

NOMENCLADOR APROSS

A partir del 1º de Noviembre de 2008, la cobertura de prestaciones médico asistenciales de APROSS, será la establecida en este nuevo nomenclador.

El mismo se ha organizado según afinidad prestacional de la siguiente manera:

- 1. Prestaciones Médicas Ambulatorias**
- 2. Módulos Clínicos**
- 3. Módulos Quirúrgicos**
- 4. Medicamentos fuera de módulos ("Catástrofes")**
- 5. Prestaciones Satélites**
- 6. Prótesis y Ortesis**
- 7. Oncohematología y Transplantes**
- 8. Discapacidad y Traslados**

En cada caso, se acompañan las Normas correspondientes, con las limitaciones y exclusiones.

NORMAS GENERALES

- **APROSS no reconocerá otras prestaciones por fuera de las incluidas en este Nomenclador.**
- **Los profesionales adheridos a la cartilla de APROSS en cualquiera de sus niveles, no podrán indicar estudios, tratamientos o procedimientos que no estén incluidos en él.**
- **La cobertura de nuevas prácticas, deberá ser planteada a APROSS por el profesional interesado, justificando la eficacia del método o insumo y respaldando su pretensión con documentación y antecedentes científicos de validez reconocida e indiscutible.**
- **La norma "líder" de la cobertura de APROSS, es la de la "Medicina basada en la Evidencia".**

- Una vez aceptada por la Obra Social y acordada la modalidad de cobertura, recién podrán prescribir efectivamente la prestación.

1. Prestaciones Médicas Ambulatorias

- Serán autorizadas a los profesionales que acrediten capacitación y equipamiento acorde.
- Las Consultas será retribuidas de manera diferencial por categorías, según la antigüedad profesional y especializada.
- El arancel de la consulta, incluye las prestaciones de la especialidad que forman parte de la rutina correspondiente: Ej.: ECG en Cardiología, Colposcopia en Ginecología, etc. (Consulta "Vestida")
- Las prácticas de Medicina Nuclear, incluyen en el arancel los materiales radiactivos necesarios.
- Las prácticas de Diagnóstico por imágenes incluyen en el arancel, el material de contraste y descartables necesarios
- El coseguro de las consultas, será abonado directamente al profesional, según la siguiente escala:
Categoría 1: \$ 5.- Categoría 2: \$ 10.- Categoría 3: \$ 15.-

INTERNACIONES

2. Módulos Clínicos:

- Se contemplan diversas modalidades de arancelamiento, que están especificadas en las normas propias.
- Se ha valorizado el día de internación de manera diferencial, según la complejidad asistencial.
- Estos valores incluyen los gastos correspondientes a la prestación sanatorial con medicamentos y materiales descartables habituales, y los honorarios del equipo profesional, así como los estudios médicos necesarios.
- Hay desarrollados 35 Síndromes Clínicos, con un valor fijo que contemplan la resolución de la patología y que se acompañan en

cada caso, con la descripción correspondiente de las prestaciones necesarias habituales, a fin de orientar la conducta profesional.

3. Módulos Quirúrgicos:

- **En los Módulos 1 al 5, el arancel establecido es por patología resuelta (de riesgo), no pudiendo facturarse días excedentes si los hubiera.**
- **En los restantes Módulos Quirúrgicos, los días excedentes a los contemplados, se facturarán a un valor único de \$180.- c/u.**
- **Todos los módulos deberán ser validados por el SVI, consignando todos los datos solicitados por el sistema.**
- **Las cirugías programadas, deberán validarse hasta 24 hs. Antes de la internación. Las urgencias dentro de las 24 hs. Hábiles siguientes.**
- **En caso de fallecimiento dentro de las 24 hs. posteriores a la cirugía, se abonará el 50% del valor total del módulo. Si el fallecimiento se produjera antes de las 48 hs. Posteriores, se abonará el 75%.**
- **En el caso de cirugías múltiples en el mismo acto quirúrgico, solamente se abonará el módulo de mayor valor. Si fueran en días distintos, se abonará el 100% del valor del módulo primero y el 30% del valor de los módulos siguientes.**
- **Se han establecido Grupos o Tramos arancelarios fijos para prestaciones de similar complejidad. En total son 11(once) Módulos, que agrupan más de 600 códigos de prestaciones quirúrgicas.**
- **El listado de prestaciones denominado Complejidad Asistencial 3, solamente podrán ser validados por aquellas instituciones seleccionadas, que fueron acreditadas para su realización por Resoluciones especiales. A esos listados originales, se han agregado otras prestaciones, que se rigen por las mismas normativas. Las Instituciones Sanatoriales que**

- Se establece para las Instituciones Polivalentes de baja complejidad prestacional (Complejidad Asistencial 1), un listado de 324 códigos quirúrgicos para los cuales están habilitadas, sobre un total de 606.
- Aquellas cirugías no incluidas en este listado, solamente podrán ser efectuadas en Instituciones Polivalentes que cuenten con Unidad de Terapia Intensiva habilitada por RUGEPRESA.
- El segundo grupo, Complejidad Asistencial 2, tiene un listado de 561 códigos quirúrgicos habilitados para realizar.
- El tercer grupo, Complejidad Asistencial 3, está constituido por aquellas Instituciones Seleccionadas para realizar un total de 45 códigos quirúrgicos de Alta Complejidad.

4. Medicamentos Catástrofes

- La cobertura por fuera de módulo, se limita al listado adjunto, debiendo solicitarse autorización expresa.
- La indicación debe ser efectuada por el especialista competente (Infectólogo, Nefrólogo, Hematólogo, etc.) y firmada por el Jefe de Servicio y el Director de la Institución.
- Se acompañarán a la solicitud, el laboratorio correspondiente (Cultivos y antibiogramas, proteinograma, etc.), aparte de estar encuadrada dentro de los protocolos científicos que la avalen.
- En urgencias, esta autorización deberá requerirse dentro de las primeras 12 horas hábiles posteriores.
- La cobertura será por reposición de APROSS de las unidades utilizadas.
- Excepcionalmente se podrá autorizar a la institución, a facturarlos por separado con un 30% de bonificación a APROSS, del valor consignado en los vademécum comerciales (Kairos, Alfabet, etc.).

5. Prestaciones Satélites:

- Son aquellas prácticas de apoyo a la gestión médico-asistencial.

- La modalidad de facturación, varía según el caso, pudiendo ser por medio de las organizaciones que nuclean a los profesionales que las realizan, o a través de la Institución sanatorial. Entran en este grupo, Anatomía Patológica, Anestesiología, Medicina Transfusional, Anestesiología, Laboratorio Bioquímico.
- La autorización de prestaciones, se efectuará para aquellos prestadores que se hayan acreditado previamente en APROSS, para la realización de las prácticas especializadas diagnósticas y terapéuticas, que requieren condiciones de infraestructura, equipamiento y capacitación profesional adecuada.
- Este requisito, es condición ineludible para tener derecho a la facturación y cobro de las prestaciones.
- La cobertura y normas, están detalladas en el apartado correspondiente de este Nomenclador.

6. Prótesis y Ortesis:

- Para el caso en que se efectuaran implantes protésicos, se deberá adjuntar el Certificado suscripto por el cirujano responsable, además del sticker y el protocolo quirúrgico correspondientes.
- El mismo deberá consignar el número de serie y los demás datos de identificación del elemento implantado.
- La falta de esta documentación complementaria de la factura, comprometerá la liquidación y pago de la misma, la que quedará pendiente hasta tanto se cumplimente de acuerdo a lo indicado.
- Por separado se informa el listado de prótesis y ortesis que cubre APROSS, el cual contempla una amplia cobertura con productos de origen nacional o del MERCOSUR, que tengan aprobación expresa del ANMAT.
- Los profesionales adheridos, deberán limitarse a indicar elementos que estén contemplados en ese listado.
- La preferencia de modelos o marcas, no justificadas científicamente, no serán consideradas para la provisión, y la insistencia en la prescripción original, será juzgada como

incumplimiento del convenio de adhesión profesional, procediéndose a aplicar las sanciones y puciones previstas pudiendo llegar hasta la baja del listado de prestadores del Médico prescribiente, si como consecuencia de esta actitud, se promovieran acciones judiciales para exigir dicha cobertura.

7. Oncohematología y Transplantes

- **La cobertura y normas, están descritas en el apartado que las detalla y en las Resoluciones correspondientes.**

8. Discapacidad y Traslados

- **La cobertura y normas correspondientes, están descritas en el apartado que las detalla.**