

NOMENCLADOR APROSS

La cobertura de prestaciones médico asistenciales de APROSS, es la establecida en el Nomenclador codificado.

El mismo incluye:

- 1. Prácticas Especializadas y Consultas**
- 2. Hemoterapia y Anatomía Patológica**
- 3. Oncohematología**
- 4. Transplantes**
- 5. Medicamentos fuera de módulos ("Catástrofes")**
- 6. Anestesia**
- 7. Hemodiálisis**
- 8. Discapacidad**
- 9. Traslados**
- 10. Prótesis y Ortesis**
- 11. Audífonos**
- 12. Optica**
- 13. Módulos Quirúrgicos y Módulos Clínicos con habilitación por Complejidad creciente.**

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. Prácticas Especializadas y Consultas

- 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.
- El material de contraste y descartables necesarios para las prácticas de Diagnóstico por imágenes, están a cargo del afiliado.

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 y de laboratorio necesarios y la rehabilitación fisokinésica.
- 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. En cada Complejidad Asistencial, se detallan los Síndromes para los que se encuentran habilitados

3. Módulos Quirúrgicos:

- El arancel establecido es por patología resuelta (de riesgo), no pudiendo facturarse días excedentes si los hubiera.
- Si por la evolución del caso fuera necesario prolongar la internación más allá de la estadía promedio de la patología tratada, se deberá solicitar autorización a Auditoría Médica para validar y facturar los días excedentes, al valor que corresponda según los días de internación que lleve, cuando la internación sea en piso y si es en UTI, al arancel según categoría.
- 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 durante una internación por la misma o distinta patología, se abonará el módulo de mayor valor al 100% y el 30% de los siguientes.
- Las Cirugías definidas como de Alta Complejidad, solamente pueden ser realizadas por las instituciones acreditadas por Resoluciones y convenios especiales. A esos listados originales, se han agregado otras prestaciones, que se rigen por las mismas normativas, salvo en el caso de las Angioplastias, que el arancel incluye dos días de internación.
- Se establece para las Instituciones Polivalentes de baja complejidad prestacional (Complejidad Asistencial 1), un listado

de 376 códigos quirúrgicos para los cuales están habilitadas, sobre un total de 810.

- 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 689 códigos quirúrgicos habilitados para realizar.
- El tercer grupo, Complejidad Asistencial 3 está constituido por 757 códigos quirúrgicos y clínicos, de los cuales 52 solamente pueden ser realizados por aquellos Prestadores Seleccionados, que fueron autorizados por Resoluciones especiales, y que suscribieron convenio con APROSS.
- El cuarto grupo, Complejidad Asistencial 4 está constituido por 819 códigos quirúrgicos y clínicos, que incluyen los trasplantes de órganos.

4. Medicamentos Catástrofes

- La cobertura por fuera de módulo, se limita al listado adjunto, debiendo solicitarse autorización expresa por SVI.
- La indicación debe ser efectuada por el especialista competente (Infectólogo, Nefrólogo, Hematólogo, etc.) y firmada por el Director de la Institución.
- Deben estar encuadrados dentro de los protocolos científicos que los avalen y justificado con, el laboratorio correspondiente (Cultivos y antibiogramas, proteinograma, etc.).
- En urgencias, esta autorización deberá requerirse dentro de las primeras 12 horas hábiles posteriores.

5. Hemoterapia, Anestesiología y Anatomía Patológica

- Las prestaciones correspondientes a estas especialidades, han sido contratadas con las Asociaciones representativas de los profesionales.

6. Prácticas Especializadas

- **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, y hayan suscripto el convenio correspondiente.**
- **Este requisito, es condición ineludible para tener derecho a la validación, facturación y cobro de las prestaciones.**
- **La cobertura y normas, están detalladas en el apartado correspondiente de este Nomenclador.**

7. Prótesis y Ortesis:

- **Deben solicitarse por sistema informático (SVI), validando el código correspondiente al elemento prescripto**
- **Para la facturación de la prestación correspondiente al implante, 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 puniciones 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.

8. Oncohematología y Transplantes

- **Los Módulos OncoHematológicos, incluyen la internación en el Area Especial, en Habitaciones de aislamiento reverso estricto, con flujo laminar, enfermería especializada, asistencia continua por profesionales del Servicio de Hematología y Oncología, aún en feriados y horarios nocturnos; Interconsultas y procedimientos efectuados en otras áreas del establecimiento asistencial; la provisión de todo tipo de medicamentos, materiales descartables y catéteres implantables (nacionales ó importados) que se requieran durante el período de tratamiento. El soporte hemático necesario, está a cargo de la Asociación de Medicina Transfusional, a quien se solicitarán los tratamientos indicados, así como la provisión de Albúmina humana.**
- **Excluye: IMATINIB, DASATINIB, RITUXIMAB, y otros anticuerpos monoclonales, L-ASPARAGINASA PEGILADA; TIMOGLOBULINA, VALGANCICLOVIR; VORICONAZOL; ANFOTERICINA LIPOSOMAL, EQUINCANDINA y CASPOFUNGINA.**

9. Discapacidad y Traslados

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