

PLAN DOCTORED 2000
PRACTICAS
AUTORIZACION

ANALISIS DE LAB. NOMENCLADOS (PMO)	NO REQUIERE AUTORIZACION
AUDIOMETRIA-LOGO AUDIOMETRIA-IMPEDANCIOMETRIA-TIMPANOMETRIA	NO REQUIERE AUTORIZACION
CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO	NO REQUIERE AUTORIZACION
COLPOSCOPIA	NO REQUIERE AUTORIZACION
CONSULTAS MEDICAS	NO REQUIERE AUTORIZACION
DENSITOMETRIA	NO REQUIERE AUTORIZACION
ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL	NO REQUIERE AUTORIZACION
ECOCARDIOGRAMA FETAL	NO REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER ARTERIAL DE MIEMBROS	NO REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER CARDIOLOGICO	NO REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO	NO REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER OBSTETRICO	NO REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER TRANSCRANEANO	NO REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER VENOSO DE MIEMBROS	NO REQUIERE AUTORIZACION
ECOGRAFIA OFTALMOLOGICA	NO REQUIERE AUTORIZACION
ECOGRAFIA TRANSLUCENCIA NUCAL/TNS	NO REQUIERE AUTORIZACION
ECOGRAFIAS – INCLUYE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL	NO REQUIERE AUTORIZACION
ELECTROCARDIOGRAMA – INCLUYE RIESGO QUIRURGICO	NO REQUIERE AUTORIZACION
ERGOMETRIAS	NO REQUIERE AUTORIZACION
ESPINOGRAMA	NO REQUIERE AUTORIZACION
GONIOSCOPIA (OFTALMOLOGIA)	NO REQUIERE AUTORIZACION
MAMOGRAFIAS	NO REQUIERE AUTORIZACION
O.B.I. OFTALMOSCOPIA BINOCULAR INDIRECTA	NO REQUIERE AUTORIZACION
PAQUIMETRIA (OFTALMOLOGICO)	NO REQUIERE AUTORIZACION
RADIOLOGIA NOMENCLADA	NO REQUIERE AUTORIZACION
RPG	REQUIERE AUTORIZACION
SERIADA GASTRODUODENAL	NO REQUIERE AUTORIZACION
UROGRAMA EXCRETOR	NO REQUIERE AUTORIZACION
ANATOMIA PATOLOGICA (Excluye 15.01.06 No requiere autorizacion)	REQUIERE AUTORIZACION
ANGIOGRAFIA	REQUIERE AUTORIZACION
ANGIORESONANCIA	REQUIERE AUTORIZACION
ARTROSCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
BARRIDO CORPORAL TOTAL	REQUIERE AUTORIZACION
BIOPSIA DE PIEL	REQUIERE AUTORIZACION
BLEFAROPLASTIA	REQUIERE AUTORIZACION
CAMPIMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
CEFALOMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
CENTELLOGRAMA	REQUIERE AUTORIZACION
CHALAZION	REQUIERE AUTORIZACION
CIRUGIAS	REQUIERE AUTORIZACION
CISTOURETROGRAFIA	REQUIERE AUTORIZACION
COLANGIORESONANCIA	REQUIERE AUTORIZACION
CONTROL DE MARCAPASO	REQUIERE AUTORIZACION
CORONARIOGRAFIA (HEMODINAMIA)	REQUIERE AUTORIZACION
CURVA DIARIA DE PRESION OCULAR	REQUIERE AUTORIZACION
DACRIOCISTOGRAFIA	REQUIERE AUTORIZACION
DIFUSION DE CO	REQUIERE AUTORIZACION
E.E.G. PROLONGADO (C/ESTIMULACION FOTICA E HIPERVENTILACION)	REQUIERE AUTORIZACION
ECODOPPLER DE PENE O TESTICULAR	VER C/AUDITORIA MEDICA POR FERTILIDAD
ECOGRAFIA 3 D	REQUIERE AUTORIZACION (orden con inclusion del diagnostico)
ECOGRAFIA PROSTATICA C/BIOPSIA	REQUIERE AUTORIZACION

ECOMETRIA OFTALMOLOGICA	REQUIERE AUTORIZACION
EJERCICIOS ORTOPOICOS OFTALMOLOGIA	REQUIERE AUTORIZACION (Pasadas las 10 sesiones solicitar autorizacion)
ELECTROENCEFALOGRAMA COMUN	REQUIERE AUTORIZACION
ELECTROENCEFALOGRAMA CON AC. COMPLEJA O SUE?O PROLONGADO	REQUIERE AUTORIZACION
ELECTROMIOGRAMA	REQUIERE AUTORIZACION
ELECTROOCULOGRAMA	REQUIERE AUTORIZACION
ELECTRORETINOGRAMA	REQUIERE AUTORIZACION
ESPIROMETRIA	NO REQUIERE AUTORIZACION
ESTUDIO FUNCIONAL RESPIRATORIO	REQUIERE AUTORIZACION+B21
EXTIRPACION BIOP. DE LESION	REQUIERE AUTORIZACION
FACOEMULSIFICACIÓN/CIRUGIA CATARATAS	REQUIERE AUTORIZACION
FIBROSCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
FLUJOMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
FONOAUDIOLOGIA	REQUIERE AUTORIZACION
FOTOCOAGULACION LASER ARGON	REQUIERE AUTORIZACION
HEMODIALISIS	REQUIERE AUTORIZACION
HISTEROSALPINGOGRAFIA (GINECO)	REQUIERE AUTORIZACION - CUBRE MATERIAL RADIOACTIVO
HOLTER	REQUIERE AUTORIZACION
INFUSION DE MEDICACION	REQUIERE AUTORIZACION
KINESIOLOGIA	REQUIERE AUTORIZACION
LAPAROSCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
LEEP CUELLO UTERINO	REQUIERE AUTORIZACION
LENTES/ANTEOJOS	REQUIERE AUTORIZACION
MAMOMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
MAPEO CEREBRAL	REQUIERE AUTORIZACION
MARCACION PREQUIRURGICA DE MAMA	REQUIERE AUTORIZACION
MEDICACION DE DIABETES/HIV/ONCOLOGICO	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
PEAT POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVO DE TRONCO	REQUIERE AUTORIZACION
PENESCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
PERFUSION MIOCARDICA	REQUIERE AUTORIZACION
PERIMETRIA (OFTALMOLOGICO)	REQUIERE AUTORIZACION
POLISOMNOGRAFIA	REQUIERE AUTORIZACION
POTENCIALES EVOCADOS	REQUIERE AUTORIZACION
PRESUROMETRIA	NO REQUIERE AUTORIZACION
PUNCIONES BAJO GUIA ECOGRAFICA/TAC	REQUIERE AUTORIZACION
PUVATERAPIA/FOTOQUIMIOTERAPIA	REQUIERE AUTORIZACION
QUIMIOTERAPIA	REQUIERE AUTORIZACION
R.F.G. RETINOFLUORESCENNOGRAFIA	REQUIERE AUTORIZACION
RADIOTERAPIA (COBALTO/ACELERADOR)	REQUIERE AUTORIZACION
RADIOTERAPIA HEMOSTATICA	REQUIERE AUTORIZACION
RADIOVARDIOGRAMA	REQUIERE AUTORIZACION
REHABILITACION CARDIOVASCULAR	REQUIERE AUTORIZACION (Solicitamos RHC para area de Auditoria Medica)
REHABILITACION ISOCINETICA	REQUIERE AUTORIZACION
RESONANCIAS	REQUIERE AUTORIZACION
RINOFIBROBRONCOSCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
RINOMANOMETRIA	REQUIERE AUTORIZACION
SCREENING AUDITIVO/ OTOEMISIONES ACUSTICAS.	REQUIERE AUTORIZACION
SELECCIÓN DE OTOAMPLIFONO	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
VIDEODEGLUCION	REQUIERE AUTORIZACION
VIDEOGASTROSCOPIA/ENDOSCOPIA/VIDEOCOLONOSCOPIA	REQUIERE AUTORIZACION
VOLUMENES PULMONARES	REQUIERE AUTORIZACION
OBSERVACION	EL BENEFICIARIO DE ESTE PLAN NO ABONA APB - NO ABONA DESCARTABLES