EN GSPF	13.940
1007024	ALFA MANOSIDASA EN GSPF	13.940
1007025	ALFA FUCOSIDASA EN GSPF	13.940
1007039	CMV EN TEJIDOS POR PCR	13.940
1007040	HSV-6 EN TEJIDOS POR PCR	13.940
1007041	HSV1 Y 2 EN TEJIDOS PCR	13.940
1007042	VARICELA ZOSTER X PCR	13.940
1007051	SME.DE LYNCH.(HNPCC)(IMS)	13.940
1007052	SME.LYNCH X INMUNOHISTOQUI	13.940
1007074	SINDROME DE LYNCH.SEC.COMP	13.940
1007079	EST.MOLEC.ENF.HUNTINGTON	13.940
1007080	EST.MOLEC.HHT-MUTAC.ESPEC.	13.940
1007081	EST.MOLEC.HHT-CASO INDICE	13.940
1007086	SME.DIGEORGE / DELEC.22Q11	13.940
1007114	CHIKUNGUNYA POR PCR	13.940
1007115	ZIKA POR PCR	13.940
1007118	PRADER WILLY/ANGELMAN MLPA	13.940
1007123	SEPTINA 9/EPI PROCOLON	13.940

1007128	MICROARRA/HIBR/GENETI/COMP	13.940
1007131	CORONAVIRUS POR PCR	13.940
1007135	MOD.PANEL DE ANTICUERPOS PARA ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA	13.940
1007144	MODULO DE CURVA DE INSULINA	1.300
1007151	MODULO PANEL DEFICIT CREATINA CEREBRAL	1.300
1007152	INHIBIDOR DEL ADAMTS 13	1.300
1007153	ANTICUERPO CONTRA ADAMTS 13	1.300
1007154	ACTIVIDAD DE ADAMTS 13	1.300
1007170	CARGA VIRAL DE HERPES 6	1.300
1007179	ANTICUERPOS ANTI COMPLEJO HEPARINA FACTOR PLAQUETARIO 4	1.300
1007181	CARGA VIRAL DE ADENOVIRUS	1.300
1007188	PDGFR BETA	13.940
1007197	RHINOVIRUS POR PCR	1.300
1007198	PANEL DE IDP	13.940
1007200	VIRUELA DEL MONO POR PCR	1.300
1010764	MOD.BLOQUEO RADIC.BAJO TAC.	38.070
1020167	MOD.FACO-EMULSIF.CRISTAL.	101.400
1020169	MOD.COL.LENTE ALTA MIOPIA.	101.400
1020465	MOD.COMP.CIR.VITREO-RETIN.	101.400
1020663	MODULO DE FOTOCOAG.LASER RETINA	32.970
1030565	MOD.2 VIDEOENDOS.SEN	71.030
1030566	MOD. 3 CIRUGIA VIDEOENDOSCOPICA RADICAL DE LA PANSINUSITIS-SENOS PARANASAL-C/SEPTUMPLASTIA	71.030
1030567	MOD.DE CX SENOS PARANASALES (SOLO GASTOS)	71.030
1031364	MOD.ANILLO WALDEYER,C.VOC. (SOLO GASTOS)	32.970
1070666	MOD.TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA VENOSA MMII (UNI/BILAT) (SOLO GASTOS)	32.970
1070779	MOD. ANGIOGRAFIA P/RES.CEREBRO	38.070
1080662	MODULO TTO PATOL.ANO ORIFICIAL (SOLO GASTOS)	32.970
1100861	MOD.CIR.UROLOGICA ADULTOS. (SOLO GASTOS)	32.970
1110211	RASPADO UTERINO DIAGNOST.	10.190
1110215	ESC.LOC.LES.CUEL. ELECTROC	10.190
1110265	MOD.HISTEROSCOPIA QUIRURGI	32.970
1110362	MOD.PROC.PERINEO-PELVIANO. (SOLO GASTOS)	32.970
1120164	MOD.ARTROS.SIMPLE	53.250
1120165	MOD.ARTROS.COMPJA	53.250
1130102	ESC.AMPLIA LES.PIEL P/TUM.	10.190
1130104	ESCISION DE LESION PIEL O GLAND.	10.190
1130107	DESTRUCCION LESIONES PIEL 5 ELEMENTOS O MÁS	10.190
1130160	MOD.CRIOCIR.DERMATOLOG./RADIOF	7.590
1130164	MODULO.ESC.LES.MALIG.PIEL+RECONST	32.970
1130186	MOD.V DE PIEL:ESCISION.	32.970
1130187	MOD.TRAT.LESIO.PIEL/PARTES (SOLO GASTOS)	32.970
1150106	CITOLOG.EXFOLIAT.ONCOLOG.	7.590
1170101	ELECTROCARD.EN CONSULTORIO	7.590
1170104	ELECTR.HOLTER 24 H/UN CAN.	7.590
1170111	ERGOMETRIA	7.590

1170118	E.C.G. HOLTER 24 HS. 2 CAN	7.590
1170161	PRESUROMET.HOLTER 3 CANAL	7.590
1170167	TILT TEST	7.590
1170177	MOD.ECO-STRESS DIGITAL.REP.	7.590
1170178	MOD.ERGOMET DE 12 DERIV.COMPUT (A PARTIR DE 16 AÑOS EDAD)	7.590
1170197	HOLTER DE PRESIÓN ARTERIAL (PRESUROMETRÍA) DE 24HS	7.590
1180101	ECOCARDIOGRAMA MODO A Y M	7.590
1180102	ECOCARD.COMPLETO CVIDEO T	7.590
1180103	ECOCARD.COMP.C/ECOSCOPIA	7.590
1180104	ECOGRAFIA TOCOGINECOLOGICA	7.590
1180106	ECOGRAF. MAMARIA BILATERAL	7.590
1180107	ECOGRAFIA CEREBRAL	7.590
1180109	ECOGRAF.OFTALM.UNI Y BILAT	7.590
1180110	ECOGRAFIA TIROIDEA	7.590
1180111	ECOGRAFIA TESTICULOS	7.590
1180112	ECOGRAF. COMPLETA ABDOMEN	7.590
1180113	ECOG.HEP,BIL,ESPLEN,O TORA	7.590
1180114	ECOGRAF. VEJIGA O PROSTATA	7.590
1180116	ECOGRAF. RENAL BILATERAL	7.590
1180117	ECOGRAF.AORTA ABDOMINAL	7.590
1180118	ECOG.PANCREA O SUPRARRENAL	7.590
1180121	ECOGRAF. P/ AMNIOCENTESIS	7.590
1180160	MOD.MONITOR.ECOGRAF.OVULAC	7.590
1180161	ECOG.TRANSVAG./SONOHISTERO	7.590
1180162	ECOG.PROST P/VIA TRANSREC.	7.590
1180163	ECOG.MUSCULO ESQUELETICO	7.590
1180164	ECOGRAFIA DE CADERA BILAT.	7.590
1180166	DOPPLER TRANSESOFAGIC-BYN	7.590
1180167	DOPPLER TRANSESOFAG.-COLOR	7.590
1180168	DOPPLER B/N TODAS REGIONES	7.590
1180169	DOPP-COLOR TODAS REGIONES	7.590
1180170	ECOTOMOGRAFIA DOPPLER.	10.190
1180172	M.PUNCIÓN BX BAJO ECOG,INCLUYE PRÓSTATA TRANSRECTAL/TRANSPERINEAL, EXCLUYE MAMA/TIROIDES	10.190
1180173	ECOG.MAMARIA CON TRANSDUCT	7.590
1180174	ECOCAR.NEONATAL MODO M.	7.590
1180175	AN.AUDIOESP.DOP.TRANSCRANE	7.590
1180176	ECOG.DE PAROTIDA UNI O BIL	7.590
1180177	ECOG.CERVIC-CUELLO UTERINO	7.590
1180178	ECOG.TIROIDEA C/TRANSDUCT.	7.590
1180179	ECOG.ALTA RESOL.HUESOS LAR	7.590
1180180	ECOGRAFIA DE RECTO.	7.590
1180181	ECOG.URETA MASC.Y FEMENINA	7.590
1180182	ECOG.DEL PISO DE LA BOCA	7.590
1180184	MODULO DE DRENAJE ABSCESOS B/C.ECOG.	71.030
1180185	ECOGRAFIA DE PLEURA.	7.590

1180189	ECOG.PROST.TRANSR.COLOR	7.590
1180190	ECOG.TRANSV.TRANSR.COLOR	7.590
1180191	ECOGRAFIA TRIDIMENSIONAL	7.590
1180192	ECOG.TRANSR.(CRAN.TRANSR.)	7.590
1180194	ECOG.INTRAOP.CUALQUIER REG	7.590
1180197	DOPPLER CORDON ESPERMATICO	7.590
1180260	ECOGRAFIA ENDOANAL/TRANSANAL 360º	7.590
1180262	ECOG.CUALQUIER REGION	7.590
1180263	MODULO DE PUNCION TIROIDEA C/ECOGRAF	7.590
1180268	ELASTOGRAF HEPAT/FIBROSCAN	7.590
1180269	ECOG.PISO PELVI TRANSPER	7.590
1185001	ECOGRAFIA HEPATOBILIAR	7.590
1185002	ECOGRAFIA DE VIA BILIAR	7.590
1185003	ECOGRAFIA DE BAZO	7.590
1185004	ECOGRAFIA DE VEJIGA	7.590
1185005	ECOGRAFIA DE PROSTATA	7.590
1185006	ECOGRAFIA SUPRARRENAL	7.590
1185007	ECOGRAFIA DE PANCREAS	7.590
1185008	ECOG.VESICULAS SEMINALES	7.590
1185009	ECOG.PROSTATA TRANSRECTAL	7.590
1185010	ECOGRAFIA DE VENA CAVA	7.590
1185011	ECOGRAFIA DE PENE	7.590
1185012	ECOG.MUSCULO ESQUELETICA	7.590
1185013	ECOGRAF.PLEURA Y PULMON	7.590
1185020	ECOG. AORTA ABDOMINAL	7.590
1185027	ECOG.INTRAOP.CUALQ.REGION	7.590
1185101	DOPPLER TRANSCRANEANO BYN	10.190
1185102	DOPPLER VASOS OFTALM.B.Y N	10.190
1185103	DOPPLER DE PAROTIDAS B.Y N	10.190
1185105	DOPPLER DE TIROIDES B Y N	10.190
1185107	DOPP.CARDIACO-BYN-	10.190
1185109	DOPPLER MAMARIO UNI/BILAT	10.190
1185110	DOPPLER DE RIÑON B. Y N.	10.190
1185112	DOPP.ABDOMINAL B.Y N	10.190
1185117	DOPP.AORTA ABDOMINAL B Y N	10.190
1185119	DOPPLER DE VEJIGA B Y N	10.190
1185120	DOPP.TESTIC,V.SEMIN. B Y N	10.190
1185122	DOPP.VESICOPROSTAT.-BYN	10.190
1185125	DOPPLER TRANSVAGINAL B Y N	10.190
1185126	DOPP.UTERO/OV./C.UT. B Y N	10.190
1185129	DOPP.MUSC.ESQUEL./P.BL BYN	10.190
1185131	DOPP.ART.MM.SS. B/N UNIL.	10.190
1185132	DOPP.MM.SS. B. Y N. UNILAT	10.190
1185134	DOPP.VEN.MM.II.B Y N UNILA	10.190
1185135	DOPP.VEN.MM.SS. B/N BILAT.	10.190
1185136	DOPP.ARTER.MM.II.B Y N.UNI	10.190

1185137	DOPP.ART.MM.II. B Y N BILA	10.190
1185138	DOPP.VENOSO MM.II.B.Y N BI	10.190
1185140	DOPPLER V.DE CUELLO B Y N	10.190
1185201	DOPP.VASOS OFTALM.UNI.COLO	10.190
1185202	DOPPLER DE PAROTIDAS COLOR	10.190
1185204	DOPPLER DE TIROIDES-COLOR	10.190
1185205	DOPP.PLEURA Y PULMON COLOR	10.190
1185206	DOPP.CARD./V.PULM.-COLOR	10.190
1185208	DOPPLER MAMARIO-COLOR	10.190
1185209	DOPPLER DE RIÑON COLOR	10.190
1185210	DOPPLER SUPRARRENAL COLOR	10.190
1185211	DOPP.ABDOMINAL- COLOR	10.190
1185212	DOPPLER VIA BILIAR COLOR	10.190
1185213	DOPPLER DE BAZO COLOR	10.190
1185216	DOPP.AORTA ABDOMINAL COLOR	10.190
1185217	DOPPLER DE URETRA COLOR	10.190
1185219	DOPP.TESTIC./VES.SEM.COLOR	10.190
1185220	DOPP.VES.SEMIN.COLOR	10.190
1185221	DOPP.VESICOPROSTAT.-COLOR	10.190
1185224	DOPP.UTERO/OV.C.UT.COLOR	10.190
1185225	DOPP.OVARIO/TROMP.FAL.COLO	10.190
1185227	DOPP.MUSC.ESQUELET.COLOR	10.190
1185228	DOPPLER DE CADERA COLOR	10.190
1185229	DOPP.ARTER.MM.SS.COLOR UNI	10.190
1185230	DOPP.VEN.MM.SS.COLOR UNIL.	10.190
1185231	DOPP.VEN.MM.SS.COLOR BILAT	10.190
1185232	DOPP.ARTER.MM.II.COL.UNILA	10.190
1185233	DOPP.ARTER.MM.SS.COLOR BIL	10.190
1185234	DOPP.VEN.MM.II.COLOR BILAT	10.190
1185235	DOPP.ARTER,MM.II.COLOR BIL	10.190
1185236	DOPP.VEN.MM.II.COLOR UNIL.	10.190
1185238	DOPPLER V.DE CUELLO-COLOR	10.190
1185323	ECOTOMOGRAFIA TRANSVAGINAL	10.190
1185701	DOPPLER PENEAN BYN.	10.190
1185702	DOPPLER PENEAN- COLOR	10.190
1185704	DOPP.CORDON ESPERM.COLOR	10.190
1185705	DOPPLER GINECOL. BYN	10.190
1185706	DOPPLER GINECOLOGICO-COLOR	10.190
1185707	DOPPLER M.S.ARTER/VENO.BYN	10.190
1185708	DOPPLER MS.ARTER/VENO.COL	10.190
1185709	DOPPLE.MS.ARTER Y VENO.BYN	10.190
1185710	DOPPLE.MS.ARTER Y VENO.COL	10.190
1185711	DOPPLER TRANSCRANEA- COLOR	10.190
1185712	DOPPLER M.I.ARTER/VENO.BYN	10.190
1185713	DOPPL M.I.ARTER/VENO.COLOR	10.190
1185714	DOPPLE.MI.ARTER VENO.BYN	10.190

1185715	DOPPLE.MI.ARTER Y VENO.COL	10.190
1185716	DOPPLER RETROPY A.U - BYN	10.190
1185717	DOPPLER RETROPY A.U-COLOR	10.190
1185718	DOPPLER TRANSVAGINAL-COLOR	10.190
1190102	REGIMEN INDIVIDUAL CON PREPARACION DE MENU DIETETICO	7.590
1200180	MODULO DE FIBR/VIDEOEND.ALTA DIAG.AD	71.030
1200181	MOD.FIBR/VIDEOEND.BAJA TER.AD.	71.030
1200185	MOD.FIBRO/VIDEO.BAJ.DIAG.AD.	71.030
1200186	MOD.FIBRO/VIDEO.ALTA TER.AD.	71.030
1200187	T.AIRE ESP.P/HELIC.PILORYA	10.190
1200196	TEST AIRE ESP.P/SOBC.BACT.	10.190
1200197	VIDEODEGLUCION	71.030
1200199	MOD.FIBRO/VIDEOEND.ALT.DX.PED.	71.030
1200260	MOD.FIBR/VIDEOEND.ALTA TER.PED	71.030
1200261	MOD.FIBR/VIDEOEN.BAJA DIAG.PED	71.030
1200262	MOD.FIBR/VIDEOEND.BAJA TER.PED	71.030
1200264	MOD.RES.ENDOSC.T.COLORRECT	71.030
1205060	FIBROVIDEOEND.DIG.ALTA DX.	71.030
1205061	FIBROVIDEOEND.DIG.ALTA TER	71.030
1205062	VIDEOENDOSC.DIAG.BAJA.DIAG	71.030
1205063	VIDEOENDOSC.DIG.BAJA TERAP	71.030
1220101	COLPOSCOPIA (TRAQUEL.)	7.590
1220160	VAGINOSCOPIA-VULVOSCOPIA.	7.590
1220161	VIDEOCOLPOSCOPIA	7.590
1250101	FISIOTER- AGENTES FISICOS	2.500
1250102	KINESIOTERAPIA	2.500
1250103	TERAPIA OCUPACIONAL	2.500
1250104	REHAB.LENGUAJE POR SESION	2.500
1250164	TECNIC.CORRECCION POSTURAL	2.500
1250181	MOD.TRAT.KINESIOLOGICO.	2.500
1250182	MOD. TRATAMIENTO KINESIOLOGICO COMPLEJO	2.500
1250291	REHABILITACION DEL LENGUAJE ONLINE	2.500
1260501	CENTELLOG.CEREBRO POSI C.	16.540
1260502	CENTELLOG.CEREB.POS.SUBSIG	16.540
1260503	CENTELLOGRAMA MEDULA OSEA	16.540
1260504	MIELOGRAFIA ISOTOPICA	16.540
1260505	CISTERNOGRAF.ISOTOP.SH. C.	16.540
1260506	FISTULOGRAF.ISOTOP. L.C.R.	16.540
1260507	VENTRICULOGRAF.ISOTOP.S HC	16.540
1260508	CENTELLOGRAMA OSEO - 1 AREA (CABEZAL MOVIL)	16.540
1260509	CENT. OSEO AREAS SUBSIG.	16.540
1260510	CENT.ART.INC.ARTOCENTESIS	16.540
1260511	CENTELLOGRAMA DE TIROIDES	16.540
1260512	CENT.TIROIDES Y MEDIASTINO	16.540
1260513	BARRIDO TOTAL PCARC.TIR .	16.540
1260514	CENTELLOG. DE PARATIROIDES	16.540

1260515	CENT. GLANDULAS SALIVALES	16.540
1260516	CENTELL.PULMON POSIC.)	16.540
1260517	CENTELLG.HEPATICO POS.)	16.540
1260518	CENT.POOL VASCULAR HEPAT.	16.540
1260519	CENTELLOGRAMA DE PANCREAS	16.540
1260520	CENTELLOGRAMA DE BAZO	16.540
1260521	CENTELLOG. RENAL BILATERAL	16.540
1260522	CENTELL.POOL VASC. RENAL	16.540
1260523	CENTELLOGRAMA DE PLACENTA	16.540
1260524	CENTELLOG. VIAS LINFATICAS	16.540
1260525	ANGIOG.RADIOISOT.POR AREAS	16.540
1260526	ESTUDIO DINAMICO RENAL	16.540
1260527	RADIOCARDIOGRAMA	16.540
1260528	PERFUS.A-ESTADO DE REPOSO	16.540
1260529	FLEBOG.POR AREAS SAFEENAS	16.540
1260530	FLEBOGRAF. POR AREA ADIC.	16.540
1260531	DINAM.TRANSITO ESOF.GASTR.	16.540
1260532	DINAM.TRANSITO INTESTINAL	16.540
1260561	SPECT TALIO ESFUERZO	16.540
1260562	SPECT HEPATICO	16.540
1260563	SPECT OSEO	16.540
1260564	SPECT CEREBRAL	16.540
1260565	SPECT CON GALIO	16.540
1260582	SPECT.CUERPO TOTAL/W.BODY	16.540
1260583	SPECT GATILLADO/CARDIACO.	16.540
1280160	RINOFIBROLARINGOSCOPIA	7.590
1280164	MOD.ESPIROMETRIA COMPUTADA	7.590
1280170	PRUEBA DE EJERC.C/OXIMET.P/TEST MARCHA DE LOS 6'	7.590
1280183	MOD.ENDOSC.RESPIR.	71.030
1280184	MOD.ENDOSC.RESP.URGENCIA	71.030
1280185	MOD.ENDOSC.RESPIR.COMP	71.030
1290102	ELECTROENCEF. COMPLEJA	7.590
1290106	ELECTROMIOG.C/VELOC.CONDUC	7.590
1290160	POTEN/EVOCAD/VISUAL/SOMATO	7.590
1290161	P.EVOCADOS 2 EST.SIMULTAN.	7.590
1290162	P.EVOCADOS 3 EST.SIMULTAN.	7.590
1290163	ELECTROENCEFALOGRAMA SUEÑO	7.590
1290166	MODULO ESTUDIO POLIGRAFICO DEL SUEÑO	7.590
1290167	MAPEO CEREBRAL	7.590
1290180	MODULO DE ESTUDIOS OTONEUROLOGICOS	7.590
1300161	CAMPO VISUAL COMPUTAR.AMBO	7.590
1300175	REC.ENDOTELIAL/MICROS.ESP.	7.590
1300181	TOPOG.DIGIT.CORNEA UNI/BIL	7.590
1300187	TOMOGRAFIA RETINAL	10.190
1300195	TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA (OCT) DE CAMARA POSTERIOR DESDE 46 AÑOS	10.190

1300198	TOMOGRFIA DE COHERENCIA OPTICA (OCT) HASTA 45 AÑOS INCLUSIVE UNI / BILAT	10.190
1305066	TOMOG.COHERENC.OPTIC.UNIL	10.190
1305067	TOMOG.COHER.OPTIC.BILATER	10.190
1310101	EST. FUNCIONAL LABERINTICO	7.590
1310102	AUDIOMETRIA	7.590
1310103	LOGOAUDIOMETRIA VIA AEREA.	7.590
1310104	PRUEBAS SUPRALIMINARES	7.590
1310105	SELEC. DE OTOAMPLIFONOS(UNI/BILATERAL)	7.590
1310107	TECNICA PROETZ-POR SESION	7.590
1310109	IMPEDANCIOMETRIA	7.590
1310110	EX.FUNC.NARIZ RINOMANOMET.	7.590
1310111	EXT.CPO.EXT.ÓÍDO UNI O BIL	7.590
1310112	TAPONAMIENTO NASAL ANTER.	7.590
1310113	TAPONAM.NASAL ANTEROPOST.	7.590
1310115	CAUTERIZACION NARIZ	7.590
1310118	LARINGOSCOPIA DIRECTA	7.590
1310122	OTOMICROSCOPIA	7.590
1310160	AUDIOMETRIA A CAMPO LIBRE	7.590
1310162	AUDIOMETRIA POR JUEGO BIL.	7.590
1310172	TIMPANOMETRIA	7.590
1340201	RX.CRANEO-S.PARAN.-CAV.1EX	7.590
1340202	EXPOSICION SUBSIGUIENTE.	7.590
1340209	RX. DE RAQUIS (COLUMNNA).	7.590
1340210	EXPOSICION SUBSIGUIENTE.	7.590
1340211	RX HOMB.HUMER.PELV.CAD.FEM	7.590
1340212	EXPOSICION SUBSIGUIENTE.	7.590
1340213	RX CODO/MANO/ROD/PIE ETC.	7.590
1340271	ESPINOGRAFIA DE COLUMNNA	10.190
1340272	ESPINOG.COLUMNNA FTE.Y PERF	10.190
1340278	RESON.FUNCION./ESPECTROSCO	38.070
1340301	RX O TELERX TORAX 1 EXP. A	7.590
1340302	RAD.TELERAD.TORAX EXP.SUBS	7.590
1340468	MOD.COLANGIOPANC.X R.M.N	38.070
1340601	MAMOGRAFIA-P/LADO C.P.PERF	7.590
1340602	MAMOG.PROYEC.AXILAR P/LADO	7.590
1340660	MAMOG.UNILAT A.R. EKLUND.	7.590
1340661	MAMOG.BILAT.A.R.EKLUND BIL	7.590
1340662	MAMOG.BILAT A.R.EKLUND UNI	7.590
1340667	AMPLIAC.MAMOGRAF.DIGITAL.	7.590
1340668	MAMOGRAFIA BILAT C/PROLONG	7.590
1340682	MAMOG.FOCAL.C/TECN.MAGNIF.	7.590
1340683	MOD.PUNC.MAMA SIST.VAC.(MAMMOTOME)	7.590
1340686	MAMOGRAFIA UNILAT C/PROLON	7.590
1340687	MAMOG.DIGIT.A.R.EKLUND-UNI	7.590
1340688	MAMOG.DIG.A.R.EKLUND BILAT	7.590

1340689	MAMOG.DIG.FOCAL.MAGNIF.UNI	7.590
1340690	MAMOG.DIGIT.C/PROL.AX.UNIL	7.590
1340691	MAMO.DIGIT.C/PROL.AX.BILAT	7.590
1341001	TOMOGRAFIA CEREBRAL	32.970
1341002	T.A.C.CEREBRAL REFORZADA	32.970
1341003	T.A.C. CEREBRAL DE CONTROL	32.970
1341004	TOMOGRAFIA OFTALMOLOGIA (UNI O BILATERAL)	32.970
1341005	TOMOGRAFIA TIROIDEA	32.970
1341006	T.A.C. MAMARIA	32.970
1341007	T.A.C. GINECOLOGICA	32.970
1341008	TOMOGRAFIA COMPLETA DE ABDOMEN	32.970
1341009	TAC HEPATOBIL.ESP.PANC.REN	32.970
1341010	TOMOGRAFIA TORACICA	32.970
1341011	T.A.C. VEJIGA Y PROSTATA	32.970
1341012	TAC OTROS ORGANOS/REGIONES	32.970
1341013	T.A.C. DE COLUMNA	32.970
1341060	RMN DE CEREBRO	38.070
1341061	RMN COLUMNA CERVICAL.	38.070
1341062	RMN COLUMNA DORSAL.	38.070
1341063	RMN COLUMNA LUMBO-SACRA.	38.070
1341064	RMN COLUMNA LUMBAR.	38.070
1341065	RMN P/ZONA: CUELLO-TORAX..	38.070
1341066	RMN ZONA-RODILLA-HOMBRO...	38.070
1341068	DENSITOMETRIA POR REGION.	7.590
1341069	DENSITOMETRIA OSEA TOTAL	7.590
1341070	TOMOGRAFIA DE OIDO (UNI O BILATERAL)	32.970
1341071	RNM OBSTETRICA	38.070
1341076	TOMOG.TRIDIM.P/Z.(ABDOMEN)	32.970
1341079	T.A.C. TRIDIM.P/ZONA(TORAC	32.970
1341083	RMN 2DA. REGION.	38.070
1341084	RMN DE RODILLA REGI SUBSIG	38.070
1341085	UROGRAMA X RMN	38.070
1341086	ANGIOTOMOGRAF.C/REC.TRIDIM	32.970
1341088	RESON.MAG.ATM.	38.070
1341089	RMN CARDIACA	38.070
1341090	ARTORRESONANCIA.	38.070
1341091	RMN DE CODOS/MUÑ/MAN/TOB/P	38.070
1341092	RMN OTROS ORG/REG.EXC.MAMA	38.070
1341168	RMN DE MAMA (BILATERAL)	38.070
1341178	TOMOGRAFIA TRIDIMENSIONAL EN TODO CONCEPTO Y SIN MEDICIONES	5.100
1341179	R.N.M. INTESTINO DELGADO	38.070
1341181	RNM C/DIFUSION P/LES.CEREB	38.070
1341182	RNM/PROST/PELV/DIFU/ALT/RE	38.070
1341183	MOD.RNM PROSTATA MULTIPARAMET	38.070
1341260	ESTUDIO DINAMICO M/E.MMII	7.590
1345001	TOMOGRF.LINEAL DE CEREBRO	32.970

1345004	TOMOG.LIN.SENOS PARANASALE	32.970
1345007	TOMOG.LINEAL COLUMN.CERVIC	32.970
1345019	TOMOGRF.LINEAL PELVIS	32.970
1345060	TOMOGRFIA DE CUELLO	32.970
1345061	TOMOG.COMP.HELIC.3D CUELLO	32.970
1345062	TOMOG.COMP.HELIC.MULTIC.CUE	32.970
1345101	TOMOG.HELICOIDAL OIDOS	32.970
1345102	TOMOG.HELICOI.SEN.PARANASA	32.970
1345103	TOMOG.HELICOID.MACIZO FAC.	32.970
1345104	TOMOG.HELIC.ARBOL URINARIO	32.970
1345105	TOMOG.MM.SS. (UNILATERAL)	32.970
1345106	TOMOG.MM.II. (UNILATERAL)	32.970
1345107	TOMOG.COLUMNNA CERVIC	32.970
1345108	TOMOG.COLUMNNA DORSAL	32.970
1345109	TOMOG.COLUM.LUMBOSAC	32.970
1345162	TAC.HELIC.HEPATOBIL./PANC	32.970
1345201	RNM PAROTIDAS	38.070
1345202	RNM TIROIDES	38.070
1345207	RMN PULMON O PLEURA	38.070
1345209	RMN HIGADO	38.070
1345210	RMN VIA BILIAR	38.070
1345214	RMN RIÑON	38.070
1345216	RMN APARATO REPROD.FEMENIN	38.070
1345217	RMN APARATO REPROD.MASCUL.	38.070
1345220	RMN PISO PELVIANO	38.070
1345221	RMN MM.SS.COMPLETO	38.070
1345222	RMN MM.II. COMPLETO	38.070
1345272	RMN DE RODILLA (UNILATE)	38.070
1345301	TOMOG. HELIC.3D CEREBRO	32.970
1345302	TOMOG.PELVIS	32.970
1345303	TOMOG.HELICO.3D OIDOS	32.970
1345304	TOMOG.HELIC.3D SENOS PARAN	32.970
1345305	TOMOG.MACIZO CRANEOFAC.(MCF)	32.970
1345308	TOMOG.HELICO.3D MM.SS.UNIL	32.970
1345313	TOMOG.HELICO.3D COL.DORSAL	32.970
1345314	TOMOG.HELIC.3D COL.LUMBOSAC	32.970
1345315	TOMOG.COMPLETA COLUMNA (CERVICAL, DORSAL, LUMBOSAC.)	32.970
1345317	TOMO.HELIC.3D RENAL/SUPRARR	32.970
1345501	RMN CODOS-UNI Y/O BILATE	38.070
1345502	RMN MUÑECAS(UNI Y/O BILA)	38.070
1345503	RNM MANO (UNI O BILATERAL)	38.070
1345504	RMN TOBILLO(UNI Y/O BILAT)	38.070
1345505	RNM DE PIES/UNI Y/O BILAT	38.070
1345506	RMN DE HOMBRO(UNILATERAL)	38.070
1345507	RMN DE CADERA	38.070
1345508	RNM ABDOMEN	38.070

1345509	RMN DE TORAX	38.070
1345510	RMN CARDIACA SEGUND REGION	38.070
1345511	ARTRORESONANCIA-2 EXPOSIC	38.070
1345513	RMN PIES SEGUNDA EXPOSIC	38.070
1345514	RMN COLUM LUMBOSACRA 2 EXP	38.070
1345515	RMN COLUMNA DORSAL 2 EXPOS	38.070
1345516	RMN COLUMN CERVICAL 2 EXPO	38.070
1345517	RMN CEREBRO-SEGUNDA EXPOS	38.070
1345518	RMN DE CUELLO	38.070
1345519	RMN HOMBRO-2EXP-UNILATERAL	38.070
1345520	RMN CUELLO-2 EXPOSICION	38.070
1345521	RMN TORAX-SEGUNDA EXPOSIC	38.070
1345522	RMN ABDOMINOPELVIANA	38.070
1345523	RMN ABDOMINOPELVIANA 2EXPO	38.070
1345524	RMN CADERA-2EXP-UNI Y/O BI	38.070
1345525	RMN DE MIEMB.INFE (UNI Y/O BI)	38.070
1345526	RMN MMII-2EXPOS-UNI Y/O BI	38.070
1345527	RMN MIEMB-SUPER-UNI Y/O BI	38.070
1345528	RMN MI SUP/2EXP/UNI Y/O BI	38.070
1345530	RMN CODOS-2EXP-UNI Y/O BIL	38.070
1345531	RMN MUÑECAS-2EXP(UN Y/O BI	38.070
1345532	RMN MANOS-2EXP-UNI Y/O BIL	38.070
1345533	RMN TOBILL-2EXP-UNI Y/O BI	38.070
1345536	RMN.FUNCION/ESPECTRO/2EXPO	38.070
1345537	RMN CPO ENTER P/MIELOMA MU	38.070
1345609	TOMOG.HELICO.3D.MM.II.	32.970
1345612	TOMOG.HELICO.3D COLUM.CERV	32.970
1360102	URETROCISTOFIBROSC.FLEXIBL	71.030
1360160	MOD. EST.URODINAMICO COMPLETO (ADULTOS)	10.190
1360161	UROFLUJOMETRIA/FLUJOMETRIA	10.190
1360178	URETROCISTOFIBROSC.	10.190
1420101	CONSULTA EN CONSULTORIO	6.240
1420103	CONSULTA MEDICA HOR. NOCT.	6.240
1420162	MOD.CONSULTA VESTIDA OFT.	6.240
1420164	CONS.C/EXT SESION POR HORA	6.240
1420165	CONS.PEDIAT.EN CONSULTORIO	6.240
1420167	CONS.PED.EN GUARDIA	6.240
1420171	CONSULTA.	6.240
1420172	CONSUL.NEURO-OFTALMOLOGICA	6.240
1420185	CONS.NEUROLOG.PEDIATRICA	6.240
1420187	CONSULTA MEDICO ESPECIALISTA	6.240
1420199	CONSULTA P/REP.DE RECETAS	6.240
1420265	CONS.FISIATRICA	6.240
1420266	CONSULTA DE GUARDIA	6.240
1420280	MODULO I CHECKUP H/M/18-50 AÑOS	53.250
1420281	MODULO II CHECKUP:H/M 51 A 64 AÑOS	53.250

1420282	MODULO III CHECKUP:H/M DDE 65 AÑOS	53.250
1420293	MOD I RENOV.ANUAL EXAMEN CLÍNICO PERIÓDICO DE SALUD: HOM / MUJ 18 A 50 AÑOS (CHECK UP)	7.590
1420296	ATENCION ON LINE	6.240
1420368	CONSULTA DE URGENCIA	6.240
1430170	SALA DE RECUP.HASTA 2 HS.	16.540
1430173	MOD. HOSP.DE DIA REHAB.AD.8 HS.	16.540
1430185	SALA DE RECUPERACION	16.540
1431464	MOD. HOSP.DIA CLIN.(HASTA 8 HS)	16.540
1431465	MOD. HOSP.DIA CLIN.(HTA.12HS)	16.540
1431492	MOD.HOSP.DIA REHAB.AD.HTA.5 HS	16.540
1431672	MOD.GTOS DE CX.AMBUL.CON ANEST.LOC.	53.250
1432078	MOD.QX.AMBULAT.SOLO GASTOS	32.970
1660001	ACTO BIOQUÍMICO	1.300
1660105	MODULO DE BACTERIOLOGICO, DIRECTO-CULTIVO E IDENTIFICACIÓN DEL GÉRME(N)	1.300
1660171	MODULO DE COAGULOGRAMA	1.300
1660192	CREATININA - SÉRICA O URINARIA.	1.300
1660352	FOLICO, ACIDO .	1.300
1660412	GLUCEMIA O GLUCOSURIA (C/U)	1.300
1660475	MODULO DE HEMOGRAMA.	1.300
1660481	MODULO DE HEPATOGRAMA.	1.300
1660543	INSULINA.	1.300
1660546	MODULO DE IONOGRAMA - SÉRICO.	1.300
1660711	MODULO DE ORINA COMPLETA.	1.300
1660739	PARATHORMONA - PTH	1.300
1660865	TIROTROFINA - TSH	1.300
1660867	TIROXINA EFECTIVA - LIBRE (FT4 / T4L)	1.300
1660876	TRIGLICERIDOS (TG)	1.300
1660878	TRIIODOTIRONINA TOTAL - T3	1.300
1660902	UREA, SÉRICA.	1.300
1660938	VITAMINA B12.	1.300
1661000	ANTIGENO PROSTATICO ESPECÍFICO TOTAL - PSA-T	1.300
1661035	COLESTEROL HDL (HDL-C)	1.300
1662273	ÁCIDO METIL MALÓNICO	13.940
1662281	ÁCIDO ORÓTICO	13.940
1662375	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA	13.940
1662393	ÁCIDOS ORGÁNICOS - URINARIOS	13.940
1662401	ACIL CARNITINAS - PLASMÁTICOS	13.940
1662547	ALFA GALACTOSIDASA (FABRY)	13.940
1662559	ALFA L IDURONIDASA	13.940
1662620	AMINOÁCIDOS - LCR (CROMATOGRFÍA CUANTITATIVA)	13.940
1662624	AMINOÁCIDOS - SSPF (CUANTITATIVO)	13.940
1662630	AMINOÁCIDOS - URINARIOS (CUALITATIVO)	13.940
1662734	MOD. ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO, LIBRE+TOTAL (PSA-L+T)	1.300
1662863	BANDAS OLIGOCLONALES, EN L.C.R.	13.940
1663034	BETA GALACTOSIDASA	13.940

1663042	BETA GLUCOCEREBROSIDASA	13.940
1663068	BIOTINIDAZA, CONFIRMATORIO.	13.940
1663461	CARNITINA, LIBRE Y TOTAL - SUERO	13.940
1663649	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, AG. PCR	13.940
1663720	CITOMEGALOVIRUS, DNA CARGA VIRAL (CMV-DNA CARGA VIRAL)	13.940
1663722	CITOMEGALOVIRUS, DNA POR PCR (CMV-DNA POR PCR)	13.940
1663978	CORONAVIRUS (COVID 19) - SARS COV 2 RT PCR	13.940
1664369	DENGUE - PCR	13.940
1664691	ENTEROVIRUS - PCR	13.940
1664717	EPSTEIN BARR, DNA CARGA VIRAL - PCR	13.940
1665102	FACTOR V LEIDEN - PCR	13.940
1665230	FERRITINA	1.300
1665512	GALACTOSA 1-URIDIL FOSFOTRANSFERASA	13.940
1666037	HERPES SIMPLEX, 1 / 2 - (PCR)	13.940
1666153	HEXOSAMINIDASA TOTAL, A Y B	13.940
1666452	HOMOCISTEINA	1.300
1667606	MUCOPOLISACARIDOS - URINARIOS (CUANTITATIVO)	13.940
1668606	PROTEÍNA BÁSICA DE MIELINA	13.940
1668691	PROTROMBINA 20.210	13.940
1669204	SUCCINIL PURINAS	13.940
1669434	TIOSULFATOS - URINARIOS	13.940
1669591	TOXOPLASMOSIS - PCR	13.940
1669834	VARICELA ZOSTER, DNA POR PCR	13.940
1669913	VITAMINA D3 (25-HIDROXICALCIFEROL)	1.300
1810100	EXAMEN DIAGNOST, FICHADO..	5.100
1810400	CONSULTA URGENCIA	5.100
1810403	CONS.URGENCIA NOCTURNA.	5.100
1810600	INTERCONSULTA C/ESPECIALIS	5.100
1810700	CONS.CONTROL ESTOMATOLOGIC	5.100
1810800	CEMENTADO DE CORONA.	5.100
1810801	CONSULTA DE ATM.	5.100
1810900	CONSULT.CONTROL.ENDODONCIA	5.100
1810901	TRATAMIENTO DE ATM.	5.100
1811100	CONSULTA PRE QUIRURGICA.	5.100
1811200	CONSUL.POST-QUIRURGICA.	5.100
1811400	ATENCION PTES.CAPAC.ESPEC.	5.100
1811402	PLACA OBTURADORA SUBSIGUI.	5.100
1811403	PLACA OBTUR.SUB.4 A 7 AÑOS	5.100
1820900	RECONST.DE ANGULO.	5.100
1822200	RESTAURACIONES.	5.100
1830100	BIOPULPECT.EN UNIRRADICUL.	5.100
1830200	BIOPULPECTOMIA EN MULTIRRA	5.100
1830300	DESObTURACION DE CONDUCTOS	5.100
1830500	MOMIFICACION-BIOPULPECTOM.	5.100
1830600	PROTECCION PULPAR DIRECTA	5.100
1830700	ACOPIO DE PASTA ALCALINA.	5.100

1850400	MODULO DE PREVENCION	5.100
1850401	MANT.DE TTO.PERIODONTAL	5.100
1850500	SELLANTES FOSAS Y FISURAS	5.100
1850600	CARIOSTATICOS	5.100
1860101	URGENCIA EN ORTODONCIA	5.100
1860207	TRATAMIENTO DE ORTOPEDIA.	50.750
1860208	CUOTA MENS.ORTOP-17 CUOTAS	5.100
1860217	TRATAMIENTO DE LA DENTICION PRIMARIA O MIXTA-ORTOPEDIA-ULTIMA CUOTA DEL TTO DE ORTOPEDIA	5.100
1860307	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA.	101.400
1860308	CUOTA M. ORTODON-17 CUOTAS	5.100
1860309	CONTEN.P/ORTODON-17 CUOTAS	5.100
1860407	TTO. INTERCEP.MAL POSICION	50.750
1860408	CUOTA M.MAL POSIC-9 CUOTAS	5.100
1860409	MALPOS/SIMPL/PEQU/MOV/DENT	5.100
1860412	CORRECCION DEL MAL POSICIONES SIMPLES-PEQUEÑOS MOVIMIENTOS-ULTIMA CUOTA DEL TTO.	5.100
1870100	CONSULTA,FICHADO Y MOTIV.	5.100
1870400	TRAT.FORMOCRESOL DENT.TEMP	5.100
1870601	REDUC.LUXAC./AVULSION DENT	5.100
1870604	FRACT.AMELODENT.PROT.PULP.	5.100
1880100	CONSULTA DE ESTUDIO DIAGN.	5.100
1880200	TRAT.GINGIVITIS.	5.100
1880300	TRAT.PERIOD.LEVE Y MODERAD	5.100
1880400	TRAT.PERIODONT.SEVERA	5.100
1880401	SUMATORIA DE PIEZAS(SP)	5.100
1880500	DESG.SELECT.O ARMONIZ.OCL.	5.100
1880700	FERULIZ.C/ENF.PERIODONTAL	5.100
1890101	RX PERIAPICAL O RVG.	5.100
1890102	BITE-WING	5.100
1890103	RX OCLUSAL DE 6X8 CM.	5.100
1890104	RX MEDIA SERIADA.	5.100
1890105	RX SERIADA.	5.100
1890106	FOTOS ORTODONCIA.	5.100
1890113	RADIOG.RESPAL.TRAT.ENDODON	5.100
1890114	RADIOG.RESPALD.TRAT.PROTES	5.100
1890201	RX EXTRABUC RA EXPOSICI ON	5.100
1890202	RX EXTRABUC.EXP.SIG.	5.100
1890203	RX ARTIC.TEMPORO MANDIBUL.	5.100
1890204	RX.PANORAMICA	5.100
1890205	TELERRADIOGR.CEFALOMETRIA.	5.100
1890206	SIALOGRAFIA.	5.100
1890207	CEFALOGRAMA.	5.100
1890208	LAMINOGRAFIA.	5.100
1890209	RADIOG.PANORAMICA GRILLADA	5.100
1900100	EXTRACCION DENTARIA	5.100
1900200	PLAST.COM.BUCO SINUSAL	5.100

1900300	BIOPSIA PUNCION,ASPIR.ESC.	5.100
1900400	ALVEOLECTOMIA COR.O ESTAB.	5.100
1900600	INCIS.DRENAJE ABCESOS	5.100
1900800	ALARG.QUIRURG.CORONA CLIN.	5.100
1900900	EXTRAC.PIEZAS EN RET.OSEA.	5.100
1901300	TRAT. DE OSTEOMIELITIS	5.100
1901400	EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO	5.100
1901502	EXTRAC.PIEZAS RETEN.MUCOSA	5.100
1901600	RADECTOMIA U ODONTOSECCION	5.100
1901700	LIBERACION DE PIEZAS EN R.	5.100
1901800	ELIMINACION DE HIPERPLAS.	5.100
1901900	FRENECTOMIA.	5.100
1902000	EXT.X ALVEOLECTOMIA EXTER.	5.100
1902100	APICECTOMIA C/ENUCLEACION	5.100
1902200	EXERESIS DE EXOSTOSIS	5.100
1902400	CITOLOGIA EXFOLIATIVA.	5.100
1922021	GADOLINIO (SUSTANCIA DE CONTRASTE PARA RMN)	10.190
1922022	CONTRASTE ORAL PARA TOMOGRAFIA COMPUTADA.	10.190
1922023	CONTRASTE ENDOVENOSO PARA TOMOGRAFIAS COMPUTADAS.	10.190
1922024	CONTRASTE ORAL Y ENDOVENOSO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADA.	10.190
1922026	MODULO CONTRASTE ENDOVENOSO NO IONICO PARA TOMOGRAFIA COMPUTADA	10.190