

COBERTURA PROGRAMA CELIACOS

DURACIÓN 1 AÑO

Prestaciones Autorizadas

Tipo de control: CONSULTAS MÉDICAS

Prestación	Cantidad	
01-00420101-00 - CONSULTA EN CONSULTORIO DIURNA	2 por año	1 cada 6 meses

Tipo de control: CONTROL NUTRICIONAL

Prestación	Cantidad	
01-00190102-00 - CONSULTA NUTRICIONAL (confección de dieta)	1 por año	
01-00190103-00 - CONSULTA NUTRICIONAL POSTERIOR	3 por año	

Tipo de control: PRÁCTICAS BIOQUÍMICAS

Prestación	Cantidad	
03-00000133-00 - CALCIO TOTAL (Ca)	1 por año	
03-00000475-00 - HEMOGRAMA (incluye Cód.476)	1 por año	
03-00000362-00 - FOSFATEMIA (P)	1 por año	
03-00000653-00 - MAGNESIO EN SANGRE	1 por año	
03-00000015-00 - ALBUMINA(sérica o urinaria -c/u)	1 por año	
03-00000343-00 - FERREMIA (Fe)	1 por año	
03-00005572-00 - GLIADINA, Ac. IgA Anti- (AGA-IgA)	1 por año	
03-00002029-00 - TRASGLUTAMINASA Ac IgA Anti (TGA)	1 por año	

