

## **RELACIÓN PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA**

**ALERGOLOGÍA:** Test de provocación con alimentos y con medicamentos.

**AMBULANCIAS:** traslados no urgentes.

**ANÁLISIS:** biología molecular, cariotipos, genética.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA:** biopsias, estudios inmunohistoquímicos, HPV.

**ANGIOLOGÍA Y CARDIOLOGÍA:** cateterismos, doppler, electrofisiología, ergometría, esclerosis terapéutica de varices.

**APARATO DIGESTIVO:** manometrías, phmetrías, test del aliento.

**CIRUGÍAS:** todas las cirugías, con ingreso o ambulantes.

**DERMATOLOGÍA:** dermatoscopia digital computerizada.

**ESTUDIOS ENDOSCÓPICOS** de cualquier tipo.

**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:** amniocentesis y similares, monitorización fetal, preparación al parto, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

**HOSPITALES:** todos los ingresos, ambulantes y hospitalización domiciliaria.

**MEDICINA NUCLEAR:** Todas las exploraciones.

**NEFROLOGÍA:** diálisis.

**NEUROFISIOLOGÍA:** todas las pruebas y tratamientos (estudios del sueño, EMG, potenciales evocados, etc.).

**OFTALMOLOGÍA:** AGF, cirugía refractiva de la miopía, ortóptica, retinografía, fotocoagulaciones.

**ONCOLOGÍA:** quimioterapia y radioterapia (todas las técnicas).

**OXIGENOTERAPIA:** todos los tratamientos, incluidos aerosoles.

**PSICOLOGÍA:** terapias.

**RADIODIAGNÓSTICO:** densitometría, ortopantomografía, radiología vascular, RMN, TAC, PET, Angio-TAC, DATSCAN.

**REHABILITACIÓN:** todos los tratamientos.

**TRATAMIENTO DEL DOLOR:** todos los tratamientos.

**UROLOGÍA:** litotricia, hipertermia, urodinamia, fotovaporización selectiva de la próstata.

**PODOLOGÍA.**