



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO XII Nutricion **Vigencia a partir 1º de Marzo 2014**

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|--|--------------|-----------------|------------------------|------------------------------------|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 19.01.01 | Consulta Nutricionista -Primera entrevista- | 100% | - | NO | Se reconocerá 2(dos) - por año- |
| 19.01.02 | Confeccion plan alimentario individual y menu dietético | 100% | - | NO | |
| 19.01.90 | Consulta control mensual | 100% | - | NO | Se reconocerá 1 -una- por mes |
| 19.01.91 | Confección de plan alimentario enteral o parenteral | 100% | - | NO | |



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO II Alergia e inmunología Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|--|-------------|-------------|---------------------|---------------|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliad | | |
| 14.01.03 | Testificación por Drogas, para Estudios o Tratamientos <u>Sólo para estudios contrastados</u> | 100% | - | No | |
| 14.90.01 | Testificación Total <u>Unica vez</u> | 100% | - | Si | |
| 14.90.02 | Tratamiento desensibilizante (provisión de alergenos y consultas) sólo se reconocerán <u>Dos provisiones por año</u> | 100% | - | Si | |

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



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO III Anatomía Patológica

Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|-----------|---|-------------|------------------------------|---------------------|--|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 15.01.01 | Biopsia por incisión o punción | 100% | - | No | |
| 15.01.02 | Estudio macro y microscópico de pieza operatoria | 100% | - | No | |
| 15.01.03 | Estudio macro y microscópico de pieza de resección | 100% | - | No | |
| 15.01.04 | Biopsia por congelación y estudio diferido | 100% | - | No | |
| 15.01.05 | Estudio biopsico seriado y semiseriado | 100% | - | No | |
| 15.01.06 | Citología exfoliativa oncológica | 100% | - | No | Arancel incluye ambas prestaciones |
| 15.01.07 | Citología exfoliativa hormonal | 100% | - | No | |
| 15.01.08 | Necropsia del neonato o lactante | 100% | requiere autorización especi | | |
| 15.01.09 | Necropsia del joven y del Adulto | 100% | NO CUBIERTA | | |
| 15.01.10 | Citología exfoliativa oncológica bronquial | 100% | - | No | |
| 15.01.11 | Citología exfoliativa oncológica en líquidos, lavados, trasudados, exudados, orina, etc.- | 100% | - | No | |
| 15.02.01 | Receptores hormonales con técnica de inmunohistoquímica para cáncer de mama | 100% | | Si | Para determinar hormonoterapia con tamoxifeno y establecer pronóstico en neoplasia con mts. Ganglionares |
| 15.02.02. | Anticuerpos monoclonales con técnica de inmunohistoquímica para tumores | 100% | | Si | Determinación de histotipo tumoral. Determinación de origen tumoral Metástasis de origen desconocido Proliferaciones linfoides Tipificación de neoplasias indiferenciadas. |
| 15.90.01 | Inmunomarcación hasta 3-tres-antisueros | 100% | | Si | |
| 15.90.02 | Inmunomarcación antisuero adicional cada uno | 100% | | Si | |
| 15.90.03 | Subpoblaciones linfocitarias por inmunohistoquímica hasta 6 -seis- marcadores | 100% | | Si | |
| 15.90.04 | Determinación de hormonas pancreáticas e hipofisarias por inmunohistoquímica | 100% | | Si | |
| 15.90.05 | Receptores por citometría de flujo -estrógeno y progesterona- | 100% | | Si | |
| 15.90.06 | Receptores por citometría de flujo -estrógeno o progesterona- individualmente | 100% | | Si | |
| 15.90.07 | Fracción de proliferación de PCNA o KI-67 | 100% | | Si | |
| 15.90.08 | Marcadores pronósticos tumorales - catepsina D EGRFRc -Her 2- MDR | 100% | | Si | |

| | | | | | |
|----------|--|------|--|----|--|
| 15.90.09 | Estudio histopatológico de biopsia de músculo o nervio, seriado y técnicas de inmunohistoquímica | 100% | | Si | |
| 15.90.10 | Determinación de ADN e índice de proliferación por analizador de imágenes | 100% | | Si | |
| 15.90.11 | Determinación de ADN y fase S por citometría de flujo | 100% | | Si | |
| 15.90.12 | Inmunofluorescencia directa en especial renal y cutánea | 100% | | Si | |
| 15.90.13 | Subpoblaciones linfocitarias Tpor citometría de flujo CD3,CD4, CD8, | 100% | | Si | |
| 15.90.14 | Presencia de Anatómo Patólogo en quirófano | 100% | | Si | |



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO IV Cirugías Artroscopicas

Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|---|--------------|-------------|--------------|---------------------|---|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| Módulo de Cirugía Artroscópica de Hombro, Cadera, Codo y Tobillo I | | | | | |
| 12.20.01 | Total | 100% | | Si | |
| Módulo Cirugía Artroscópica de Rodilla I | | | | | |
| 12.20.02 | Total | 100% | | Si | Meniscos, biopsias, sinovectomias, bridas intraarticulares, etc. |
| Módulo Cirugía Artroscópica de Rodilla II | | | | | |
| 12.20.03 | Total | 100% | | Si | Reparación ligamentos |
| Módulo Cirugía Artroscópica de Codo | | | | | |
| 12.91.01 | Total | 100% | | Si | Reparación ligamentaria, manguito rotador, rotura de labrum, etc. |

| | | | | | |
|---|-----------------------------|------|--|----|---|
| Módulo Cirugía Percutánea de Pie | | | | | |
| 12.92.01 | Cirugía Percutánea Simple | 100% | | Si | Para operación de Hallux recidivante, dedo en martillo, tenotomías o juanetillos. |
| 12.92.02 | Cirugía Percutánea Compleja | 100% | | Si | Para operación de Hallux recidivante, Hallux complejo (con dedo en martillo, tenotomías de extensores y/o flexores, juanetillos). |



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO V Cardiología Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|--|-------------|--------------|---------------------|---|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 17.01.01 | Electrocardiograma | 100% | - | No | |
| 17.01.02 | Electrocardiograma en domicilio | 100% | - | No | |
| 17.01.04 | Electrocardiograma Holter 24 horas - 1 canal- | 100% | - | No | |
| 17.01.09 | Monitoreo cardíaco intraoperatorio | 100% | - | Si | |
| 17.01.11 | Ergometría | 100% | - | No | |
| 17.01.17 | Rehabilitación del cardiópata 12 sesiones mensuales, por mes | 100% | - | Si | unicamente en instituciones habilitadas |
| 17.01.18 | Electrocardiograma Holter 24 horas - multicanal- | 100% | - | No | |
| 17.01.19 | Tilt - Test | 100% | - | Si | |
| 17.01.20 | Presurometría ambulatoria. | 100% | - | Si | |
| 17.92.01 | Rehabilitación luego del año, tres meses, por mes | 70% | 30% | Si | unicamente en instituciones habilitadas |
| 17.92.02 | Control marcapasos | 100% | - | No | |
| 17.92.03 | Control de espigas | 100% | - | No | |
| 17.92.04 | Reprogramación de marcapasos | 100% | - | No | |
| 17.92.05 | Ergometría de 12 derivaciones | 100% | - | no | |

Ecografías

| | | | | | |
|----------|--|------|---|----|--|
| 18.01.03 | Ecocardiograma completo A-M y B | 100% | - | No | |
| 18.02.02 | Eco doppler vascular color, vasos de cuello, m. inferior, m. superior arterial y venoso -por lado- | 100% | - | No | |
| 18.03.01 | Eco cardiograma doppler color | 100% | - | No | |
| 18.03.02 | Eco stress con y sin droga | 100% | - | No | |
| 18.91.01 | Eco cardiograma transesofágico con y sin doppler | 100% | - | Si | |



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO VI Dermatología Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|---|-------------|--------------|---------------------|---|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 13.01.07 | Dstrucción de lesiones por electrocoagulación | 100% | - | Si | Deberá especificarse zona a tratar y número de lesiones. |
| 13.91.01 | Dstrucción de lesiones por criocirugía -Nitrógeno líquido- primera región | 100% | - | Si | |
| 13.91.02 | Dstrucción de lesiones por criocirugía -Nitrógeno líquido- regiones subsiguientes | 100% | - | Si | |
| 13.91.04 | Videodermatoscopia -DIARD D | 100% | - | Si | Incluye consulta |
| 13.91.05 | Laserterapia CO2 Baja complejidad | 100% | - | Si | |
| 13.91.06 | Laserterapia CO2 Mediana complejidad | 100% | - | Si | |
| 13.91.07 | Laserterapia CO2 Alta complejidad | 100% | - | Si | |
| 13.91.08 | Laserterapia Dye Láser pómulos y cuello - sesión - | 100% | - | Si | |
| 13.91.09 | Laserterapia Dye Láser hemicara y cuello -sesión- | 100% | - | Si | Se autorizarán hasta 5 (cinco) sesiones por año |
| 13.91.10 | Laserterapia Dye Láser telangiectasias cara -sesión- | 100% | - | Si | |
| 38.01.01 | Puvaterapia sesión | 100% | - | Si | Unicamente en psoriasis , vitiligo y lesiones descamativas no bacterianas o micológicas hasta 30 sesiones anuales hasta 2 años. |

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



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO VII Flebología **Vigencia a partir 1º de Marzo 2014**

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|-----------|-----------------------|--------------|-----------------|------------------------|--|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 07.91.01. | Escleroterapia sesión | 100% | - | Si | Se reconocen hasta 20 -veinte- sesiones por año/paciente |



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO VIII Gastroenterología

Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|---|-------------|--------------|---------------------|---------------|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 20.01.15 | Colocación boton gastrostomia por videoendoscopia, incluye VEDA. Excluye boton y set | 100% | - | Si | |
| 20.01.22 | Videofibroendoscopia alta diagnóstica , incluye toma biopsica terapéutica , se deberá adicionar el procedimiento a realizar | 100% | - | Si | |
| 20.01.24 | Videofibrocolonoscopia diagnóstica , incluye toma biopsica terapéutica , se deberá adicionar el procedimiento a realizar | 100% | - | Si | |
| 20.01.26 | Videorectosigmoideoscopia diagnóstica , incluye toma biopsica terapéutica , se deberá adicionar el procedimiento a realizar | 100% | - | Si | |
| 20.01.28 | Dilatación esofágica con control endoscópico, por cualquier mecanismo por sesión | 100% | - | Si | |
| 20.01.34 | Polipectomia gastrica Excluye asa | 100% | - | Si | |
| 20.01.35 | Polipectomia colonica. Excluye asa | 100% | - | Si | |
| 20.02.01 | Colangiopancreatografía endoscopia retrograda diagnostica. Incluye radiografía y VEDA | 100% | - | Si | |
| 20.02.02 | Colangiopancreatografía endoscopia retrograda terapeutica. Incluye radiografía y VEDA. Excluye set de drenaje y stent | 100% | - | Si | |
| 20.92.01 | Tratamiento varices esofagicas con bandas elasticas por sesión | 100% | - | Si | |
| 20.92.02 | Tratamiento varices esofagicas con inyecciones esclerosantes por sesión | 100% | - | Si | |
| 20.93.01 | Videodefecografía. Incluye radiografía y video | 100% | - | Si | |
| 20.93.02 | Biofeed Back, por sesion | 100% | - | Si | |
| 20.93.03 | Manometria anorrectal | 100% | - | Si | |
| 20.95.01 | PHmetria adultos ambulatoria. Incluye honorarios y gastos | 100% | - | Si | |
| 20.95.02 | PHmetria pediatrica 24hs con oximetría. Incluye honorarios y gastos. Excluye internacion, honorarios anestesista descartables, anestesia y medicamentos | 100% | - | Si | |

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



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO IX Ginecología y Obstetricia

Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|---------------------------|--|-------------|--------------|---------------------|---|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 15.01.06 + 15.01.07 | PAP hormonal y oncológico | 100% | | No | |
| 22.01.01 | Colposcopia con toma de material endo y exo cervical. Incluye vulvo y vaginoscopia | 100% | | No | |
| 22.01.04 | Estudio de moco cervical | 100% | | No | |
| 22.01.08 | Cepillado vaginal y cervical, para detección de HPV y Ca. in situ | 100% | | Si | |
| 11.02.11 | Raspado uterino Diagnóstico con o sin Biopsia de cuello | 100% | | No | |
| 11.02.17 | Colocación de dispositivo uterino en consultorio. Incluye dispositivo | 100% | | Si | |
| 11.02.19 | Asa LEEP con electrocoagulación y radiofrecuencia en consultorio. Incluye material descartable y Asa LEEP | 100% | | Si | |
| 11.03.18 | Ablación de lesiones de vulva o vagina con Láser | 100% | | Si | |
| 11.03.19 | Ablación de lesión de cuello por criocirugía | 100% | | Si | |
| 11.05.01 | Cirugía videolaparoscópica ginecológica diagnóstica Incluye honorarios y equipo | 100% | | Si | |
| 11.05.02 | Videohisteroscopia diagnóstica -en consultorio - Incluye honorarios y uso de videolaparoscopia | 100% | | Si | |
| 11.05.03 | Videohisteroscopia Terapéutica en consultorio Incluye honorarios y uso de videolaparoscopia | 100% | | Si | |
| 11.92.01 | Colocación de dispositivo uterino liberador de hormonas en consultorio. Excluye dispositivo | 100% | | SI | Tratamiento de metrorragias prolongadas que no responde a terapéuticas clásicas. Tratamiento inhibitorio de crecimiento de miomas. Tratamiento de endometriosis Tratamiento de hiperplasia y ca. de endometrio. Tratamiento de reemplazo hormonal en postmenopausia El dispositivo será provisto por la OSPJN. |
| 11.95.01 | Cirugía videolaparoscópica terapéutica ginecológica - histerectomía - ooforectomía - ooforoplastia - salpingectomía - salpingectoplastia - etc. Incluye Honorarios y gastos de equipos | 100% | | Si | |
| 11.90.07 | Cirugía videolaparoscópica ginecológica, para ligadura de trompas. Incluye honorarios y gastos de | 100% | | Si | |

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa |
|----------------------|--|-------------|--------------|---------------------|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | |
| 11.04.01 11.04.03 | Honorarios por asistencia Parto-Cesárea por profesional que asistió el embarazo de lunes a viernes de 07.00 a 21.00 hs. | 100% | - | Si |
| 11.94.01 | Honorarios por asistencia Parto - Cesárea por profesional NO asistente del embarazo de lunes a viernes de 07.00 a 21.00 hs. | 100% | - | Si |
| 11.94.02 | Honorarios por asistencia Parto - Cesárea por profesional que asistió el embarazo de lunes a viernes de 21,00 a 07.00 hs. Sábados, domingos y feriados | 100% | - | No |
| 11.94.03 | Honorarios por asistencia Parto - Cesárea por profesional NO asistente del embarazo de lunes a viernes de 21.00 a 07.00 hs. Sábados, domingos y feriados | 100% | - | No |
| 11.94.10 | Honorarios instrumentadora exclusivamente en cesárea - | 100% | - | No |
| 22.02.02 | Monitoreo fetal | 100% | - | No |
| 22.02.03 | Curso psicoprofiláctico del parto | 100% | - | Si |
| 22.02.04 | Control obstétrico del trabajo de parto. <i>Sólo se reconocerá en cesárea, cuando de la historia clínica surja que ésta es derivada de complicación del trabajo de parto y no en cesarea programada.</i> | 100% | - | SI |



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO X Neumonología Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

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



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO XI Neurología y Neurofisiología

Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|---|-------------|--------------|---------------------|--|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 29.01.01 | EEG simple | 100% | - | No | |
| 29.01.02 | EEG con act. compleja | 100% | - | No | |
| 29.01.03 | Nistagmografía, electroretinografía | 100% | - | No | |
| 29.01.04 | EMG miembros superiores o inferiores o facial. | 100% | - | No | |
| 29.01.05 | EMG 4 miembros | 100% | - | No | |
| 29.01.06 | EMG con velocidad de conducción | 100% | - | No | |
| 29.01.10 | Reografía cerebral, cardíaca o periférica | 100% | - | No | |
| 29.01.11 | Potenciales evocados cerebrales (Bera, Visual, Somatosensitivo y P 300) Se reconocerá 100% del valor del primero y 50% de los restantes | 100% | - | No | |
| 29.01.12 | Holter electroencefalográfico | 100% | - | Si | En caso de trastornos convulsivos no diagnosticados por métodos convencionales |
| 29.02.01 | Polisomnografía computada diurna / nocturna, en neonatos. Incluye honorarios, equipo, instrumental y oximetría | 100% | - | Si | Apneas de sueño |
| 29.02.02 | Polisomnografía diurna con oximetría niños/adultos (3 horas) con o sin presión positiva de oxígeno. Incluye: honorarios, equipos, instrumental y oximetría | 100% | - | Si | Apneas de sueño |
| 29.02.03 | Aplicación de toxina botulínica con o sin registro EMG. Excluye: medicación que será provista por OSPJN | 100% | - | Si | |
| 29.91.01 | EEG de sueño | 100% | | No | |
| 29.91.02 | EEG prolongado no inferior a 3 horas | 100% | | No | |
| 29.91.03 | Mapeo cerebral básico computarizado Incluye honorarios y equipo | 100% | | Si | |
| 29.91.04 | EMG de fibra única | 100% | - | Si | |
| 29.91.05 | EMG con prueba de Tensilón / Temblor Incluye medicamento | 100% | - | Si | |

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|---|--------------|-----------------|------------------------|---------------|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 29.91.06 | Blink reflex - estudio del parpadeo- | 100% | - | No | |
| 29.91.07 | Reflejo bulbocavernoso, perineal, etc. | 100% | | Si | |
| 29.01.08 | Electrorretinograma computarizado | 100% | | No | |
| 29.91.09 | Videonistagmografía Incluye honorarios y equipos | 100% | | Si | |
| 29.91.10 | Test de latencias múltiples del sueño (3 tomas) | 100% | | Si | |
| 29.91.11 | Test de L Dopa /Apomorfin | 100% | | Si | |
| 29.91.12 | Monitoreo quirurgico funciones somatosensitivas Incluye honorarios y equipos | 100% | | Si | |
| 29.92.01 | Evaluación neurocognitiva Incluye Test MMPI; Boston (afasias) y Barcelona | 100% | | Si | |



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO XII Nutricion **Vigencia a partir 1º de Marzo 2014**

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|--|--------------|-----------------|------------------------|------------------------------------|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 19.01.01 | Consulta Nutricionista -Primera entrevista- | 100% | - | NO | Se reconocerá 2(dos) - por año- |
| 19.01.02 | Confeccion plan alimentario individual y menu dietético | 100% | - | NO | |
| 19.01.90 | Consulta control mensual | 100% | - | NO | Se reconocerá 1 -una- por mes |
| 19.01.91 | Confección de plan alimentario enteral o parenteral | 100% | - | NO | |



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO XIII Oftalmología Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|---|-------------|--------------|---------------------|--|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 42.01.30 | Consulta oftalmológica Unica Incluye: Todas las prácticas correspondientes a los códigos 30 Oftalmología PMO (Anexo II - Catalogo de prestaciones) ;como así también los test de Lotmar, Lambda, Ojo seco, etc.- con excepción de la detalladas individualmente | 100% | | No | Se reconocerá hasta 2 -dos- por paciente/año |
| 18.01.09 | Ecografía OCULAR (uni o bilateral) | 100% | - | No | |
| 30.01.07 | Ejercicios Ortópticos por sesión | 100% | - | No | |
| 30.01.09 | Curva diaria de Presión Ocular ambulatoria (4 tomas) | 100% | - | No | |
| 30.02.01 | Campo Visual Computarizado (uni o bilateral) | 100% | - | No | |
| 30.02.02 | Paquimetría Computarizada (unilateral) | 100% | - | No | |
| 30.02.04 | Topografía Corneal (unilateral) | 100% | - | No | |
| 30.02.05 | Angiografía Digital bilateral con indocianina green Incluye material descartable y sustancia contraste | 100% | - | No | |
| | Angiografía Digital bilateral con fluoresceína Incluye material descartable y sustancia contraste | 100% | - | No | |
| 30.01.13 | Retinofluoresceinografía (uni o bilateral) Incluye material descartable y sustancia contraste | 100% | - | No | |
| 30.91.01 | Ecometría (unilateral) | 100% | - | No | |
| 30.91.02 | Ecografía - Ecometría Músculos Extraoculares (unilateral) | 100% | - | No | |
| 30.91.03 | Tomografía confocal retiniana (HRT y OCT) unilateral o bilateral | 100% | | Si | |
| 30.91.04 | Interferometría Láser (IOL Master) Unilateral/Bilateral | 100% | - | Si | |
| 30.91.05 | Microscopía Especular - prequirúrgico alta miopía- incluida en módulo quirúrgico | 100% | - | Si | |
| 30.91.06 | Orbscam II | 100% | - | Si | |
| 30.91.07 | Dacriocistografía (uni o bilateral) | 100% | - | No | |
| 30.91.08 | Iconografía (unilateral/bilateral) | 100% | - | Si | Únicamente en casos de patología oncológica |
| 30.91.10 | Toxina Botulínica aplicación blefarospasmo hasta 2-dos- anuales Excluye toxina botulínica la que será provista por Fcia. OSPJN | 100% | - | Si | |

Cirugías nomencadas MODULADAS

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|--|-------------|--------------|---------------------|---|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 02.01.06 | Enucleación con o sin colocación de prótesis | 100% | - | Si | |
| 02.01.08 | Vitrectomía -todas- | 100% | - | Si | |
| 02.01.09 | Estrabismo unilateral | 100% | - | Si | |
| | Estrabismo bilatero) | 100% | - | Si | |
| 02.02.02 | Blefaroplastia - Ectropión - Entropión | 100% | - | Si | |
| 02.04.06 | Sutura de córnea con prolapso de iris con o sin extracción de cuerpo extraño | 100% | - | Si | |
| 02.05.01 | Glaucoma Cirugía | 100% | - | Si | |
| 02.06.02 | Fotocoagulación con Láser de Argon/ Yag Láser por ojo | 100% | - | Si | |
| 02.06.03 | Desprendimiento de retina | 100% | - | Si | |
| 02.08.01 | Dacriocistorrinostomía/ plástica canalicular | 100% | - | Si | |
| 02.09.01 | Fotocoagulación con Láser de Argon/ Yag Láser por ojo | 100% | - | Si | <p>Se cubre: pacientes con opacificación significativa, 6 meses después de cirugía de cataratas</p> <p>Pacientes con opacificación capsular posterior para proveer mejor visualización en caso de desprendimiento de retina, maculopatía, retinopatía DBT</p> <p>Pacientes con opacidad posterior y diplopía monocular</p> <p>No se cubre:</p> <p>Si es realizada conjuntamente con cirugía de cataratas</p> <p>Realizada de manera profiláctica</p> <p>Realizada de manera sistemática en cirugías de cataratas en pacientes sin criterios enunciados.</p> |
| 02.09.02 | Fotocoagulación con láser Only green | 100% | - | Si | Se cubre: en lesiones maculares |
| 02.09.04 | Fotocoagulación con DYE láser | 100% | - | Si | Se cubre: en lesiones maculares |
| 02.09.05 | Fotocoagulación con Crypton láser | 100% | - | Si | Se cubre: en hemorragias de cuerpo vítreo |
| 02.09.06 | Iridectomía con láser | 100% | - | Si | Se cubre: en glaucoma agudo de ángulo estrecho. Ángulo estrecho con iridectomía previa en ojo contralateral |
| 02.09.07 | Trabeculoplastia con láser | 100% | - | Si | Se cubre: Glaucoma crónico sin mejoría con tratamiento local y contraindicación de betabloqueantes, inhibidores de la anhidrasa carbónica y contraindicación de trabeculotomía quirúrgica |



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|--|---|-------------|--------------|---------------------|--|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| Cirugías NO nombradas MODULADAS | | | | | |
| 02.91.01 | Estrabismo unilateral con sutura ajustable | 100% | - | Si | |
| 02.91.02 | Estrabismo bilateral con sutura ajustable | 100% | - | Si | |
| 02.91.03 | Vitrectomía con inyección de gases y/o aceite de Silicón Endoláser | 100% | - | Si | |
| 02.92.01 | Ptosis Palpebral | 100% | - | Si | |
| 02.94.06 | Transplante de Cornea Incucai | 100% | - | Si | |
| Cirugías Refractivas | | | | | |
| <p>Los prestadores que realicen estas prácticas deberán contar con la autorización la OSPJN y contar con equipamiento propio.</p> <p>No se autorizara en afiliados con ametropía menores de 3 dioptrías esféricas o 2 dioptrías cilíndricas .</p> <p>Incluyen los estudios pre y post quirúrgicos, topografía, paquimetría, microscopia especular (alta miopía), honorarios, gastos, medicamentos y</p> | | | | | |
| 02.94.02 | Queratomía radial - por ojo - | 100% | - | Si | |
| 02.94.03 | Excimer Láser PRK con Queratomía fotorrefractiva -por ojo- | 100% | - | Si | |
| 02.94.04 | Cirugía de Alta Miopía - Queratomileusis con láser in situ LASIK -por ojo- | 100% | - | Si | |
| 02.94.05 | Cirugía de Queratocono con Implante de Anillo Excluye anillos | 100% | - | Si | |
| 02.95.01 | Glaucoma con colocación de Válvula de Molteno Incluye honorarios y gastos Excluye válvula a proveer por OSPJN | 100% | - | Si | |
| 02.96.01 | Desprendimiento de retina mas vitrectomía con aceite de Silicón Endoláser | 100% | - | Si | |
| 02.96.02 | Intercambio de gases, silicón o similar | 100% | - | Si | |
| 02.97.01 | Cataratas con lente intraocular. | 100% | - | Si | |
| 02.97.02 | Cataratas con Técnica de Facoemulsificación viscoelástico, suturas, etc. | 100% | - | Si | |
| 02.97.03 | Cataratas con Técnica de Facoemulsificación y Queratomía | 100% | - | Si | |
| 02.98.01 | Oclusión vía lagrimal | 100% | - | Si | |
| 02.99.01 | Tratamiento de la maculopatía degenerativa | 100% | - | Si | Requiere la presentación de estudios e informes comparativo que acredite la evolución que justifique la continuidad del tratamiento. |

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

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

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

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

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

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

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



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO XIV Otorrinolaringología

Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

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

| Cirugías nombradas MODULADAS | | | | |
|------------------------------|--|------|---|----|
| 03.04.09 | Septoplastias <i>-como Unica operación-</i> | 100% | - | Si |
| 03.05.17 | Cirugia Endoscópica Rinosinusal BILATERAL - <i>Sinusotomia combinada, radical o de fosa pterigoideomaxilar fibrovideoendoscópica-</i> Incluye: honorarios equipo médico e instrumental específico y sus descartables. | 100% | - | Si |
| 03.05.18 | | | | |
| 03.05.19 | | | | |
| 03.05.17 | Cirugia Endoscópica Rinosinusal UNILATERAL - <i>Sinusotomia combinada, radical o de fosa pterigoideomaxilar fibrovideoendoscópica-</i> Incluye: honorarios equipo médico e instrumental específico y sus descartables. | 100% | - | Si |
| 03.05.18 | | | | |
| 03.05.19 | | | | |
| 03.90.01 | Cirugia Endoscópica Rinosinusal BILATERAL - <i>Sinusotomia combinada, radical o de fosa pterigoideomaxilar más Septoplastia</i> | 100% | - | Si |
| 03.90.02 | Cirugia Endoscópica Rinosinusal UNILATERAL - <i>Sinusotomia combinada, radical o de fosa pterigoideomaxilar más Septoplastia</i> | 100% | - | Si |
| 03.91.01 | Uvuloplastia y/o palatoplastia por radiofrecuencia -Cirugia del ronquido - Incluye: honorarios medicos y punta de radiofrecuencia | 100% | - | Si |
| 03.91.02 | Radiofrecuencia - <i>se adicionará cuando se utilice esta técnica en las cirugias</i> Incluye : Punta de radiofrecuencia y descartables complementarios | 100% | - | Si |



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO XV Urología Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|-----------|--|-------------|--------------|---------------------|---------------|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 10.01.17 | Nefrostomía percutánea bajo ecografía o TAC | 100% | | Si | |
| 10.01.18 | Colocación de cateter pigtail o doble J | 100% | | Si | |
| 10.01.19 | Retiro de cateter pigtail o doble J | 100% | | Si | |
| 10.94.01. | RTU de próstata por videolaparoscopia Incluye: honorarios y gastos de equipos. | 100% | | Si | |
| 18.01.14 | Ecografía prostática transrectal | 100% | | No | |
| 18.01.15 | Ecografía prostática transrectal con punción biópsica | 100% | | | |
| 18.02.02 | Ecodoppler periférico -peneano- | 100% | | Si | |
| 36.01.02 | Uretrocistofibroscofia | 100% | - | Si | |
| 36.01.03 | Sondaje vesical | 100% | - | No | |
| 36.01.05 | Cistotonomanometría | 100% | - | Si | |
| 36.01.07 | Uretroscopia | 100% | - | No | |
| 36.01.08 | Uretrocistouretrovideofibroscofia | 100% | - | Si | |
| 36.01.11 | Estudio urodinámico completo | 100% | - | Si | |
| 36.01.12 | Peneoscopia con o sin topicación | 100% | - | No | |
| 36.91.01 | Cavernometría | 100% | - | Si | |
| 36.91.02 | Estudio de tumescencia peneano RIGISCAN | 100% | - | Si | |
| 36.91.03 | Reflejo bulbocavernoso | 100% | - | Si | |
| 36.91.04 | Sacanning vesical | 100% | - | Si | |
| 36.91.05 | Test farmacológico con doppler peneano | 100% | - | Si | |
| 36.91.12 | Test de Minesota | 70% | 30% | Si | |
| 36.92.02 | Quimioterapia endovesical | 100% | - | Si | |



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO XIII Oftalmología

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|---|-------------|--------------|---------------------|--|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 42.01.30 | Consulta oftalmológica Unica Incluye: Todas las prácticas correspondientes a los códigos 30 Oftalmología PMO (Anexo II - Catalogo de prestaciones) ;como así también los test de Lotmar, Lambda, Ojo seco, etc.- con excepción de la detalladas individualmente | 100% | | No | Se reconocerá hasta 2 -dos- por paciente/año |
| 18.01.09 | Ecografía OCULAR (uni o bilateral) | 100% | - | No | Incluido en módulo vitrectomía |
| 30.01.07 | Ejercicios Ortópticos por sesión | 100% | - | No | |
| 30.01.09 | Curva diaria de Presión Ocular ambulatoria (4 tomas) | 100% | - | No | |
| 30.02.01 | Campo Visual Computarizado (uni o bilateral) | 100% | - | No | |
| 30.02.02 | Paquimetría Computarizada (unilateral) | 100% | - | No | Incluida en módulo cirugía refractiva y cataratas |
| 30.02.04 | Topografía Corneal (unilateral) | 100% | - | No | Incluida en módulo cirugía refractiva y cataratas |
| 30.02.05 | Angiografía Digital bilateral con indocianina green Incluye material descartable y sustancia contraste | 100% | - | No | |
| | Angiografía Digital bilateral con fluoresceína Incluye material descartable y sustancia contraste | 100% | - | No | |
| 30.01.13 | Retinofluoresceinografía (uni o bilateral) Incluye material descartable y sustancia contraste | 100% | - | No | |
| 30.91.01 | Ecometría (unilateral) | 100% | - | No | Incluida en módulo cirugía cataratas |
| 30.91.02 | Ecografía - Ecometría Músculos Extraoculares (unilateral) | 100% | - | No | Incluido en módulo vitrectomía |
| 30.91.03 | Tomografía confocal retiniana (HRT y OCT) unilateral o bilateral | 100% | | Si | |
| 30.91.04 | Interferometría Láser (IOL Master) Unilateral/Bilateral | 100% | 0% | Si | Incluida en módulo cirugía cataratas |
| 30.91.05 | Microscopía Especular - prequirúrgico alta miopía- incluida en módulo quirúrgico | 100% | - | Si | Incluida en módulo quirúrgico cirugía refractiva y cataratas alta miopía |
| 30.91.06 | Orbscam II | 70% | 30% | Si | |
| 30.91.07 | Dacriocistografía (uni o bilateral) | 100% | - | No | |
| 30.91.08 | Iconografía (unilateral/bilateral) | 100% | - | Si | Unicamente en casos de patología oncológica |
| 30.91.10 | Toxina Botulínica aplicación blefarospasmo hasta 2-dos- anuales Excluye toxina botulínica la que será provista por Fcia. OSPJN | 100% | - | Si | |

Cirugías nomencadas MODULADAS

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|--|-------------|--------------|---------------------|---|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 02.01.06 | Enucleación con o sin colocación de prótesis Incluye honorarios y gastos | 100% | - | Si | |
| 02.01.08 | Vitreomía -todas- Incluye honorarios y gastos | 100% | - | Si | |
| 02.01.09 | Estrabismo unilateral Incluye honorarios y gastos | 100% | - | Si | |
| | Estrabismo bilatero) Incluye honorarios y gastos | 100% | - | Si | |
| 02.02.02 | Blefaroplastia - Ectropión - Entropión Incluye honorarios y gastos | 100% | - | Si | |
| 02.04.06 | Sutura de córnea con prolapso de iris con o sin extracción de cuerpo extraño Incluye honorarios y gastos | 100% | - | Si | |
| 02.05.01 | Glaucoma Cirugía Incluye honorarios y gastos | 100% | - | Si | |
| 02.06.02 | Fotocoagulación con Láser de Argon/ Yag Láser por ojo | 100% | - | Si | |
| 02.06.03 | Desprendimiento de retina Incluye honorarios y gastos | 100% | - | Si | |
| 02.08.01 | Dacriocistorrinostomía/ plástica canalicular | 100% | - | Si | |
| 02.09.01 | Fotocoagulación con Láser de Argon/ Yag Láser por ojo | 100% | - | Si | <p>Se cubre: pacientes con opacificación significativa, 6 meses después de cirugía de cataratas</p> <p>Pacientes con opacificación capsular posterior para proveer mejor visualización en caso de desprendimiento de retina, maculopatía, retinopatía DBT</p> <p>Pacientes con opacidad posterior y diplopía monocular</p> <p>No se cubre:</p> <p>Si es realizada conjuntamente con cirugía de cataratas</p> <p>Realizada de manera profiláctica</p> <p>Realizada de manera sistemática en cirugías de cataratas en pacientes sin criterios enunciados.</p> |
| 02.09.02 | Fotocoagulación con láser Only green | 100% | - | Si | Se cubre: en lesiones maculares |
| 02.09.04 | Fotocoagulación con DYE láser | 100% | - | Si | Se cubre: en lesiones maculares |
| 02.09.05 | Fotocoagulación con Crypton láser | 100% | - | Si | Se cubre: en hemorragias de cuerpo vítreo |
| 02.09.06 | Iridectomía con láser | 100% | - | Si | Se cubre: en glaucoma agudo de ángulo estrecho. Ángulo estrecho con iridectomía previa en ojo contralateral |
| 02.09.07 | Trabeculoplastia con láser | 100% | - | Si | Se cubre: Glaucoma crónico sin mejoría con tratamiento local y contraindicación de betabloqueantes, inhibidores de la anhidrasa carbónica y contraindicación de trabeculotomía quirúrgica |



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|---|--|-------------|--------------|---------------------|---|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| Cirugías NO nombradas MODULADAS | | | | | |
| 02.91.01 | Estrabismo unilateral con sutura ajustable <i>Incluye honorarios y gastos</i> | 100% | - | Si | |
| 02.91.02 | Estrabismo bilateral con sutura ajustable <i>Incluye honorarios y gastos</i> | 100% | - | Si | |
| 02.91.03 | Vitrectomía con inyección de gases y/o aceite de Silicón Endoláser <i>Incluye honorarios y gastos</i> | 100% | - | Si | Incluye ecografías oftálmicas |
| 02.92.01 | Ptois Palpebral <i>Incluye honorarios y gastos</i> | 100% | - | Si | |
| 02.94.01 | Transplante de Cornea <i>Incluye honorarios, gastos y provisión de cornea dador</i> | 100% | - | Si | |
| Cirugías Refractivas | | | | | |
| <p>Los prestadores que realicen estas prácticas deberán contar con la autorización de la OSPJN y contar con equipamiento propio.</p> <p>No se autoriza en afiliados con ametropía menores de 3 dioptrías esféricas o 2 dioptrías cilíndricas .</p> <p>Incluyen los estudios pre y post quirúrgicos, topografía, paquimetría, microscopía especular (alta miopía), honorarios, gastos, medicamentos y descartables.</p> | | | | | |
| 02.94.02 | Queratotomía radial - por ojo - | 100% | - | Si | |
| 02.94.03 | Excimer Láser PRK con Queratotomía fotorrefractiva -por ojo- | 100% | - | Si | |
| 02.94.04 | Cirugía de Alta Miopía Queratomileusis con láser in situ LASIK -por ojo- | 100% | - | Si | |
| 02.94.05 | Cirugía de Queratocono con Implante de Anillo <i>Excluye anillos</i> | 100% | - | Si | |
| 02.95.01 | Glaucoma con colocación de Válvula de Molteno <i>Incluye honorarios y gastos</i> <i>Excluye válvula a proveer por OSPJN</i> | 100% | - | Si | |
| 02.96.01 | Desprendimiento de retina mas vitrectomía con aceite de Silicón Endoláser <i>Incluye honorarios y gastos</i> | 100% | - | Si | |
| 02.96.02 | Intercambio de gases, silicón o similar <i>Incluye honorarios y gastos</i> | 100% | - | Si | |
| 02.97.01 | Cataratas con lente intraocular. <i>Incluye LIO plegable flexible y/o flexible con filtro (Acrysoft IQ) de ultima generación, material viscoelástico, suturas, etc.</i> | 100% | - | Si | Incluye paquimetría, ecometría, microscopía especular |
| 02.97.02 | Cataratas con Técnica de Facemulsificación <i>Incluye LIO plegable flexible y/o flexible con filtro (Acrysoft IQ) de ultima generación, material viscoelástico, suturas, etc.</i> | 100% | - | Si | Incluye paquimetría, ecometría, microscopía especular |

| Código | Descripción | Porcentajes | | Autorización previa | Observaciones |
|----------|---|-------------|--------------|---------------------|--|
| | | a/c OSPJN | a/c Afiliado | | |
| 02.97.03 | Cataratas con Técnica de Facoemulsificación y Queratotomía Incluye honorarios, gastos, LIO plegable de última generación, material viscoelástico, sutura, vitrectomía anterior, etc. | 100% | - | Si | |
| 02.98.01 | Oclusión vía lagrimal Incluye honorarios, gastos y punto plug | 100% | - | Si | |
| 02.99.01 | Tratamiento de la maculopatía degenerativa Incluye honorarios, gastos, materiales descartables Excluye droga que será provista a través de Fcia OSPJN Nota la OSPJN no reconocerá la cobertura de Avastin por no estar habilitado por ANMAT-Iname para esta indicación. | 100% | - | Si | Requiere la presentación de estudios e informes comparativo que acredite la evolución que justifique la continuidad del tratamiento. |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La obra social brinda cobertura de Lentes Intraoculares Multifocales, Afáquicas y otras; los profesionales deberán prescribir las mismas para su provisión por parte de la obra social, quedando expresamente prohibido a los profesionales prestadores la provisión y

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



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO XIX Ecografías Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

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



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

ANEXO XVI Topes - normas - copagos

Vigencia a partir 1º de Marzo 2014

A Salud Mental - Psicología - Psicopedagogía

| | | Sesiones por afiliado año/calendario | Copagos por sesión consultorio | Copagos por sesión domicilio |
|-----|--|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| A.1 | Psicoterapia individual Primer año | 60 | \$ 5,00 | \$ 5,00 |
| | Psicoterapia individual Segundo año | 45 | \$ 5,00 | \$ 5,00 |
| | Psicoterapia individual subsiguientes | 30 | \$ 5,00 | \$ 5,00 |
| A.2 | Psicoterapia familiar -padres + hijos- | 30 | \$ 5,00 | \$ 5,00 |
| A.3 | Psicoterapia pareja | 30 | \$ 5,00 | \$ 5,00 |
| A.5 | Psicopedagogía | 30 | \$ 5,00 | \$ 5,00 |

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

Las sesiones anuales no utilizadas no podrán acumularse para futuros períodos

B Rehabilitación

| | | | | |
|-------|---|----|---------|-------------|
| B.1 | Fisiokinesioterapia | 40 | \$ 5,00 | \$ 5,00 |
| B.1.a | Fisiokinesioterapia Rehabilitadora en posquirúrgicos neurológicos y/o traumatológicos | 60 | \$ 5,00 | \$ 5,00 |
| B.2 | Terapia ocupacional | 40 | \$ 5,00 | \$ 5,00 |
| B.3 | Reeducación postural global | 30 | \$ 5,00 | No cubierta |
| B.4 | Drenaje linfático | 40 | \$ 5,00 | \$ 5,00 |
| B.4.a | Drenaje linfático postquirúrgico de Mastectomía con vaciamiento ganglionar y linfadenectomía por cancer de mama | 60 | \$ 5,00 | \$ 5,00 |
| B.5 | Fonoaudiología - neurolingüística | 40 | \$ 5,00 | \$ 5,00 |

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

Los topes y copagos no serán aplicables en afiliados que se encuentren internados en instituciones y/o en internación domiciliaria, ni a aquellos a los que se le haya extendido Certificado de Discapacidad en los términos de la Ley 22431 y cuando la sesiones de salud mental y rehabilitación estén relacionadas con la discapacidad certificada.

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

