

## GERDANNA SALUD

### ❖ SERVICIO CONVENIDO



## **RAMA Red de Asistencia Medica Ambulatoria**

Esta cobertura comprende la **ATENCIÓN MÉDICA PROGRAMADA DE PRIMER NIVEL EN LO AMBULATORIO**. No tiene alcance de **PMO (Plan Médico Obligatorio)** y es brindada en Centros Médicos de Primer Nivel, **CON TURNO PREVIO**. No comprende **ATENCIÓN DE GUARDIA O URGENCIAS**

### ❖ CARACTERÍSTICAS GENERALES

#### ➤ **ACCESO AL SERVICIO:**

Para lograr la más cómoda forma de acceso a la atención, Ud. contará con la Cartilla de Prestadores que, dividida por zonas, le permitirá elegir el Prestador o Profesional de su conveniencia y solicitar turno en forma telefónica.

Al momento de la atención deberá presentar la credencial **COM-GERDANNA**, (que será distribuida luego de la finalización del periodo de prueba y para aquellos que adopten el sistema) acompañada por el D.U.(CI,LE,LC,.DNI), que lo identifique como asociado, la no presentación de la misma impedirá el acceso a la atención, el asociado abona \$ 15.00 de Coseguros por consulta, únicamente en el Interior del País.

#### ➤ **ALCANCE DE LA COBERTURA:**

#### ✓ **CONSULTAS:**

Están cubiertas las consultas en todas las Especialidades Médicas del Primer Nivel de Complejidad, no así Subespecialidades, ni en la Mediana y Alta Complejidad.

ALERGIA - ANATOMIA PATOLOGICA – CARDIOLOGIA - CLINICA MEDICA - ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA – OFTALMOLOGIA – OTORRINOLARINGOLOGIA – PEDIATRIA – TRAUMATOLOGIA

#### ✓ **PRÁCTICAS CLÍNICAS:**

LABORATORIO – ANATOMIA PATOLOGICA – RADIOLOGIA – ECOGRAFIA – MAMOGRAFIA – KINESIOFONO (hasta 30 sesiones por año, 8 por mes).

**RX:** APARATO ESQUELETICO – APARATO RESPIRATORIO – APARATO DIGESTIVO Y CAVIDAD ABDOMINAL – APARATO URINARIO – APARATO GENITAL FEMENINO.

**ANÁLISIS CLÍNICOS:** incluye todo el Nomenclador Nacional de análisis clínicos, **CON SUS NORMAS RESPECTIVAS**. Atento a normas de trabajo Bioquímico del Nomenclador Nacional.

**EXCLUSIONES:** Prácticas no nomencladas - Determinaciones por RIE (Radioinmunoensayo) – Hormonas – Serologías – Inmunoglobulinas - 617: HDL / LDL – Dopaje de fármacos.

#### ➤ **FRECUENCIA DEL SERVICIO:**

El servicio será prestado en los días y horarios establecidos por cada uno de los Centros de Cartilla

**EN TODOS LOS CASOS LA COBERTURA ES CON TURNO PREVIO, ES DECIR ATENCIÓN PROGRAMADA, NO CUBRE SERVICIO DE GUARDIA POR URGENCIAS**

#### ➤ **RADIO GEOGRAFICO DE COBERTURA:**

Conforme la Red de Prestadores, el servicio será prestado en Capital Federal, Gran Buenos Aires e Interior del País, por cada uno de los Centros adheridos a la Red, que figuren en cartilla.

❖ **COBERTURA R.A.M.A. – Red de Asistencia Médica Ambulatoria – PRESTACIONES INCLUIDAS**

**14.- ALERGIA**

14.01.01: *Testificación total*

**15.- ANATOMÍA PATOLÓGICA**

15.01.06: *Citología exfoliativa oncológica*

15.01.07: *Citología exfoliativa hormonal*

**17.- CARDIOLOGÍA**

17.01.01: *Electrocardiograma en consultorio*

**18.- ECOGRAFÍAS**

18.01.01: *Ecocardiograma completo*

18.01.02: *Ecocardiograma completo*

18.01.03: *Ecocardiograma completo*

18.01.04: *Ecografía Tocoginecológica*

18.01.06: *Ecografía Mamaría Uni o Bilateral*

18.01.07: *Ecografía Cerebral*

18.01.09: *Ecografía Oftalmológica*

18.01.10: *Ecografía Tiroidea*

18.01.11: *Ecografía Testículos*

18.01.12: *Ecografía Completa de Abdomen*

18.01.13: *Ecografía Hepática Biliar Esplénica*

18.01.14: *Ecografía de Vejiga o Próstata*

18.01.16: *Ecografía Renal*

18.01.17: *Ecografía Aorta abdominal dinámica y estática*

18.01.18: *Ecografía Pancreática*

**19.- ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN**

19.01.02: *Régimen individual con preparación de menú dietético*

**20.- GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

22.01.01: *Colposcopia*

22.01.02: *Colpocitología – Obtención del material por sesión*

22.01.03: *Test de Sims – Huner*

22.01.04: *Estudio del moco cervical*

**25.- REHABILITACIÓN MÉDICA**

25.01.01: *Fisioterapia*

25.01.02: *Kinesioterapia*

25.01.04: *Rehabilitación del lenguaje por sesión*

**28.- NEUMONOLOGÍA**

28.01.01: *Espirometría*

28.01.02: *Espirometría antes y después del uso de broncodilatadores*

28.01.07: *Curva de flujo volumen*

28.01.08: *Determinación de volúmenes pulmonares*

28.01.09: *Estudio de mecánica pulmonar*

**29.- NEUROLOGÍA**

29.01.01: *EEG con activación simple*

29.01.02: *EEG con activación compleja*

**30.- OFTALMOLOGÍA**

30.01.01: *Oftalmodinamometría*

30.01.02: *Campo visual*

31.01.16: *Lavaje de seno paranasal uni o bilateral*

31.01.17: *Laringoscopia directa diagnóstica*

**36.- UROLOGÍA**

36.01.03: *Sondaje vesical*

36.01.06: *Dilatación uretal*

**42.- ASISTENCIA EM CONSULTORIO**

42.01.01: *Consulta médica*

**34.- RADIOLOGÍA**

34.01.01: *Radioscopia simple*

34.01.02: *Com intensificador de imágenes*

34.01.03: *Com circuito cerrado de televisión*

**34.02.- RX APARATO ESQUELÉTICO**

34.02.01: *Rx cráneo senos paranasales o cavum*

34.02.02: *Exposition subsiguiente*

34.02.03: *Hueso temporal ...*

34.02.04: *Art temporomandibular ...*

34.02.05: *Ortopantog ...*

34.02.06: *Exposición subsiguiente*

34.02.07: *Telerradiografía de cráneo*

34.02.08: *Exposición subsiguiente*

34.02.09: *Rx de caquis*

34.02.10: *Exp. Subsiguiente*

34.02.11: *Rx hombro húmero pelvis cadera fémur*

34.02.12: *Exp. Subsiguiente*

34.02.13: *Rx codo antebrazo muñeca mano dedos rodilla pierna tobillo pie (2 por placa)*

34.02.14: *Medición comparativa de mmii*

34.02.15: *Rx ampliada*

34.02.16: *Artografía*

34.02.17: *Exp. Subsiguiente*

**34.03.- RX DEL APARATO RESPIRATORIO**

34.03.01: *Telerradiografía de tórax*

34.03.01: *Exp. Subsiguiente*

**34.04.- RX DEL APARATO DIGESTIVO Y CAVIDAD ABDOMINAL**

34.01.01: *Hialografía por glándula ...*

34.04.02: *Esófago est. Seriado (mínimo 2 placas, 4 expos.)*

34.04.03: *Estómago y duodeno (mínimo 10 exp. por estudio)*

34.04.04: *Estómago y duodeno con doble contr. (mín. 12 exp.)*

34.04.05: *Estudio seriado esófago gastroduodenal (mín. 12 expos.)*

34.04.06: *Duodenografía ...*

34.04.07: *Tránsito de intest. delgado o colon*

34.04.08: *Est. Radiol. seriado ileocecoapendicular (mín. 2 placas)*

34.04.09: *Colon por enema y evacuado (mínimo 3 placas por estudio)*

34.04.10: *Colon por enema y evacuado (mínimo 5 placas por estudio)*

34.04.11: *Colon por enema evacuado e insuflado*

30.01.04: Fondo de ojo y/o esquiасcopia  
30.01.05: Tonometría  
30.01.07: Ejercicios ortópticos por sesión  
30.01.08: Gonioscopia  
30.01.09: Curva tensional  
30.01.10: Tonografía  
30.01.14: Exoftalmometría  
30.01.15: Extracción de cuerpo extraño conjuntival  
30.01.16: Extracción de cuerpo extraño conjuntival en córnea  
30.01.19: oftalmoscopia indirecta  
30.01.20: Estudio de fijación en el estrabismo  
30.01.21: Cateterización de conducto lacrimonasal  
30.01.22: Exoftalmología

#### 31.- OTORRINOLARINGOLOGÍA

31.01.01: Exámen funcional laberíntico  
31.01.02: Audiometría  
31.01.03: Logoaúdimetría  
31.01.04: Pruebas supraliminales, cada una  
31.01.05: Selección de otoamplifonos  
31.01.07: Técnica de proetz, hasta 10 sesiones  
31.01.08: Insuflación de las trompas de Eustaquio (h/ 5 sesiones c/u)  
31.01.09: Impedanciometría  
31.01.10: Rinomanometría  
31.01.11: Extracción de cuerpo extraño en oído.  
Ext de tapón uni o bilateral  
31.01.12: Taponamiento nasal anterior  
31.01.13: Taponamiento nasal anteroposterior  
31.01.14: Extracción de cuerpo extraño em nariz  
31.01.15: Cauterización de nariz

técnica de fisher (mín. 6 placas por estudio)  
34.04.12: Colon por enema evacuado y doble contraste (mín. 8 placas técnica de malmo)  
34.04.13: Colecistografía oral incluye evacuación  
34.04.14: Rx simple de abdomen  
34.04.22: Exp. subsiguiente

#### 34.05.- RX DEL APARATO URINARIO

34.05.01: Rx simple del árbol urinario  
34.05.02: Urograma excretor piel. descendente  
34.05.03: Urograma excretor piel. Con estudio vesical  
34.05.04: Urograma excretor minutado  
34.05.05: Pielografía ascendente  
34.05.06: Exp. subsiguiente  
34.05.07: Cistouretrografía miccional ...  
34.05.08: Cistouretrografía miccional por est. de incontinencia

#### 34.06.- RX DEL APARATO GENITAL FEMENINO

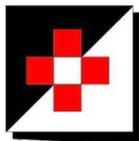
34.06.01: Mamografía ...  
34.06.02: Mamografía  
34.06.03: Galactografía  
34.06.04: Histerosalpingografía

#### ANÁLISIS CLÍNICOS

Incluye todo el Nomenclador Nacional de análisis clínicos,  
CON SUS NORMAS RESPECTIVAS.  
Atento a normas de trabajo Bioquímico del Nomenclador Nacional

#### EXCLUSIONES

Prácticas no nomencldas  
Determinaciones por RIE (Radioinmunoensayo)  
Hormonas  
Serologías  
Inmunoglobulinas  
617:HDL/ LDL/ Dopaje de Fármacos



**GERDANNA SALUD Líder en prestaciones Médicas**

❖ **SERVICIO CONVENIDO**



**Emergencias y Urgencias Médicas Domiciliarias**

Desde el momento en que el asociado se comunica, es atendido por personal especializados que brindan atención personalizada, transmitiendo la contención necesaria para situaciones límite, a partir de ese momento, de acuerdo al lugar donde el paciente deba ser atendido, acudirá para su asistencia la Empresa Líder de la zona en que se encuentre paciente. Además para concretar una rápida y exacta atención contamos con un Sistema Codificado, en el cual cada código pauta los Tiempos de Llegada y el Equipamiento de las Unidades, esta codificación es efectuada por personal especializado, mediante preguntas pautadas específicamente, a quien requiera la Asistencia.

❖ **CARACTERÍSTICAS GENERALES**

➤ **ACCESO AL SERVICIO:**

El asociado podrá acceder al servicio comunicándose las 24 hs., los 365 días del año al siguiente teléfono:

**4959-9595 (Líneas Rotativas) para Cap. Fed. y Gran Bs.  
0-810-666-6350 (Líneas Rotativas) para Interior del País**

➤ **ALCANCE DE LA COBERTURA:**

✓ **CÓDIGO AMARILLO \* URGENCIA:**

Cuando no hay riesgo de vida, pero la atención urge.

✓ **CÓDIGO ROJO \* EMERGENCIA MÉDICA U.T.I.M (Unidad de Terapia Intensiva Móvil):**

Cuando hay riesgo de vida.

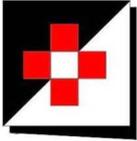
La Asistencia se brindará a través de las Empresas zonales que conforme el lugar en el que el beneficiario se encuentre al momento de solicitar la asistencia médica de Emergencia y Urgencia, cuente con la disponibilidad necesaria dentro de los tiempos que cada caso exige, siempre que no fuere en zonas rurales, o pueblos alejados de Ciudades importantes, en caso que por cuestión de distancias no se pueda cumplir con la asistencia, en los tiempo correspondientes.

➤ **FRECUENCIA DEL SERVICIO:**

El servicio será prestado las 24 hs., los 365 días del año

➤ **RADIO GEOGRAFICO DE COBERTURA:**

El servicio será prestado en Capital Federal, Gran Buenos Aires e Interior del País., por cada uno de los prestadores Zonales, contratados para tal fin.



**GERDANNA SALUD Líder en prestaciones Médicas**

❖ **SERVICIO CONVENIDO**



**Odontología Integral**

**GERDANNA SALUD** a través de su División Odontología brinda la cobertura total del Nomenclador Nacional, en consultorios particulares.

Exceptuando Prótesis, Ortodoncia, Placas Panorámicas y Luz Halógena (valores preferenciales).

❖ **CARACTERÍSTICAS GENERALES**

➤ **ACCESO AL SERVICIO:**

Para lograr la más cómoda forma de acceso a la atención, el asociado contará con la Cartilla de Prestadores que, dividida por zonas, le permitirá elegir el Prestador o Profesional de su conveniencia y solicitar turno en forma telefónica.

Al momento de la atención deberá presentar la credencial **GERDANNA SALUD**, actualizada acompañada por el D.U. (CI,LE,LC,.DNI), que lo identifique como asociado al sistema, la no presentación de la misma impedirá el acceso a la atención, no debiendo abonar las prestaciones que se encuadren en la cobertura.

➤ **ALCANCE DE LA COBERTURA:**

El servicio brinda a los beneficiarios la cobertura de las prácticas odontológicas incluidas en el NN (Nomenclador Nacional).

- ✓ CONSULTAS
- ✓ OPERATORIA DENTAL
- ✓ ENDODONCIA
- ✓ ODONTOLOGÍA PREVENTIVA
- ✓ ODONTOPEDIATRIA
- ✓ PERIODONCIA
- ✓ RADIOLOGÍA
- ✓ CIRUGÍA BUCAL

➤ **FRECUENCIA DEL SERVICIO:**

El servicio será prestado en los días y horarios establecidos por cada uno de los Centros de Cartilla

➤ **RADIO GEOGRAFICO DE COBERTURA:**

Conforme la Red de Prestadores, el servicio será prestado en Capital Federal, Gran Buenos Aires e Interior del País, por cada uno de los Centros adheridos a la Red, que figuren en cartilla.

## ❖ COBERTURA ODONTOLÓGICA – PRESTACIONES INCLUIDAS

### CONSULTAS

01.01. Examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento

### OPERATORIA DENTAL

- 02.01. Obturación con amalgama- cavidad simple
- 02.02. " " " - cavidad compuesta
- 02.08. " " " -resinas acrílicas (canino a canino)
- 02.09. Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores- autocurados de canino a canino

### ENDODONCIA

- 03.01. Tratamiento de conducto unirradicular
- 03.02. " " " multirradicular
- 03.05. Biopulpectomía parcial
- 03.06. Necropulpectomía parcial- momificación

### ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

- 05.01. Tartrectomía y Cepillado Mecánico
- 05.02. Consulta Preventiva Periódica en menores de trece - años.

### ODONTOPEDIATRÍA

- 07.01. Motivación, en menores de 13 años
- 07.04. Tratamiento de dientes primarios con formocresol

### PERIODONCIA

- 08.01. Consulta de estudio-diagnóstico-pronóstico
- 08.02. tratamiento de gingivitis dental crónica
- 08.03. Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada, bolsas de hasta 5mm. por sector -(6) seis sectores
- 08.04. Tratamiento de periodontitis destructiva severa, bolsas de 6mm. - (6) seis sector. Se excluye cirugía periodontal con técnica de regeneración tisular guiada.
- 08.05. Desgaste selectivo o armonización oclusal

### RADIOLOGÍA

- 09.01. Intraorales
- 09.01.01. Periapical Técnicas de cono corto o cono largo
- 09.01.04. Media Seriado de 7 películas
- 09.01.05. Seriado de 14 películas. Técnicas de cono corto o largo

### CIRUGÍA BUCAL

- 10.01. Extracción dentaria
- 10.04. Alveolectomía estabilizadora. -6zonas- por zona
- 10.05. Reimplante dentaria inmediato al traumatismo
- 10.06. Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal
- 10.07. Biopsia por escisión
- 10.08. Alargamiento quirúrgico de la corona clínica
- 10.09. Extracción de dientes retenidos o restos radiculares retenidos
- 10.10. Germectomía
- 10.11. Liberación de dientes retenidos
- 10.12. Apicectomía
- 10.15. Alveolectomía correctiva -por zona- 6 zonas-