

OBRA SOCIAL PROVINCIA

PRACTICAS PACTADAS:		
NBU PMOE	Versión 2012	
NBU P.E. Alta Frecuencia		
NBU P.E. Baja Frecuencia		
Módulos de Diálisis		

REQUISITOS
<ul style="list-style-type: none"> • Prescripción en recetario membretado en manuscrito y/o pre impresa con firma del médico de su puño y letra y sello aclaratorio con matrícula legible. • Autorización: on-line, ingresando a: www.dossanjuan.online/OspBio/Login.Aspx., declarando el diagnóstico en función del (CIE 10), si figura en la prescripción. en la sede de la Auditoría: cuando sea requerido por esta. • Diagnóstico o historia clínica. • Enmiendas, correcciones o cambios de tinta en la prescripción, salvados por el médico. • Enmiendas, correcciones o cambios de tinta en la autorización, salvados por el bioquímico. • Firma y sello del Bioquímico, conformidad y datos del afiliado y fecha de realización, en el formulario de autorización. • Fecha de realización: es la misma que la fecha de autorización. • El código de barras no debe estar deteriorado o doblado para una correcta captura. • Plan de Embarazadas y Neonatal: listado de prácticas al 100% en Observaciones. Resto de prácticas con cobertura al 80%. • Plan de: Oncológicos y Trasplantados: todas las prácticas al 100% HIV: códigos 1015 y 1105 al 100%, resto al 80%. • Autorización Automática de Urgencia: para pedidos urgentes en los siguientes horarios: <ul style="list-style-type: none"> ○ las 24 hs. De los días sábados, domingos y feriados ○ de lunes a viernes desde las 17:00 hs y hasta las 06:00 hs. del día siguiente. Adjuntar historia clínica, protocolo con la autorización escrita del paciente y copia de estudios que acrediten dicha necesidad.

CÓDIGO	PLAN		COBERTURA
201	OSP-Ambulatorio	1 A	80%
203	OSP Terapias	2 B	100%
207	OSP Embarazadas y Neonatal	3 A 3 B 3 C 3 D 3 F	100%
209	OSP HIV, Oncológicos y Trasplantados	4 A 4 B 4 C	100%

211	OSP Internados	1 B	80%
610	OSP Diálisis	2 A	100%

OBSERVACIONES

Facturación Día 20

Plan Embarazadas - Prácticas con cobertura 100%:

(Ver Resolución N° 8695)

Cód.	Denominación	Cód.	Denominación
0063	ANTICUERPOS Anti- HIV (ELISA)	0870	TOXOPLASMOSIS (HA)
0105	BACTERIOLOGICO, DIRECTO-CULTIVO e IDENTIFICACIÓN del GÉRMEN)	0902	UREA, sérica.
0186	COOMBS INDIRECTA o RH variedad D _u	0904	URICO, ACIDO - sérico.
0245	CHAGAS, Serología confirmatorio (HAI y ELISA ó HAI E IFI)	0933	V D R L / USR - Cualitativa.
0412	GLUCEMIA o GLUCOSURIA (C/U)	0953	WIDAL, REACCION DE
0413	GLUCEMIA, PRUEBA de SOBRECARGA (x 2 determinaciones)	1025	CITOMEGALOVIRUS, Ac. IgG Anti- (CMV-IgG)
0433	GRUPO SANGUÍNEO y FACTOR RH .	1030	CITOMEGALOVIRUS, Ac. IgM Anti- (CMV-IgM)
0475	HEMOGRAMA.	1086	HEPATITIS B, Antígeno de Superficie (Ag.HBs)
0494	HUDDLESSON, REACCION DE (Rosa de Bengala - Brucelosis).	1145	RUBEOLA, Ac. IgG Anti-
0711	ORINA COMPLETA.	1150	RUBEOLA, Ac. IgM Anti-
		9127	SREPTOCOCCUS BETA-HEMOLÍTICO Grupo B - Prenatal (anal/vaginal)

Plan NEONATAL - Prácticas con cobertura 100%:

(Ver Resolución N° 8695)

Cód.	Denominación	Cód.	Denominación
0110	BILIRRUBINEMIA TOTAL, DIRECTA E INDIRECTA.	0475	HEMOGRAMA.
0186	COOMBS INDIRECTA o RH variedad D _u	0711	ORINA COMPLETA.
0297	ERITROSEDIMENTACION.	0865	TIROTROFINA - TSH
0412	GLUCEMIA o GLUCOSURIA (C/U)	0902	UREA, sérica.
0433	GRUPO SANGUÍNEO y FACTOR RH .	1196	SCREENING NEONATAL x 6 (TSH, FENIL ALANINA y TIR -BIOTINIDASA, GALACTOSEMIA y 17-HO- PROGESTERONA - Neonatales)

