

Prestación	Código	PLUS
CONSULTAS	Clinica Médica / Cardiología / Ginecología / Pediatría.	\$15.500 (Guardia + Ambulatorio)
CONSULTA ESPECIALISTAS	Otras especialidades.	\$16.500 (Guardia + Ambulatorio)
ALERGIA	14.01.01 / 02 / 03 (por prestación)	autoriza con copago \$16.500
ANATOMIA PATOLOGICA	15.01.01 / 02 (por prestación)	autoriza con copago \$16.500
CARDIOLOGIA	17.01.01 ECG	\$ 10,000
	17.01.11 / 18 / 20 (por prestación)	autoriza con copago \$23.000
ECOGRAFIAS NOMENCLADAS	18.01.01 al 18.01.18 (por prestación)	autoriza con copago \$16.500
ECOGRAFIAS NO NOMENCLADAS	Partes Blandas / Transvaginal / Caderas. (por prestación)	autoriza con copago \$21.000
ECODOPPLER	18.01.62 / 18.02.02 / 18.03.01 / 18.05.01 / 18.05.11 / 18.06.01 (por prestación)	autoriza con copago \$30.000
GINECOLOGIA	15.01.06 Pap / 22.01.01 Colpo (por prestación)	\$ 10,000
KINEDILOGIA	FKT por sesión	autoriza con copago \$8.000
	RPG por sesión	autoriza con copago \$21.000
LABORATORIO NOMENCLADO	NOMENCLADO (*) Ver incluidos	autoriza con copago \$30.000 (hasta 15 determinaciones)
	Hisopado de fauces, Sedimento Urinario (por prestación)	\$ 10,000
LABORATORIO NO NOMENCLADO	Hemoglobina Glicosilada, PSA Total/Libre, anti endomisio IGA / IGG – anti gliadina IGA / IGG – anti transglutaminasa IGA / IGG – Fructosamina – Anticuerpo Hepatitis A – Anticuerpo Hepatitis B – Antígeno Hepatitis B – Anticuerpo Hepatitis C	autoriza con copago \$10.000 por item
APB (Acto Profesional Bioquímico)	ambulatorio	A cargo del AFILIADO
	urgencias	A cargo de ASMEPRIV
NEUMONOLOGIA	28.01.01 / 02 / 03 (por prestación)	\$ 15,500
OBSTETRICIA	22.02.02 Monitoreo Fetal	autoriza con copago \$10.000

OFTALMOLOGIA	30.01.02/08/09/19/20 - 30.01.04 (fondo de ojo) 30.02.01/02/04 - 30.02.03/09/11/12 (test lotmar, ojo seco, vision de colores y hamsler) (Por prestación)	autoriza con copago \$10.000
OTORRINOLARINGOLOGIA	31.01.02/03/04/06/09 (por prestación)	autoriza con copago \$10.000
	31.01.11/12/13 (extracción cuerpo extraño oído/taponamiento nasal)	\$ 10,000
PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	13.01.10 (sutura de heridas)	S/C
RADIOLOGIA	34.02.01 al 34.02.14 / 34.03.01/02 (por prestación)	\$ 10,000
	34.12.01 densitometria osea – 34.06.01/02 mamografia/proyeccion axilar (por prestación)	autoriza con copago \$23.000
YESOS	12.19.16/17/19/23/26/27	S/C

(*) LABORATORIO INCLUIDO

Amilasemia – Amilasuria – Anticuerpo Anti VIH – Bilirrubinuria – Calcemia Total – Calcio Iónico – Calciuria – Antígeno Hepatitis B- Tiempo De Coagulación Y Sangría – Coagulograma Básico – Colesterol Total – LDL - HDL - Recuento De Colonias – CPK – Creatina En Sangre Y Orina – Creatinina En Sangre Y Orina – Clearance De Creatinina – Urocultivo – Chagas – Eritrosedimentacion – Ferremia – Acido Fólico – Fosfatasa Alcalina – Fosfatasa Acida Total – Fosfatemia – Fosfaturia – Glucemia – Curva De Glucemia – Test De Graham - Grupo Sanguíneo – Hematocrito – Hemograma – Hepatograma Completo – IGA, IGD, IGE, IGG, IGM – Insulina – Ionograma Plasmático / Urinario – Acido Láctico – Látex Artritis Reumatoidea – Lipidograma Electroforético – Lípidos Totales – Magnesio En Sangre Y Orina – Orina Completa – Papanicolau – Parasitológico – PCR – Recuento De Plaquetas – Potasemia – Potasuria – Proteínas Totales – Tiempo De Protombina – Proteinuria – Factor RH – Sangre Oculta En Materia Fecal – Sodio En Sangre U Orina - TGO – TGP – T4 Total – T4 Libre – Transferrina – Triglicéridos – T3 Total – T3 Libre – Tiempo De Trombina – Urea – Uremia – Acido Úrico – Uricemia – V.D.R.L – Parasitológico de Materia Fecal (coproparasitológico)