Planilla 1 de 7

Completar sólo un dato: FUM ó FPP

Completar sólo si es el 1er control

EXCLUSIVO USO INTERNO DEL EFECTOR	- Estas
planillas no se recibirán en la UGSP.	

Solo prestaciones con Datos Sanitarios Obligatorios

CUIE Efector:	Nombre del Efector:

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones

GRUPO Embarazo (Controles)

Tipo de prestaciones	CODIC	O NACER		CÓDIGO	SUMAR	Descripción Diagnóstico				
ripo de prestaciones	AN	TERIOR	Tipo	Objeto	Diagnóstico	Descripcion Diagnostico				
Control prenatal de 1ra.vez	MEM01	REM76	CT	C005	W78	Embarazo				
Ulterior de control prenatal	MEM02	REM77	CT	C006	W78	Embarazo				
Control prenatal de embarazo de alto	MER08		CT	C007	W84	Embarazo Alto Riesgo				

									de embarazo	e embarazo				
Fecha de	Apellido y Nombre Beneficiario	Documento		Fecha de	H.C. / Nº	Códi	go Presta	ción SUMAR	Peso	Edad Gestaci	Tensión Arterial	Talla (mts)	FUM (Fecha Última	FPP (Fecha Probable de
Prestación		Tipo	Número	Nacimiento	Registro	Tipo	Objeto	Diagnóstico	(KG)	onal (Seman	/B. # = /B. #! \		Mestruación)	Parto)

EXCLUSIVO USO INTERNO DEL EFECTOR	- Estas
planillas no se recibirán en la UGSP.	

Solo prestaciones con Datos Sanitarios Obligatorios

CUIE Efector:	Nombre del Efector:

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones

GRUPO Embarazo (Parto - Puerperio)

Tipo de prestaciones	CODIC	GO NACER	C	ÓDIGO SUI	MAR	Descripción Diagnóstico		
ripo de prestaciones	AN	TERIOR	Tipo	Tipo Objeto		Descripcion Diagnostico		
Atención de parto y recién nacido	MPA 17		ΙΤ	Q001	W90	Parto normal / recién nacido vivo		
Atención de parto y recién nacido	MPA 17		IT	Q001	W91	Parto normal / recién nacido muerto		
Cesárea y atención del recién nacido	MPA 18		IT	Q002	W88	Cesárea / recién nacido vivo		
Cesárea y atención del recién nacido	MPA 18		IT	Q002	W89	Cesárea / recién nacido muerto		
Puerperio inmediato (hasta 15 días)	MPU 19	RPU 83	CT	C001	W86	Puerperio		

Fecha de Prestación	Apellido y Nombre Beneficiario	Documento		Fecha de Nacimiento	H.C. / Nº Registro			ación SUMAR	(Grainos)	Fecha de Parto
Frestacion		Tipo	Número	Nacimiento	Registro	Tipo	Objeto	Diagnóstico	Sólo Parto/Cesárea	Sólo Puerperio

Firma y Sello Director o Encargado del Efector

EXCLUSIVO USO INTERNO DEL EFECTOR - Estas planillas no se recibirán en la UGSP.

Solo prestaciones con Datos Sanitarios Obligatorios

CUIE Efector:	

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones

GRUPO Embarazo (Anemia)

Tipo de prestaciones	CODIG	O NACER		CÓDIGO SUM	Descripción Diagnóstico		
ripo de prestaciones	ANT	ERIOR	Tipo	Objeto	Diagnóstico	Descripcion Diagnostico	
Atención y tratam. Ambulat. de anemia leve del emb. (inicial)	MEM 06 REM 80		СТ	C005	B80	Anemia Ferropénica	
Atención y tratam. Ambulat. de anemia grave del emb. (no incl. hemoderivados)	MER 13		СТ	C007	B80	Anemia Ferropénica	

Fecha de Prestación	Apellido y Nombre Beneficiario	Documento		Fecha de	H.C. / Nº	Có	digo Prestac	Hg (Hemoglobina) (mg/100)	
Prestacion		Tipo	Número	Nacimiento	Registro	Tipo	Objeto	Diagnóstico	(mg/100)

Firma y Sello Director o Encargado del Efector

EXCL	LUSIVO USO INTERNO DEL EFECTOR Estas planillas no se recibirán en la UGSP.	Solo prest		con Datos Sanitarios atorios	CUIE Efector: Nombre del Efector:									
PL	ANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones]		Tipo de prestaciones				O NACER	CÓDIGO SUMAR			Descripción	
									TERIOR			Diagnóstico		
GRUP	O Niños/as de 0 a 6 años (Pediat	ría)			Pediátrica en men			NPE 32	RPE 86	CT	C001		Sin Enfermedad	
Oitoi	O Miliopiao de o a o allos (i calat	ilaj]		Pediátrica de 1 a 6	3 años		NPE 33	RPE 87	CT	C001	A97	Sin Enfermedad	
Fecha de	Sólo Menore de 1 añ		enores		Fecha de	H.C. / Nº	Có	digo Prestac	ión SUMAR	Por	so (KG)	Talla (mts)	Completar sólo en Menores de 1 año Perímetro	
Prestación	Apellido y Nombre Beneficiario	Clase	Tipo	Número	Nacimiento	Registro	Tipo	Objeto	Diagnóstico	res	,0 (NG)	Talia (IIIIS)	Cefálico (cm)	
										<u> </u>		<u> </u>		
										<u> </u>				
										<u> </u>		<u> </u>		
										<u> </u>				
										<u> </u>				
										<u> </u>				
				_										

Planilla 4 de 7

PROGR	AMA SUMAR - MEN	NDOZA		Planilla 5 de 7
		_		
_				

EXCLUSIVO USO INTERNO DEL EFECTOR

Estas planillas no se recibirán en la UGSP.

Solo prestaciones con Datos Sanitarios Obligatorios

Sólo

CUIE Efector:	Nombre del Efector:

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones

GRUPO Niños de 0 a 6 años (Hipoacusia)

Tipo de prestaciones	CODIC	30 NACER	CÓI	DIGO SUMAR	Descripción Diagnóstico	
Tipo de prestaciones	ANTERIOR		Tipo	Tipo Objeto		Descripcion Diagnostico
Consulta niños c/ especial. (hipoacusia en lactante	NPE 118		CT	C001	A97	Sin Enfermedad
"No pasa" con Otoem. acústicas)	NFE 110		CT	C001	H86	Hipoacusia / Sordera
Rescreening de hipoac. en lact. "No pasa" con BERA	NDE 110		PR	P022	A97	Sin Enfermedad
Rescreening de nipoac. emaci. No pasa con BERA	NFE 119		PR	P022	H86	Hipoacusia / Sordera
Rescreening de hipoacusia en lactante "No pasa" con	NDE 117		PR	P021	A97	Sin Enfermedad
Otoem. acústicas	INFE III		PR	P021	H86	Hipoacusia / Sordera

Completar sólo

		Menores de 1 año								para consulta de niños	Completar sólo	para Reescrening
Fecha de	Apellido y Nombre Beneficiario		Docum	cumento Fecha de		H.C. / Nº	Cód	igo Presta	ción SUMAR	Grado de Hiposcusiaa	en Oido Derecho	Resultados del Estudio en Oido Izquierdo
Prestación	Apellido y Nombre Bellencialio	Clase	Tipo	Número	Nacimiento	Registro	Tipo Objeto Diagnóstico		(Leve/Moderada /Severa)	(Transcripción del resultado que figura en la H.C. colocado por el profesional)		

Firma y Sello Director o Encargado del Efector

PR	OGRAMA SUN	MAR - MENDOZA		Planilla 6 de 7
EXCLUSIVO USO INTERNO DEL EFECTOR	Solo prestaciones con Datos	CUIE Efector:	Nombre del Efector:	

Sanitarios Obligatorios

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones

Estas planillas no se recibirán en la UGSP.

GRUPO Niños/as de 6 a 9 años

Grupo Niños/as de 10 a 19 años

Tipo de prestaciones	CODIG	O NACER	CÓ	DIGO SU	MAR	Descripción Diagnóstico
ripo de prestaciones	ANT	ERIOR	Tipo	Objeto	Diagnósti	Descripcion Diagnostico
Control en Niños de 6 a 9 años			CT	C001	A97	Sin Enfermedad
Examen Periódico de Salud del			CT	C001	A97	Sin Enfermedad
Control de salud individual para población			CT	C009	A97	Sin Enfermedad
Obesidad (inicial)			CT	C001	T79	Sobrepeso con factores de riesgo
Obesidad (iriiciai)			CT	C001	T82	Obesidad
Obesidad (ulterior)			CT	C002	T79	Sobrepeso con factores de riesgo
Obesidad (diterior)			CT	C002	T82	Obesidad
Sobrepeso (inicial)			CT	C001	T83	Sobrepeso
Sobreneso (ulterior)			CT	C002	T83	Sohreneso

Fecha de	Apellido y Nombre Beneficiario	ı	Documento	Fecha de	H.C. / Nº	Có	digo Prestac	ión SUMAR	Peso (KG)	Talla (mts)	Tensión Arterial
Prestación	, ,	Tipo	Número	Nacimiento	Registro	Tipo	Objeto	Diagnóstico	` ,	, ,	(Max/Min)
					_						

F: 0 - II-	D:	F	1-1-5

Planilla 7 de 7

EXCLUSIVO USO INTERNO DEL EFECTOR

Estas planillas no se recibirán en la UGSP.

Solo prestaciones con Datos Sanitarios Obligatorios

CUIE Efector:	Nombre del Efector:

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones

GRUPO Mujeres de 20 a 64 años (Consultas)

Tipo de prestaciones	CODIG	O NACER	(CÓDIGO SU	Descripción	
ripo de prestaciones	ANT	ERIOR	Tipo	Objeto	Diagnóstico	Diagnóstico
Examen periódico de salud			СТ	C001	A97	Sin Enfermedad
Control de salud individual para población indígena en terreno			СТ	C009	A97	Sin Enfermedad

Fecha de	Apellido y Nombre Beneficiario		Documento	Fecha de	H.C. / Nº	Có	digo Prestac	ión SUMAR	Tensión Arterial
Prestación	T		Número	Nacimiento	Registro	Tipo	Objeto	Diagnóstico	(Max/Min)