

MENDOZA
GOBIERNO



Ministerio de Salud,
Desarrollo Social y Deportes

Sumar

Manual de Prestaciones

Parte II

Destinatarios

*Hospitales Departamentales,
Regionales y de Referencia
Programas
Direcciones*



**COBERTURA
UNIVERSAL**
de SALUD



Ministerio de Salud
**Presidencia
de la Nación**

Junio 2017

Estimado equipo de salud:

La finalidad de este Manual es facilitar el entendimiento de las prestaciones que figuran en el ***Plan de Servicios de Salud*** (PSS)

Cabe destacar que el PSS se encuentra dividido en **partes**, facilitando su lectura:

- **Parte I:** corresponde a las prestaciones que pueden ser realizadas por *CAPS, Hospitales Departamentales, Regionales y de Referencia, Programas y Direcciones*.
- **Parte II:** contiene el resto de las prestaciones, que por su nivel de complejidad, están *destinadas principalmente a Hospitales*.
- **Parte III:** prestaciones del Paquete Perinatal de Alta Complejidad (*PPAC*)
- **Parte IV:** *prestaciones Anomalías Congénitas (FLAP, Pie Bot y Displasia de Cadera)*
- **Parte V:** *prestaciones CCC (Cirugías de Cardiopatías Congénitas)*

Equipo del Programa Sumar



Índice

- Grupo embarazo, parto y puerperio bajo riesgo -----	4
- Grupo niños de 0 a 5 años -----	7
- Grupo niños de 6 a 9 años -----	12
- Grupo adolescentes de 10 a 19 años -----	14
- Grupo adultos de 20 a 64 años -----	16
- Anexo -----	20

Grupo Embarazo/Parto/Puerperio Bajo Riesgo

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCPB: Historia Clínica Perinatal Base

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Hemorragia en el 1er trimestre	Internación	Tratamiento de la hemorragia del 1er. Trimestre (Clínica Obstétrica)	IT E004 W06	\$ 40	Es el tratamiento médico durante la internación, realizado por tocoginecólogo a paciente embarazada con hemorragia durante el primer trimestre (hasta las 14 semanas) practicado según norma institucional.	El registro debe contener: Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. Prueba de embarazo y resultado. T°. Informe o transcripción de estudios solicitados. Cálculo de amenorrea. Síntoma o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Diagnóstico de vida fetal. Tratamiento instaurado. Firma y sello del profesional. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: 1-Diagnostico 2-AMEU(aspiración manual endouterina)	HC , FM	1 en un periodo de 3 meses.
Hemorragia en el 1er trimestre	Internación	Tratamiento de la hemorragia del 1er. Trimestre (Quirúrgica)	IT Q005 W06	\$ 40	Es la realización del legrado instrumental, bajo anestesia o AMEU, realizado por tocoginecólogo a paciente embarazada con hemorragia durante el primer trimestre (hasta las 14 semanas) practicado según norma institucional.	El registro debe contener: Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. Prueba de embarazo y resultado. T°. Informe o transcripción de estudios solicitados. Cálculo de amenorrea. Síntoma o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Diagnóstico de vida fetal. Tratamiento instaurado. Firma y sello del profesional.	HC , FM	2 en un periodo de 3 meses.
Hemorragia en el 2do trimestre	Internación	Tratamiento de la hemorragia del 2do.Trimestre (Clínica Obstétrica)	IT E005 W07	\$ 40	Es el tratamiento médico durante la internación, realizado por tocoginecólogo a paciente embarazada con hemorragia durante el segundo trimestre (hasta las 28 semanas) practicado según norma institucional.	El registro debe contener: Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. Prueba de embarazo y resultado ,T°, informe o transcripción de estudios solicitados, calculo de amenorrea,síntoma o diagnóstico con prueba confirmatoria si corresponde diagnóstico de vida fetal, tratamiento instaurado, firma y sello del profesional.	HC , FM	2 en un periodo de 6 meses.
Hemorragia en el 2do trimestre	Internación	Tratamiento de la hemorragia del 2do.Trimestre (Quirúrgica)	IT Q006 W07	\$ 40	Es la realización bajo anestesia del legrado instrumental y/o manual realizada por tocoginecólogo a la paciente embarazada con hemorragia durante el 2do trimestre (hasta las 28 semanas). Practicado según norma.	El registro debe contener: Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. Prueba de embarazo y resultado. T°. Informe o transcripción de estudios solicitados. Calculo de amenorrea. Síntoma o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Diagnóstico de vida fetal. Tratamiento instaurado. Control de involución uterina. Firma y sello del profesional.	HC , FM	1 en un periodo de 6 meses.

Grupo Embarazo/Parto/Puerperio Bajo Riesgo

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCPB: Historia Clínica Perinatal Base

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Hemorragia en el 3er trimestre	Internación	Tratamiento de la hemorragia del 3er. Trimestre (Clínica Obstétrica)	IT E006 W08	\$ 40	Es el tratamiento médico durante la internación, realizado por tocoginecólogo a paciente embarazada con hemorragia durante el tercer trimestre (a parti de las 28 semanas) practicado según norma institucional.	El registro debe contener: Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. Prueba de embarazo y resultado .T°. AU. Informe o transcripción de estudios solicitados. Calculo de amenorrea. Síntoma o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Diagnóstico de vida fetal. Tratamiento instaurado. Firma y sello del profesional.	HC , FM	2 en un periodo de 9 meses.
Hemorragia en el 3er trimestre	Internación	Tratamiento de la hemorragia del 3er. Trimestre (Quirúrgica)	IT Q007 W08	\$ 40	Es la realización bajo anestesia de legrado instrumental y/o manual realizado por tocoginecólogo a la embarazada con hemorragia del tercer trimestre practicado según norma institucional.	El registro debe contener: Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. T°. Altura uterina. Prueba de embarazo y resultado. AU. Informe o transcripción de estudios solicitados. Calculo de amenorrea. Diagnóstico de vida fetal. Síntoma o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Diagnóstico de vida fetal. Tratamiento instaurado. Plan de seguimiento (si corresponde). Contrarreferencia o epicrisis de datos referidos al diagnóstico y tratamiento indicado. Control de involución uterina y loquios. Firma y sello del profesional.	HC , FM	1 en un periodo de 9 meses.
Parto abdominal	Internación	Cesárea y atención del recién nacido	IT Q002 W88 - W89	\$ 150	Es la realización de la operación cesárea realizada bajo anestesia, por equipo quirúrgico (cirujano, ayudante e instrumentador, anestesista) y la atención inmediata del RN por pediatra. Realizada según norma institucional.	El registro debe contener: número de documento, nombre y apellido de la paciente, fecha de realizacion de la prestacion, fecha de parto, Peso, Talla, Toma de TA de la parturienta y apgar a los 5 minutos del RN, Peso del RN, Perimetro cefalico, Constancia de aplicacion de inmunizacion o certificacion de vigencia en HC, constancia de solicitud de screening neonatal, Firma y sello del profesional responsable de la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: 1- Peso RN	HC, HCPB, Epicrisis, SIP	1 en un periodo de 9 meses.
Parto vaginal	Internación	Atención de parto y recién nacido	IT Q001 W90 - W91	\$ 200	Es la atención del parto y del recién nacido, realizado por obstétrica y/o médico, practicado según norma institucional.	El registro debe contener: N° de documento. Nombre y apellido de la paciente. Fecha de realización de la prestación. Fecha de parto. Peso. Talla. Toma de TA de la parturienta y apagar a los 5 minutos del RN. Peso del RN. Perimetro cefálico. Constancia de aplicación de inmunización o certificación de vigencia en HC. Constancia de solicitud de screening neonatal. Firma y sello del profesional responsable de la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: 1- Peso RN	HCPB, FM	1 en un periodo de 9 meses.

Grupo Embarazo/Parto/Puerperio Bajo Riesgo

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCPB: Historia Clínica Perinatal Base

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Prenatal	Anatomía patologica	Lectura de la muestra tomada en mujeres embarazadas, en laboratorio de Anatomía Patológica/Citología con diagnóstico firmado por anatómo-patólogo matriculado (CA cervicouterino)	AP A001 W78-X86 - X75	\$ 65	Es la lectura de muestra que tiene por objetivo identificar lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino que deberán ser confirmadas histológicamente. Realizado por Anatómo-Patólogo matriculado (registrado en Listado PPCC Provincial y Nacional).	El registro debe contener: Fecha de realización de la consulta. Informe o transcripción de estudios solicitados. Carga al SITAM. Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM, Reg. Anatomía Patológica	1 en un periodo de 9 meses.
Puerperio	Consulta	Alta Conjunta (binomio madre-hijo)	CT C028 A98	\$ 170	Consiste en una reunión de las mamás y su familia con los distintos profesionales del equipo de salud, antes de abandonar la maternidad . En esta instancia se organiza la referencia y contrarreferencia de la madre y el RN, sucede el control del llenado de HCPB con la información necesaria para el correcto seguimiento de la mujer y el RN. Los temas a tratar se relacionan con los cuidados de la mujer después del parto (incluyendo la importancia del control puerperal, signos de alarma, lactancia, nutrición materna, consejería en salud reproductiva y eventual y entrega de métodos anticonceptivos). También se conversan lo que respecta a los cuidados cotidianos, importancia de los controles del niño sano y de la pesquisa neonatal de enfermedades metabólicas y signos de alarma relacionados al RN. Y se responde a las dudas e inquietudes de la familia. Participan madres, bebés y familiares; médico/a tocoginecólogo/a, o un Licenciado/a en Obstetricia, un Médico/a Neonatólogo/a, o un(a) Pediatra y un Enfermero/a del servicio de Maternidad.	El registro debe contener: Fecha de parto/cesaria. Fecha de realización de la prestación. Fecha de aplicación al RN de la vacuna de Hepatitis B. Consejería de Puericultura. Consejería integral en salud sexual y reproductiva/embarazo. Toma de TA. Contrarreferencia del binomio al Centro de Salud (indicando el CUIE o nombre del efector al que se contrarreferencia). Constancia de realización de screening neonatal. Firma sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, HCPB	1 en un periodo de 9 meses.

Grupo Niños de 0 a 5 años (hasta 5 años con 11 meses y 30 días) / Recién Nacido (postparto inmediato)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Chagas congénito	Internación	Tratamiento inmediato de Chagas congénito	IT E002 A40	\$ 15	Es la evaluación, el diagnóstico y tratamiento en forma inmediata del chagas congénito del RN realizada por el pediatra, según norma institucional.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Informe y transcripción de estudios solicitados. Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Contrareferencia o epicrisis de datos referidos al diagnóstico y tratamiento indicado. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
Prevención primaria	Inmunización	Inmunización de recién nacido (BCG antes del alta y Hepatitis B en primeras 12 hs de vida)	IM V012 A98 IM V009 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia en documentación para verificación en terreno. Firma, aclaración y sello del profesional responsable que realiza la prestación.	HC, LE, SI, RV	1 en un periodo de 1 año.
Detección de la retinopatía del prematuro	Práctica	Oftalmoscopia binocular indirecta (OBI) a todo niño de riesgo (Pesquisa de la Retinopatía del prematuro.)	PR P017 A46 - A97	\$ 40	Se realiza a todos los RN de pretérmino menores de 36 semanas con atención neonatológica en incubadora ó a los mayores de 36 semanas que tengan factores de riesgo. Realizada por médico oftalmólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Tratamiento instaurado (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
Detección temprana de hipoacusia	Práctica	Otoemisiones acústicas para Detección temprana de hipoacusia en RN	PR P021 A97 - H86	\$ 30	Se determina a través de Otoemisiones o Potenciales evocados. Realizada por fonoaudiólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación. Plan de seguimiento (si corresponde). Registro de resultado de la evaluación diagnóstica. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
Sífilis congénita	Internación	Tratamiento inmediato de sífilis congénita en RN	IT E002 A41	\$ 15	Es la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato del RN con sífilis congénita. Realizada por el pediatra, según normas institucionales.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Informe y transcripción de estudios solicitados. Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Contrareferencia o epicrisisde datos referidos al diagnóstico y tratamiento indicado. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.

Grupo Niños de 0 a 5 años (hasta 5 años con 11 meses y 30 días) / Recién Nacido (postparto inmediato)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Tratamiento inmediato de trastornos del estado ácido base y electrolitos	Internación	Tratamiento inmediato de trastornos metabólicos (estado ácido base y electrolitos) en RN	IT E002 A44	\$ 20	Es la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato de trastornos metabólicos, estados ácido base y electrolitos (incluye prematuridad, asfixia, sepsis, atresias intestinales etc.) del RN. Realizada por pediatra, según norma institucional.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Informe y transcripción de estudios solicitados. Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Contrareferencia o epicrisis de datos referidos al diagnóstico y tratamiento indicado. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
VIH (transmisión vertical)	Internación	Tratamiento inmediato de transmisión vertical de VIH en RN	IT E002 A42	\$ 20	Es la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato del RN con VIH/SIDA. Realizada por el pediatra, según normas institucionales.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Informe y transcripción de estudios solicitados. Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Contrareferencia o epicrisis de datos referidos al diagnóstico y tratamiento indicado. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
Anomalías congénitas	Notificación	Notificación mensual al "Registro nacional de anomalías congénitas" (RENAC)	NT N013 A83	\$ 15	Se trata de RN con anomalías congénitas estructurales mayores, externas o internas, identificadas desde el nacimiento hasta el alta del hospital y detectadas al examen físico o por estudios complementarios, excluye anomalías congénitas funcionales (sorderas congénitas, por ejemplo). Realizada por el responsable del RENAC, que en cada hospital está integrado por neonatólogos del Servicio de Neonatología.	El registro debe contener los datos solicitados por RENAC.	Reporte (impreso adjunto a la HC) asociado debidamente completo y entregado según circuito.	1 en un periodo de 1 año.
Detección de metabolopatías	Notificación	Notificación de realización de pesquisa neonatal	NT N012 A97	\$ 15	Es la notificación de las determinaciones realizadas para la detección y posterior tratamiento de fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis. Realizado por pediatra o neonatólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la notificación. Informe o transcripción de estudios solicitados. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación según circuito.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.

Grupo Niños de 0 a 5 años (hasta 5 años con 11 meses y 30 días) / Recién Nacido (postparto inmediato)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Infección respiratoria aguda	Internación > 16 HS	Internación abreviada SBO (24- 48 hs de internación en hospital)	IT E002 R78	\$ 80	Es el diagnóstico y tratamiento médico del niño menor de 6 años con Síndrome Bronquial Obstructivo con o sin atención prehospitalaria. Realizado por un médico con formación en Medicina General, Pediatría, Clínica Médica o Neumología.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Evaluación de la gravedad de SCORE DE TAL. Utilización de registri de protocolo de tratamiento y derivación en atención abreviada. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	2 en un periodo de 1 año.
Detección de cancer prevalente	Consulta	Consulta diagnóstica de leucemia	CT C001 B73	\$ 50	Es la consulta inicial por el diagnóstico Leucemia. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Informe y/o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
	Reporte	Reporte de derivación desde Unidades de Derivación, Referencia y Seguimiento a Centros Oncológicos de beneficiarios para diagnóstico de Leucemia	NT N024 B73	\$ 20	Es la confección de un reporte por parte de hospitales con Unidades de Derivación Referencia y Seguimiento para la derivación a centros oncológicos de beneficiarios que requieran confirmación diagnóstica y tratamiento por leucemia . Realizado por médico peadiatra.		HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
	Consulta	Consulta de Seguimiento clínico post tratamiento específico, de leucemia infantil	CTC002 B73	\$ 55	Es la consulta de seguimiento post-alta de Leucemia infantil. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Examen físico según censo, guías o protocolo. Solicitud de estudios específicos, según corresponda. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Solicitud de interconsulta con especialistas. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	Solicitud de Interconsulta con especialistas	4 en un periodo de 1 año.
	Notificación	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (Leucemia)	NT N002 B73	\$ 50	Es la notificación de inicio de tratamiento debe realizarse al comienzo de la terapia apenas se tenga el diagnóstico de Linfoma o Leucemia confirmado y la estadificación completada, debidamente documentada en la HC del paciente por el Oncólogo tratante.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la notificación. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguiminto (si corresponde). Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.

Grupo Niños de 0 a 5 años (hasta 5 años con 11 meses y 30 días) / Recién Nacido (postparto inmediato)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Detección de cancer prevalente	Consulta	Consulta diagnóstica de linfoma	CT C001 B72	\$ 50	Es la consulta inicial por el diagnóstico Linfoma. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Informe y/o transcripción de estudios solicitados. Diagnóstico. Firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
	Reporte	Reporte de derivación desde Unidades de Derivación, Referencia y Seguimiento a Centros Oncológicos de beneficiarios para diagnóstico de Linfoma	NT N024 B72	\$ 20	Es la confección de un reporte por parte de hospitales con Unidades de Derivación Referencia y Seguimiento para la derivación a centros oncológicos de beneficiarios que requieran confirmación diagnóstica y tratamiento linfoma. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Nombre del Efector (UDRS). CUIE. Nombre del centro oncológico. CUIE. Fecha de la Prestación.Fecha de Nacimiento del beneficiario. Edad. Nombre y Apellido del Beneficiario. Diagnóstico. Firma y sello del profesional.	Reporte de derivación	1 en un periodo de 1 año.
	Consulta	Consulta de Seguimiento clínico post tratamiento específico, de linfoma infantil	CTC002 B72	\$ 50	Es la consulta de seguimiento post-alta de Linfoma infantil. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Examen físico según consenso o guías o protocolo. Solicitud de estudios específicos. Diagnóstico. Solicitud de interconsulta con especialistas. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	4 en un periodo de 1 año.
Detección de cancer prevalente	Notificación	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (Linfoma)	NT N002 B72	\$ 50	Es la notificación de inicio de tratamiento debe realizarse al comienzo de la terapia apenas se tenga el diagnóstico de Linfoma o Leucemia confirmado y la estadificación completada, debidamente documentada en la HC del paciente por el Oncólogo tratante.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la notificación. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguiminto (si corresponde). Firma , aclaracion y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
Neumonía	Internación > 16 HS	Neumonía	IT E003 R81	\$ 150	Es el diagnóstico y tratamiento médico del niño menor en internación de 6 años con Neumonía. Realizado por un médico con formación en Medicina General, Pediatría, Clínica Médica o Neumonología.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la notificación. Sintomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Contrareferencia o epicrisis de datos referidos al diagnóstico y tratamiento indicado. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.

Grupo Niños de 0 a 5 años (hasta 5 años con 11 meses y 30 días) / Recién Nacido (postparto inmediato)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Sospecha patología oncológica	Notificación	Reporte de Contra referencia o notificación de diagnóstico de beneficiario derivado por sospecha oncológica hacia el 1er nivel de atención	NT N025 VMD	\$ 15	Es la confección de un reporte por parte de hospitales con Unidades de Derivación Referencia y Seguimiento o centros oncológicos que hayan recibido la derivación de un beneficiario por sospecha oncológica. Este reporte será enviado por correo electrónico al centro de salud u hospital que realizó la derivación por sospecha oncológica. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Reporte asociado debidamente completo y entregado según circuito. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
Según patología	Consulta	Consulta pediátrica de menores de 6 años en emergencia hospitalaria	CT C012 A03 - A81 - A92 - D01 - D10 - R87 - S14 - R06 - T11 - S13 - N07 - N79 - S84 - R72 - R77 - R80 - R03 - S18 - H71 - H72 - H76 - L72 - L73 - L74 - L80 - L78 - L77	\$ 30	Es la atención y tratamiento médico, en guardia hospitalaria, en situación de emergencia pediátrica, según norma institucional.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	3 en un periodo de 1 año.
RNTP de 500 a 1500gr	Notificación	Contrarreferencia para recuperación nutricional	NT N019 T07	\$ 15	Es la notificación que refiere a beneficiarios egresados del módulo de internación de RN pretérmino de 500 a 1500 gramos de RNPT con o sin ARM que al momento de la prestación haya alcanzado un peso mayor o igual a 1500 gramos se encuentre en recuperación nutricional y clínicamente estable. Será contrarreferido a efector de menor complejidad. Debe ser realizada por médico neonatólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Reporte asociado debidamente completo y entregado según circuito. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC	1 en un periodo de 1 año.

Grupo niños 6 a 9 años (hasta 9 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Detección de cancer prevalente	Consulta	Consulta diagnóstica de leucemia	CT C001 B73	\$ 50	Es la consulta inicial por el diagnóstico Leucemia. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Informe y/o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
	Reporte	Reporte de derivación desde Unidades de Derivación, Referencia y Seguimiento a Centros Oncológicos de beneficiarios para diagnóstico de Leucemia	NT N024 B73	\$ 20	Es la confección de un reporte por parte de hospitales con Unidades de Derivación Referencia y Seguimiento para la derivación a centros oncológicos de beneficiarios que requieran confirmación diagnóstica y tratamiento por leucemia . Realizado por médico peadiatra.		HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
	Consulta	Consulta de Seguimiento clínico post tratamiento específico, de leucemia infantil	CT C002 B73	\$ 55	Es la consulta de seguimiento post-alta de Leucemia infantil. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Examen físico según concenso, guías o protocolo. Solicitud de estudios específicos, según corresponda. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Solicitud de interconsulta con especialistas. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	Solicitud de Interconsulta con especialistas	4 en un periodo de 1 año.
	Notificación	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (Leucemia)	NT N002 B73	\$ 50	Es la notificación de inicio de tratamiento debe realizarse al comienzo de la terapia apenas se tenga el diagnóstico de Linfoma o Leucemia confirmado y la estadificación completada, debidamente documentada en la HC del paciente por el Oncólogo tratante.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realizacion de la notificación. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguiminto (si corresponde). Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.

Grupo niños 6 a 9 años (hasta 9 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Detección de cancer prevalente	Consulta	Consulta diagnóstica de linfoma	CT C001 B72	\$ 50	Es la consulta inicial por el diagnóstico Linfoma. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Informe y/o transcripción de estudios solicitados. Diagnóstico. Firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
	Reporte	Reporte de derivación desde Unidades de Derivación, Referencia y Seguimiento a Centros Oncológicos de beneficiarios para diagnóstico de Linfoma	NT N024 B72	\$ 20	Es la confección de un reporte por parte de hospitales con Unidades de Derivación Referencia y Seguimiento para la derivación a centros oncológicos de beneficiarios que requieran confirmación diagnóstica y tratamiento linfoma. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Nombre del Efector (UDRS). CUIE. Nombre del centro oncológico. CUIE. Fecha de la Prestación.Fecha de Nacimiento del beneficiario. Edad. Nombre y Apellido del Beneficiario. Diagnóstico. Firma y sello del profesional.	Reporte de derivación	1 en un periodo de 1 año.
	Consulta	Consulta de Seguimiento clínico post tratamiento específico, de linfoma infantil	CTC002 B72	\$ 55	Es la consulta de seguimiento post-alta de Linfoma infantil. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Examen físico según consenso o guías o protocolo. Solicitud de estudios específicos. Diagnóstico. Solicitud de interconsulta con especialistas. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	4 en un periodo de 1 año.
	Notificación	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (Linfoma)	NT N002 B72	\$ 50	Es la notificación de inicio de tratamiento debe realizarse al comienzo de la terapia apenas se tenga el diagnóstico de Linfoma o Leucemia confirmado y la estadificación completada, debidamente documentada en la HC del paciente por el Oncólogo tratante.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la notificación. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguiminto (si corresponde). Firma , aclaracion y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
Sospecha patología oncológica	Notificación	Reporte de Contra referencia o notificación de diagnóstico de beneficiario derivado por sospecha oncológica hacia el primer nivel de atención	NT N025 VMD	\$ 15	Es la confección de un reporte por parte de hospitales con Unidades de Derivación Referencia y Seguimiento o centros oncológicos que hayan recibido la derivación de un beneficiario por sospecha oncológica. Este reporte será enviado por correo electrónico al centro de salud u hospital que realizó la derivación por sospecha oncológica. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Reporte asociado debidamente completo y entregado según circuito. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.

Grupo adolescentes 10 a 19 años (hasta 19 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCod: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Detección de cancer prevalente	Consulta	Consulta diagnóstica de leucemia	CT C001 B73	\$ 50	Es la consulta inicial por el diagnóstico Leucemia. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Informe y/o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
	Reporte	Reporte de derivación desde Unidades de Derivación, Referencia y Seguimiento a Centros Oncológicos de beneficiarios para diagnóstico de Leucemia	NT N024 B73	\$ 20	Es la confección de un reporte por parte de hospitales con Unidades de Derivación Referencia y Seguimiento para la derivación a centros oncológicos de beneficiarios que requieran confirmación diagnóstica y tratamiento por leucemia . Realizado por médico peadiatra.		HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
	Consulta	Consulta de Seguimiento clínico post tratamiento específico, de leucemia	CTC002 B73	\$ 55	Es la consulta de seguimiento post-alta de Leucemia infantil. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Examen físico según censo, guías o protocolo. Solicitud de estudios específicos, según corresponda. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Solicitud de interconsulta con especialistas. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	Solicitud de Interconsulta con especialistas	4 en un periodo de 1 año.
	Notificación	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (Leucemia)	NT N002 B73	\$ 100	Es la notificación de inicio de tratamiento debe realizarse al comienzo de la terapia apenas se tenga el diagnóstico de Linfoma o Leucemia confirmado y la estadificación completada, debidamente documentada en la HC del paciente por el Oncólogo tratante.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la notificación. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.

Grupo adolescentes 10 a 19 años (hasta 19 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCod: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Detección de cancer prevalente	Consulta	Consulta diagnóstica de linfoma	CT C001 B72	\$ 50	Es la consulta inicial por el diagnóstico Linfoma. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Informe y/o transcripción de estudios solicitados. Diagnóstico. Firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
	Reporte	Reporte de derivación desde Unidades de Derivación, Referencia y Seguimiento a Centros Oncológicos de beneficiarios para diagnóstico de Linfoma	NT N024 B72	\$ 20	Es la confección de un reporte por parte de hospitales con Unidades de Derivación Referencia y Seguimiento para la derivación a centros oncológicos de beneficiarios que requieran confirmación diagnóstica y tratamiento linfoma. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Nombre del Efector (UDRS). CUIE. Nombre del centro oncológico. CUIE. Fecha de la Prestación.Fecha de Nacimiento del beneficiario. Edad. Nombre y Apellido del Beneficiario. Diagnóstico. Firma y sello del profesional.	Reporte de derivación	1 en un periodo de 1 año.
	Consulta	Consulta de Seguimiento clínico post tratamiento específico, de linfoma	CTC002 B72	\$ 55	Es la consulta de seguimiento post-alta de Linfoma infantil. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Examen físico según consenso o guías o protocolo. Solicitud de estudios específicos. Diagnóstico. Solicitud de interconsulta con especialistas. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	4 en un periodo de 1 año.
	Notificación	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (Linfoma)	NT N002 B72	\$ 100	Es la notificación de inicio de tratamiento debe realizarse al comienzo de la terapia apenas se tenga el diagnóstico de Linfoma o Leucemia confirmado y la estadificación completada, debidamente documentada en la HC del paciente por el Oncólogo tratante.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la notificación. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguiminto (si corresponde). Firma , aclaracion y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
Sospecha patología oncológica	Notificación	Reporte de Contra referencia o notificación de diagnóstico de beneficiario derivado por sospecha oncológica hacia el primer nivel de atención	NT N025 VMD	\$ 15	Es la confección de un reporte por parte de hospitales con Unidades de Derivación Referencia y Seguimiento o centros oncológicos que hayan recibido la derivación de un beneficiario por sospecha oncológica. Este reporte será enviado por correo electrónico al centro de salud u hospital que realizó la derivación por sospecha oncológica. Realizada médico oncólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Reporte asociado debidamente completo y entregado según circuito. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.

Grupo Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, RI: Registro de Imágenes, SI: Sistema Informático.

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Detección de Cáncer prevalente	Imágenes	Colonoscopia con Toma de Biopsia Colorrectal	IG R048 A98- D04-D16-D18	\$ 1.000	Es la realización de colonoscopia con toma de biopsia colorrectal para personas en las que el estudio endoscópico detecta lesiones sospechosas. Incluye realización del informe endoscópico. Realizado por médico endoscopista en quirófano.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Informe o transcripción de estudios solicitados. Carga en SITAM. Firma y sello del profesional.	HC, FM, SITAM	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Imágenes	Colonoscopia con polipectomía	IG R049 A98- D04-D16-D18	\$ 1.000	Es la realización de colonoscopia con polipectomía para personas en las que el estudio endoscópico detecta pólipos. Incluye la realización del informe endoscópico. Realizado por médico endoscopista en quirófano.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Informe o transcripción de estudios solicitados. Carga en SITAM. Firma y sello del profesional.	HC, FM, SITAM	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Práctica	Anatomía patológica de pieza endoscópica colorrectal	AP A002 D75- D94-D78	\$ 100	Es la anatomía patológica para piezas endoscópicas ya sean resecciones de pólipos o toma de biopsias de tejido sospechoso. Incluye informe de anatomía patológica. Lo realizan médico anatomopatólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Informe o transcripción de estudios solicitados. Carga en SITAM. Firma y sello del profesional.	HC, FM, Registro del servicio de anatomía patológica, SITAM	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Notificación	Notificación de inicio de tratamiento oncológico en tiempo oportuno	NT N002 D75	\$ 50	Es la notificación de inicio de tratamiento para personas derivadas a cirugía colorrectal y/o tratamiento oncológico. Realizado por médico oncólogo en consultorio.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la notificación. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Carga en SITAM. Firma y sello del profesional.	HC, FM, SITAM	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Notificación	Notificación de tratamiento completo de lesión preneoplásica	NT N023 D78	\$ 50	Es la notificación de tratamiento realizado en aquellas personas en que se realiza la polipsectomía total en el marco de una colonoscopia. Realizado por médico oncólogo en Consultoria.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la notificación. Tratamiento instaurado (si corresponde). Carga en SITAM. Firma y sello del profesional.	HC, FM, SITAM	1 en un periodo de 1 año.

Grupo Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, RI: Registro de Imágenes, SI: Sistema Informático.

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Detección de Cáncer prevalente	Anatomía patologica	Diagnóstico por biopsia en laboratorio de anatomía patológica, para aquellas mujeres con citología ASC-H, H-SIL, Cáncer (CA cervicouterino)	AP A002 A98- X75-X80	\$ 100	Es el diagnóstico por biopsia en laboratorio de anatomía patológica, para aquellas mujeres con citología ASC-H, H-SIL, Cáncer (CA cervicouterino). Realizado por anatómo patólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Informe o transcripción de estudios solicitados. Carga al SITAM. Firma, sello (ó aclaración) del responsable que realiza la prestación.	HC, FM, RegAP, SITAM	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Anatomía patologica	Lectura de la muestra tomada en mujeres entre 25 y 64 años, en laboratorio de Anatomía Patológica/Citología con diagnóstico firmado por anatómo-patólogo matriculado (tamizaje de CA cervicouterino)	AP A001 A98- X86-X75	\$ 85	Es la lectura que tiene por objetivo identificar lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino que deberán ser confirmadas histológicamente. Realizado por Anatómo-Patólogo matriculado (registrado en Listado PPCC Provincial y Nacional).	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Informe o transcripción de estudios solicitados. Carga al SITAM. Firma, sello (ó aclaración) del responsable que realiza la prestación.	HC, FM, RegAP	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Anatomía patologica	Lectura de muestra de VPH tomada en mujeres entre 30 y 64 años por personal acreditado en biología molecular	AP A004 A97- A77	\$ 100	Es la lectura de muestra para prueba de VPH en mujeres de 30 a 64 años. Realizado por médico citólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Informe o transcripción de estudios solicitados. Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM, RegAP	1 en un periodo de 1 año.

Grupo Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, RI: Registro de Imágenes, SI: Sistema Informático.

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Detección de Cáncer prevalente	Notificación	Notificación de caso positivo al responsable del Servicio donde se realizó la toma de muestra (PAP) (CA cervicouterino)	NT N001 X75- X86	\$ 80	Es la notificación que hace el responsable de realizar el diagnóstico al responsable que envió la muestra. Realizado por médico citólogo.	El registro debe contener: Hoja adjunta de notificación firmada por quien realizó diagnóstico de paciente, y Jefe de Centro de Salud o médico que deriva. Esta información debe registrarse en SITAM. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la consulta.	HC, FM, SITAM	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Notificación	Notificación de caso positivo al responsable del Servicio- CAPS donde se realizó la toma de muestra (biopsia) (CA cervicouterino)	NT N003 X75	\$ 80	Es la notificación que hace el responsable de realizar el diagnóstico al responsable que envió la muestra. Realizado por médico citólogo.	El registro debe contener: Hoja adjunta de notificación firmada por quien realizó diagnóstico de paciente, y Jefe de Centro de Salud o médico que deriva. Esta información debe registrarse en SITAM. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la consulta.	HC, FM, SITAM	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Notificación	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno en ASC- H, H- SIL, Cáncer (CA cervicouterino)	NT N002 X75	\$ 80	Es la notificación que hace el responsable de iniciar el tratamiento al paciente. Realizado por médico oncólogo.	El registro debe contener: Hoja adjunta de notificación firmada por responsable de iniciar tratamiento y paciente. Fecha de nacimiento. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Fecha de realización de la notificación. Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación. Esta información debe registrarse en SITAM.	HC, FM, SITAM	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Consulta	Diagnóstica y seguimiento de CA de mama en la mujer (inicial)	CT C001 X76- X30-X19	\$ 60	Se debe realizar luego de una consulta ginecológica donde hubo resultado de examen anormal o luego de derivación médica por sintomatología clínica. Lo realizan médico/as ginecólogo/as.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento de la consultante. Fecha de realización de la prestación. Informe y transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnósticos con prueba confirmatoria. Plan de seguimiento. Firma, sello y/o aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Consulta	Diagnóstica y seguimiento de CA de mama en la mujer (ulterior)	CT C002 X76	\$ 30				3 en un periodo de 1 año.

Grupo Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, RI: Registro de Imágenes, SI: Sistema Informático.

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Detección de Cáncer prevalente	Práctica	Biopsia para las mujeres con mamografía BIRADS 4 y 5 (CA mama)	PR P007 X30-X19	\$ 80	Es la biopsia realizada a mujeres con mamografía con resultado BIRADS 4 y 5 (CA mama).	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Evaluación de mamas. Informe o transcripción de estudios solicitados. Plan de seguimiento. Firma y sello o aclaración del responsable de la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Imágenes	Mamografía bilateral, craneocaudal y oblicua, con proyección axilar mujeres (en mujeres mayores de 49 años (cada 2 años con mamografía negativa)	IG R014 A98-X30	\$ 90	Es la mamografía bilateral, craneocaudal y oblicua, con proyección axilar mujeres (en mayores de 49 años (cada 2 años con mamografía negativa). Realizado por técnico especializado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Carga al SITAM. Firma, sello (ó aclaración) del responsable que realiza la prestación.	HC, FM, RI	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Imágenes	Mamografía variedad magnificada en mujeres	IG R015 X30-X19-A97	\$ 90	Es la mamografía variedad magnificada. Realizado por técnico especializado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Carga al SITAM. Firma, sello (ó aclaración) del responsable que realiza la prestación.	HC, FM, RI	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Anatomía patológica	Anatomía patológica de biopsia en mujeres (CA mama)	AP A002 X76-X79	\$ 100	Es la anatomía patológica de biopsia (CA mama). Realizado por anatómo patólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Informe o transcripción de estudios solicitados. Carga al SITAM. Firma, sello (ó aclaración) del responsable que realiza la prestación.	HC, FM, RegAP, SITAM, RITA	1 en un periodo de 1 año.
Detección de Cáncer prevalente	Notificación	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (CA mama) en mujeres	NT N002X76	\$ 80	Es la notificación que hace el responsable de iniciar el tratamiento al paciente. Realizado por médico oncólogo.	El registro debe contener: Hoja adjunta de notificación firmada por responsable de iniciar tratamiento y paciente. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Esta información debe registrarse en SITAM.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.

Anexo

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.

Tipo	Prestación	Código SUMAR			Grupo						P r e c i	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
					Embarazadas/ Puerperas		Niños		Adolescen- tes	Adultos		
					Normal	Riesgo	0- 5	6-9	10- 19	20- 64		
CONSULTA	Consulta con médico genetista (inicial)	CT	C032	VMD (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 50	1 en un periodo de 1 año
	Consulta con médico genetista (ulterior)	CT	C038	VMD (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 40	1 en un periodo de 1 año
	Consulta de asesoramiento con médico genetista (ulterior)	CT	C039	VMD (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 40	1 en un periodo de 1 año
PRÁCTICA	Ergometría	PR	P005	VMD (*)			x	x	x	x	\$ 50	1 en un periodo de 1 año
	Espirometría	PR	P006	VMD (*)				x	x	x	\$ 40	1 en un periodo de 1 año
	Escisión/remoción/toma para biopsia/punción lumbar	PR	P007	VMD (*)				x	x	x	\$ 100	4 en un periodo de 1 año
	Registro de Trazados eléctricos cerebrales	PR	P016	VMD (*)			x				\$ 20	1 en un periodo de 1 año
	Oftalmoscopia binocular indirecta (OBI)	PR	P017	VMD (*)		x	x	x	x	x	\$ 20	2 en un periodo de 1 año
	Audiometría tonal	PR	P019	VMD (*)			x				\$ 15	2 en un periodo de 1 año
	Logoaudiometría	PR	P020	VMD (*)			x				\$ 15	2 en un periodo de 1 año
	Punción de Médula Ósea	PR	P029	VMD (*)				x	x		\$ 100	1 en un periodo de 1 año
IMAGENOLOGIA	Densitometría osea	IG	R002	VMD (*)						x	\$ 50	1 en un periodo de 1 año
	Ecocardiograma con Fracción de eyección	IG	R003	VMD (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 50	1 en un periodo de 1 año
	Eco-Doppler Color	IG	R004	VMD (*)			x	x	x	x	\$ 20	1 en un periodo de 1 año
	Ecografía cerebral	IG	R006	VMD (*)			x				\$ 20	1 en un periodo de 1 año
	Ecografía de cuello en recién nacidos	IG	R007									1 en un periodo de 1 año
	Ecografía de cuello (Neoplasias)	IG	R007	VMD (*)				x	x		\$ 10	2 en un periodo de 1 año
	Colonoscopia	IG	R011	VMD (*)						x	\$ 300	1 en un periodo de 1 año
	Fibrogastroscopia	IG	R012	VMD (*)						x	\$ 300	1 en un periodo de 1 año
	Rectosigmoideoscopia	IG	R013	VMD (*)						x	\$ 300	1 en un periodo de 1 año
	Tomografía Axial Computada (TAC)	IG	R030	VMD (*)			x	x	x		\$ 150	1 en un periodo de 1 año
	Eco doppler fetal	IG	R037	O10-O10,4-O16	x	x					\$ 20	2 en un periodo de 9 meses
	Ecocardiograma fetal	IG	R039	O24,4	x	x					\$ 50	1 en un periodo de 1 mes

Anexo												
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.												
Tipo	Prestación	Código SUMAR			Grupo						P r e c i	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
					Embarazadas/ Puerperas		Niños		Adolescen- tes	Adultos		
					Normal	Riesgo	0- 5	6-9	10- 19	20- 64		
ANATOMIA PATOLÓGICA	Medulograma (recuento diferencial con tinción de MGG)	AP	A003	VMD (*)				x	x		\$ 150	1 en un periodo de 1 año
TRASLADO	Unidad móvil de alta complejidad adultos	TL	M020	VMD (*)		x					\$ 150	2 en un periodo de 1 año
	Unidad móvil de alta complejidad pediátrica/neonatal	TL	M030	VMD (*)			x				\$ 350	2 en un periodo de 1 año
	Traslado del RN prematuro de 500 a 1500 gramos, o de un RN con malformación congénita quirúrgica	TL	M040	VMD (*)			x				\$ 570	2 en un periodo de 1 año
	Traslado de la gestante con diagnóstico de patología del embarazo; APP o malformación fetal mayor a centro de referencia	TL	M041	VMD (*)		x					\$ 415	2 en un periodo de 9 meses
	Unidad móvil de baja o mediana complejidad (hasta 50 km)	TL	M081	VMD (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 150	2 en un periodo de 1 año
	Unidad móvil de baja o mediana complejidad (más de 50 km)	TL	M082	VMD (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 1	2 en un periodo de 1 año

Anexo												
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.												
Tipo	Prestación	Código SUMAR			Grupo						P r e c i	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
					Embarazadas/ Puerperas		Niños		Adolescen- tes	Adultos		
					Normal	Riesgo	0- 5	6-9	10- 19	20- 64		
LABORATORIO	Estudio Citoquímico de Médula Ósea: PAS-Peroxidasa- Esterasas	LB	L031	VMD (*)				x	x		\$ 150	1 en un periodo de 1 año
	Estudio Citogenético de Médula Ósea (técnica de bandeó G)	LB	L032	VMD (*)				x	x		\$ 150	1 en un periodo de 1 año
	Estudio de Genética Molecular de Médula Ósea (BCR/ABL, MLL/AF4 y TEL/AML1 por técnicas de RT-PCR o FISH)	LB	L033	VMD (*)				x	x		\$ 150	1 en un periodo de 1 año
	Factor de coagulación 5, 7, 8, 9 y 10	LB	L034	VMD (*)			x				\$ 5	2 en un periodo de 1 año
	Fenilalanina	LB	L035	VMD (*)			x				\$ 15	2 en un periodo de 1 año
	Fenilcetonuria	LB	L036	VMD (*)			x				\$ 10	2 en un periodo de 1 año
	Inmunofenotipo de Médula Ósea por citometría de flujo	LB	L067	VMD (*)				x	x		\$ 150	2 en un periodo de 1 año
	Líquido cefaloraquídeo citoquímico y bacteriológico	LB	L074	VMD (*)			x				\$ 6	2 en un periodo de 1 año
	Líquido cefaloraquídeo - Recuento celular (cámara), Citología (MGG ,cytospin) e histoquímica	LB	L075	VMD (*)				x	x		\$ 10	2 en un periodo de 1 año