

**PLAN DOCTORED 1000**
**PRACTICAS**
**AUTORIZACIONES**

ANALISIS DE LAB. NOMENCLADOS (PMO)	NO REQUIERE AUTORIZACION
COLPOSCOPIA	NO REQUIERE AUTORIZACION
CONSULTAS MEDICAS	NO REQUIERE AUTORIZACION
ECOGRAFIAS NOMENCLADAS (INCLUYE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL)	NO REQUIERE AUTORIZACION
ELECTROCARDIOGRAMA (INCLUYE RIESGO QUIRURGICO)	NO REQUIERE AUTORIZACION
ANATOMIA PATOLOGICA (Excluye 15.01.06 No requiere autorizacion)	REQUIERE AUTORIZACION
ANGIOGRAFIA	REQUIERE AUTORIZACION
ANGIORESONANCIA	REQUIERE AUTORIZACION
ARTROSCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
AUDIOMETRIA-LOGOAUUDIOMETRIA-IMPEDANCIOMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
BARRIDO CORPORAL TOTAL	REQUIERE AUTORIZACION
BIOPSIA DE PIEL	REQUIERE AUTORIZACION
BLEFAROPLASTIA	REQUIERE AUTORIZACION
CAMPIMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO	REQUIERE AUTORIZACION
CEFALOMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
CENTELLOGRAMA	REQUIERE AUTORIZACION
CHALAZION	REQUIERE AUTORIZACION
CIRUGIAS	REQUIERE AUTORIZACION
CISTOURTROGRAFIA	REQUIERE AUTORIZACION
COLANGIORESONANCIA	REQUIERE AUTORIZACION
CONTROL DE MARCAPASO	REQUIERE AUTORIZACION
CORONARIOGRAFIA (HEMODINAMIA)	REQUIERE AUTORIZACION
CURVA DIARIA DE PRESION OCULAR	REQUIERE AUTORIZACION
DACRIOCISTOGRAFIA	REQUIERE AUTORIZACION
DENSITOMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
DIFUSION DE CO	REQUIERE AUTORIZACION
E.E.G. PROLONGADO (C/ESTIMULACION FOTICA E HIPERVENTILACION)	REQUIERE AUTORIZACION
ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL	REQUIERE AUTORIZACION
ECOCARDIOGRAMA FETAL	REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER ARTERIAL DE MIEMBROS	REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER CARDIOLOGICO	REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO	REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER OBSTETRICO	REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER TRANSCRANEANO	REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER VENOSO DE MIEMBROS	REQUIERE AUTORIZACION
ECOGRAFIA 3 D	REQUIERE AUTORIZACION
ECOGRAFIA OFTALMOLOGICA	REQUIERE AUTORIZACION
ECOGRAFIA PROSTATICA C/BIOPSIA	REQUIERE AUTORIZACION
ECOGRAFIA TRANSLUCENCIA NUCAL/TNS	REQUIERE AUTORIZACION
ECOMETRIA OFTALMOLOGICA	REQUIERE AUTORIZACION
EJERCICIOS ORTOPICOS OFTALMOLOGIA	REQUIERE AUTORIZACION
ELECTROENCEFALOGRAMA COMUN	REQUIERE AUTORIZACION
ELECTROENCEFALOGRAMA CON AC. COMPLEJA O SUEÑO PROLONGADO	REQUIERE AUTORIZACION
ELECTROMOGRAMA	REQUIERE AUTORIZACION
ELECTROOCULOGRAMA	REQUIERE AUTORIZACION
ELECTRORETINOGRAMA	REQUIERE AUTORIZACION
ERGOMETRIAS	REQUIERE AUTORIZACION
ESPINOGRAMA	REQUIERE AUTORIZACION
ESPIROMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
ESPIROMETRIA (ERRADICACION DE HELICOBACTER PILORIS)	REQUIERE AUTORIZACION
EXTIRPACION BIOP. DE LESION	REQUIERE AUTORIZACION

FACOEMULSIFICACIÓN/CIRUGIA CATARATAS	REQUIERE AUTORIZACION
FIBROSCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
FLUOMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
FONOAUDIOLOGIA	REQUIERE AUTORIZACION
GONOSCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
HEMODIALISIS	REQUIERE AUTORIZACION
HISTEROSALPINGOGRAFIA (GINECO)	REQUIERE AUTORIZACION
HOLTER	REQUIERE AUTORIZACION
INFUSION DE MEDICACION	REQUIERE AUTORIZACION
KINESIOLOGIA - RPG	REQUIERE AUTORIZACION
LAPAROSCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
LEEP CUELLO UTERINO	REQUIERE AUTORIZACION
LENTES/ANTEOJOS	REQUIERE AUTORIZACION
MAMOGRAFIAS	REQUIERE AUTORIZACION
MAMOMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
MAPEO CEREBRAL	REQUIERE AUTORIZACION
MARCACION PREQUIRURGICA DE MAMA	REQUIERE AUTORIZACION
MEDICAMENTOS (PLAN MATERNO INFANTIL)	REQUIERE AUTORIZACION
METODO DE PSICOPROFILAXIS PARA PARTO	REQUIERE AUTORIZACION
MICROSCOPIA ESPECULAR (OFTALMOLOGICO)	REQUIERE AUTORIZACION
NTS TRANSLUCENCIA NUCAL	REQUIERE AUTORIZACION
O.B.I. OFTALMOSCOPIA BINOCULAR INDIRECTA	REQUIERE AUTORIZACION
PAQUIMETRIA OFTALMOLOGICO)	REQUIERE AUTORIZACION
PEAT POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVO DE TRONCO	REQUIERE AUTORIZACION
PENESCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
PERFUNCION MIOCARDICA	REQUIERE AUTORIZACION
PERIMETRIA (OFTALMOLOGICO)	REQUIERE AUTORIZACION
POLISOMNOGRAFIA	REQUIERE AUTORIZACION
POTENCIALES EVOCADOS	REQUIERE AUTORIZACION
PRESUROMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
PUNCIONES BAJO GUIA ECOGRAFICA/TAC	REQUIERE AUTORIZACION
PUVATERAPIA/FOTOQUIMOTERAPIA	REQUIERE AUTORIZACION
QUIMOTERAPIA	REQUIERE AUTORIZACION
R.F.G. RETINOFLUORESCENNOGRAFIA	REQUIERE AUTORIZACION
RADIOLOGIA NOMENCLADA SIN CONTRASTE	NO REQUIERE AUTORIZACION
RADIOLOGIA NOMENCLADA CON CONTRASTE	REQUIERE AUTORIZACION
RADIOTERAPIA (COBALTO/ACELERADOR)	REQUIERE AUTORIZACION
RADIOTERAPIA HEMOSTATICA	REQUIERE AUTORIZACION
RADIOVARDIOGRAMA	REQUIERE AUTORIZACION
REHABILITACION ISOCINETICA	REQUIERE AUTORIZACION
RESONANCIAS	REQUIERE AUTORIZACION
RINOFIBROBRONCOSCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
RINOMANOMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
SCREENING AUDITIVO/ OTOEMISIONES ACUSTICAS.	REQUIERE AUTORIZACION
SELECCIÓN DE OTOAMPLIFONO	REQUIERE AUTORIZACION
SERIADA GASTRODUODENAL	REQUIERE AUTORIZACION
SPECT	REQUIERE AUTORIZACION
TEST DE AIRE ESPIRADO	REQUIERE AUTORIZACION
TEST DE LORMAR	REQUIERE AUTORIZACION
TIL TEST	REQUIERE AUTORIZACION
TOMOGRAFIAS	REQUIERE AUTORIZACION
TOPOGRAFIA (OFTALMOLOGICO)	REQUIERE AUTORIZACION
TRANSITO ESOFAGICO	REQUIERE AUTORIZACION
ULTRABIOMICROSCOPIA (UBM)	REQUIERE AUTORIZACION
UROGRAMA EXCRETOR	REQUIERE AUTORIZACION

VIDEODEGLUCION	REQUIERE AUTORIZACION
VIDEOGASTROSCOPIA/ENDOSCOPIA/VIDEOCOLONOSCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
VOLUMENES PULMONARES	REQUIERE AUTORIZACION
ANATOMIA PATOLOGICA (Excluye 15.01.06 No requiere autorizacion)	REQUIERE AUTORIZACION
FOTOCOAGULACION LASER ARGON	REQUIERE AUTORIZACION
MEDICACION DE DIABETES/HIV/ONCOLOGICO	REQUIERE AUTORIZACION
REHABILITACION CARDIOVASCULAR	REQUIERE AUTORIZACION
ESTUDIO FUNCIONAL RESPIRATORIO	REQUIERE AUTORIZACION+B21
ECODOPPLER DE PENE O TESTICULAR	VER C/AUDITORIA MEDICA POR FERTILIDAD
<b>OBSERVACION</b>	<b>EL BENEFICIARIO DE ESTE PLAN NO ABONA APB - NO ABONA DESCARTABLES</b>