

PROGRAMA SUMAR

Manual de Plan de Servicios de Salud - versión Abril 2015

Grupo Mujer/ adolescente Embarazo/parto/puerperio										
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ACTUAL		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación		Tasa de Uso
CONTROL EN SALUD	CONSULTAS	Control prenatal de 1ra.vez.	CT C005	W78	\$ 50,00	R*	Se considera control prenatal de primera vez la primera evaluación clínica realizada por médico u obstétrica hasta las 13 semanas de gestación.	Con registro completo en la HC perinatal del efector. Es necesario que conste Fecha de realización de la práctica. Prueba de embarazo y resultado.Peso, Talla,IMC, EG, TA, Calculo de amenorrea,Evaluación de riesgo.. Examen mammary. Constancia de indicacion de suplementación con hierro/ac. fólico. FUM y FPP. firma y sello del profesional		1 consulta por embarazada.
		Control prenatal ulterior.	CT C006	W78	\$ 30,00	R*	Consulta realizada por médica u obstetra. Cuando la primera consulta se realiza después de las primeras 13 semanas se considera ulterior (por más que sea la primera consulta realizada).	Registro completo en la HC perinatal. Consignando como dato indispensable si se le realizó la VDRL y si cuenta con inmunización antitetánica en el actual embarazo. Registrar Peso, EG y TA, IMC,AU, Informe o transcripción de estudios solicitados. Calculo de amenorrea, , Evaluación de riesgo, Diagnóstico de vida fetal, constancia de indicación de suplementación co hierro. firma y sello.		4 en el embarazo normal.
		Odontológica prenatal - profilaxis.	CT C010	W78	\$ 20,00		Se considera consulta odontológica prenatal a la consulta profiláctica realizada por odontólogo a la embarazada.	Registro en HC. Fecha de realización de la práctica o Informe. Tratamiento instaurado, si corresponde Plan de seguimiento. Registro examen dental completo (ODONTOGRAMA). ÍNDICE CPO. Información brindada sobre cuidados en el embarazo. Firma,sello y aclaración del Profesional que realiza la práctica.		1 por embarazada
		Control odontológico en el tratamiento de gingivitis y enfermedad periodontal leve.	CT C010	D61	\$ 10,00		Se considera al control odontológico en el tratamiento de gingivitis y enfermedad periodontal leve realizado por odontólogo a la embarazada.			3 consultas por embarazo
		Control prenatal de embarazo de alto riesgo.	CT C007	W84	\$ 20,00		Se considera la consulta ambulatoria realizada por médico gineco-obstetra a la embarazada considerada según norma de alto riesgo.	Debe ser registrada en la HC del servicio de alto riesgo con la derivación correspondiente del médico de cabecera. Consignando Peso, Talla, IMC, AU, EG y TA. Informe o transcripción de laboratorio, Evaluación de Riesgo, Diagnóstico de vida fetal, sintoma o diagnóstico con prueba confirmatoria(si corresponde). Tratamiento instaurado si corresponde, plan de seguimiento (si corresponde). costancia de aplicación o vigencia de inmunizaciones, constancia de indicación de suplementación, firma y sello.		3 consultas por paciente.
		Puerperio inmediato.	CT C001	W86	\$ 10,00		Se considera la consulta realizada por médico u obstétrica en la maternidad a las pacientes durante el puerperio inmediato, según norma. Se considera puerperio inmediato hasta 15 días postparto.	Debe ser registrado en la HC perinatal. Consignar Fecha de Parto/ cesárea. Fecha de realización de la prestación. Toma de la TA, Tº, Control de involución uterina y loquios. Examen mamario. Constancia de aplicación de inmunizaciones. Firme de quienrealiza la prestación y sello.		1 por embarazo.
LA SALUD	INMUNIZACIÓN	Dosis aplicada de Vacuna triple bacteriana acelular (dTpa)	IM V008	A98	\$ 2,00		Es la colocación de Vacuna triple bacteriana acelular durante el embarazo según norma.	Debe ser registrada en historia perinatal o fichero de puesto de vacunación. Fecha de la práctica. Fecha de parto o cesárea.Firma y Sello.		Ver calendario de vacunación.
		Inmunización doble adulto en embarazo	IM V010	A98	\$ 4,00	R*	Es la colocación de vacuna antitetánica durante el embarazo según norma.			
		Dosis aplicada de vacuna antigripal en embarazo o puerperio	IM V013	A98	\$ 2,00	R*	Es la colocación de vacuna antigripal durante el embarazo según norma. Colocación de vacuna antigripal a la puérpera según norma provincial y nacional.			
		Inmunización puerperal doble viral (Rubéola)	IM V011	A98	\$ 2,00	R*	Colocación de vacuna antirubeólica a la puérpera según norma provincial y nacional.			

Grupo Mujer/ adolescente Embarazo/parto/puerperio										
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ACTUAL		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación		Tasa de Uso
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	PRÁCTICA	Toma de muestra para PAP (incluye material descartable)	PR P018	W78	\$ 7,50	R*	Se considera la toma de muestra para la realización de Papanicolau y material utilizado por médico u obstétrica a la embarazada.	Se debe registrar en la HC perinatal de la paciente. Fecha de la practica. Firma y sello del responsable.		1 por embarazo.
		Colposcopia en control de embarazo (incluye material descartable)	PR P002	W78	\$ 15,00		Se considera la realización de la colposcopia a la embarazada, realizada por profesional especialista. Incluye el material descartable utilizado.	Se debe registrar en la HC perinatal de la paciente.Fecha de la práctica. Informe o transcripción de estudios solicitados. Firma y Sello.		1 por embarazo.
		Tartrectomía y cepillado mecánico.	PR P033	W78	Ver anexo \$		Consiste en la tartrectomía y cepillado mecánico, realizado por odontólogo a la embarazada.	Registro en HC. Fecha de realización de la práctica o Informe. Tratamiento instaurado, si corresponde Plan de seguimiento. Registro examen dental completo (ODONTOGRAMA). ÍNDICE CPO. Información brindada sobre cuidados en el embarazo. Firma,sello y aclaración del Profesional que realiza la práctica.		1 por cuadrante.
		Inactivación de caries.	PR P026	W78	Ver anexo \$		Es la eliminación de la dentina desorganizada del piso y las paredes de la cavidad, la colocación de materiales biológicamente aceptables que nos aseguran la remineralización del fondo de la cavidad y la restauración de la misma.	Registro en HC. Fecha de realización de la práctica o Informe. Tratamiento instaurado, si corresponde. Plan de seguimiento. Cuadrante de la in activación o registro del sellado de los primeros molares permanentes si corresponde. Registro examen dental completo (ODONTOGRAMA). ÍNDICE CPO. Información brindada sobre cuidados en el embarazo. Firma, sello y aclaración del Profesional que realiza la práctica.		4 inactivaciones por paciente por vez. 2 veces al año.
	LABORATORIO	Laboratorio prueba de embarazo	LB Lxxx	W78	Ver anexo \$		Gonadotrofina coriónica humana en sangre y orina.	Con archivo en el laboratorio de solicitud médica e informe de bioquímico. Fecha de la práctica. Informe o transcripción. Firma y sello del profesional		2 por embarazo.
		Laboratorio de control prenatal de 1ra. vez (incluye: grupo y factor, hemoglobina, glucemia, orina completa, VDRL, Chagas, VIH, toxoplasmosis y Hbs antígeno).	LB Lxxx	W78	Ver anexo \$		Se considera el módulo de análisis clínicos realizados a la embarazada por primera vez que incluye grupo sanguíneo y factor, hemoblobinemia, glucemia, orina completa, VDRL, HIV, Chagas, toxoplasmosis, y Hbs anfigeno.	Con archivo en el laboratorio de solicitud médica e informe de bioquímico. fecha de la práctica. Informe o transcripción. Firma y sello del profesional		1 módulo por embarazada.
		Laboratorio Ulterior de Control Prenatal (Incluye Hemoglobina, Glucemia, Orina Completa, VDRL, VIH)	LB Lxxx	W78	Ver anexo \$		Se considera el módulo de análisis clínicos ulterior de control prenatal que incluye: Hemoglobina, glucemia, VDRL, HIV, orina completa .	Con archivo en el laboratorio de solicitud médica e informe de bioquímico. Fecha de la práctica. Informe o transcripción. Firma y sello del profesional		1 módulo por embarazada.
	CONSEJERIA	Consejería puerperal en SS y R; lactancia materna y puericultura (prevención de muerte súbita y signos de alarma)	CO T017	W86	\$ 25,00	R*	Se considera la consulta realizada por alguno de los siguientes: médico, obstétrica, enfermero, psicólogo o trabajador social. En la misma se debe brindar a la puérpera o a pacientes pos aborto información sobre: 1- Métodos anticonceptivos (MAC) y 2- Enfermedades transmisión sexual (ITS); 3- lactancia materna; 4- puericultura enfatizando en la prevención de muerte súbita y signos de alarma. Hasta los 45 días postparto.	En la HC de la paciente debe constar explícitamente que se brindó información sobre MAC e ITS, con la fecha, firma y sello (o aclaración) del o los profesionales intervinientes para considerar válida esta prestación.		2 consulta por puérpera o paciente pos aborto.
		Carta de derechos de la mujer embarazada indígena.	CO T019	W78	\$ 40,00		La práctica es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	Registro en HC de la paciente. Fecha de la práctica. Firma y sello del profesional		1 por embarazada.
		Educación para la salud en embarazo (bio-psico-social)	CO T021	W78	\$ 10,00		Se considera la consulta realizada por alguno de los siguientes: médico, obstétrica, enfermero, psicólogo o trabajador social. Trata la consejería de educación, con enfoque bio-psico-social, realizada a la embarazada por el equipo de salud.	Se debe constar registro en la historia perinatal de la paciente con fecha, firma y sello (o aclaración) del que realizo la prestación.		1 por embarazada.

Grupo Mujer/ adolescente Embarazo/parto/puerperio										
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ACTUAL		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación		Tasa de Uso
MED       MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	RONDA	Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en área rural.	RO X001	A98	Ver anexo \$	R*	La Ronda Sanitaria es una estrategia de identificación y posterior atención de la población de riesgo siendo una manera de extender la atención del efector hacia el interior de la comunidad. La Ronda consiste en la visita periódica del agente sanitario en terreno con el objetivo de detectar población de riesgo y realizar actividades de promoción y prevención destinadas a mejorar el estado sanitario de la población. RO X001: ronda en zona rural. RO X 002: ronda en población indígena. La práctica RO X 002, es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	<b>Documentación respaldatoria para facturación:</b> Reporte Anexo II de Agente Sanitario. El reporte debe registrar cantidad de hogares visitados, y estar visado por Director o Encargado de Centro de Salud o Hospital. Fecha de realización o notificación. E valuación de riesgo individual o fiar. firma y sello.		1 por cuatrimestre.
		Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en población indígena.	RO X002	A98	Ver anexo \$	R*				1 por cuatrimestre.
	DIAGNÓSTICO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO	Diagnóstico socio-epidemiológico de población en riesgo por efector	DS Y001	A98	Ver anexo \$	R*	Se considera el documento entregado y aprobado por autoridad institucional, cuyo objeto es el diagnóstico socioepidemiológico de grupos poblacionales en riesgo, del área de influencia del centro de salud u hospital, realizado por trabajador social, agente sanitario y/o médico.	<b>Documentación respaldatoria para facturación:</b> Informe escrito reportado y aprobado por Director o Encargado Centro de Salud o Hospital. Fecha de realización o notificación. E valuación de riesgo individual o fiar. firma y sello.		s/tasa de uso
	CAPTACIÓN	Búsqueda activa de embarazadas en el primer trimestre por agente sanitario y/o personal de Salud.	CA W001	A98	\$ 100,00	R*	Búsqueda de Embarazadas antes de semana 13 sin controles de salud y posterior referencia (turno programado) al efector para el control, que fuera detectado durante visita en terreno, sea la misma en el marco de una Ronda Sanitaria o por una búsqueda individual programada. Sólo se factura 1 vez efectuado el control de la embarazada.	Registro en HC de manera obligatoria de los siguientes atributos: Fecha de realización de la prestación o notificación (día, mes y año). Referencia con turno otorgado (plazo máximo 20 días); se denomina referencia a la derivación con orden escrita y de ser posible con un turno asignado, al efector de salud, con la especialidad e infraestructura necesaria a fin de garantizar el seguimiento de la patología que originó la consulta de urgencia. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.		1 por embarazada.
		Búsqueda activa de embarazadas con abandono de controles, por agente sanitario y/o personal de salud.	CA W002	A98	\$ 100,00	R*				1 por embarazada.
	TALLERES	Encuentros para promoción del desarrollo infantil, prevención de patologías prevalentes en la infancia, conductas saludables, hábitos de higiene.	TA T003	A98	\$ 50,00	R*	El objetivo del taller es motivar a los participantes a generar una consulta médica o consejería. Pueden dictarse dentro o fuera del efector de salud (escuela, plazas, etc). Mínimo de participantes: seis (6). Máximo de participantes: diez (10) . Al menos uno de los participantes debe ser beneficiario activo del Programa Sumar. El taller debe realizarse por un profesional idoneo en la temática a tratar.	<b>Documentación respaldatoria para la facturación:</b> Reporte Taller con la siguiente información: temática, fecha, nombre y firma del disertante , nombre y DNI de participantes y firma de todos los participantes.		s/tasa de uso
		Encuentros para promoción de pautas alimentarias en embarazadas y puérperas.	TA T002	A98	\$ 50,00	R*				
		Encuentros para promoción de salud sexual y reproductiva, Conductas Saludables, Hábitos de Higiene.	TA T001	A98	\$ 50,00	R*				

PROGRAMA SUMAR

Manual de Plan de Servicios de Salud - versión Abril 2015

Grupo Mujer/ adolescente Embarazo/parto/puerperio										
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ACTUAL		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación		Tasa de Uso
	AUDITORIA DE MUERTE	Informe de comité de auditoría de muerte materna y/o infantil recibido y aprobado por el Ministerio de Salud de la Provincia, según ordenamiento.	AU H001	A51	\$ 250,00		Se entiende que se ha evaluado el proceso de atención de los casos que finalizaron en muerte materna, y/o infantil si se completa adecuadamente el protocolo para el registro de las defunciones materno infantiles de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza.	El protocolo debe tener el sello y fecha de recepción del Comité Provincial de Monitoreo y Seguimiento de muertes maternas e infantiles de la citada dirección.		1 informe por muerte materna o infantil.
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	CONSULTAS	Atención y tratamiento ambulatorio de anemia leve del embarazo (inicial)	CT C005	B80	\$ 10,00		Se considera a la atención médica y tratamiento inicial de la embarazada con anemia leve, conforme a norma. Hemoglobina < 11 mg/dl.	Registro completo en HC peri natal. Fecha de la práctica. Informe o transcripción de estudio		1 por embarazo.
		Atención y tratamiento ambulatorio de anemia leve del embarazo (ulterior)	CT C006	B80	\$ 10,00		Se considera a la atención médica y tratamientos ulteriores, de la embarazada con anemia leve, conforme a norma. Hemoglobina < 11 mg/dl.	Registro completo en HC peri natal. Fecha de la práctica. Informe o transcripción de estudio		3 por embarazo.
		Atención y tratamiento ambulatorio de anemia grave del embarazo (no incluye hemoderivados)	CT C007	B80	\$ 10,00		Se considera la atención y tratamiento ambulatorio por médico especialista, según norma, a la embarazada con anemia grave. No incluye hemoderivados . Hemoglobina < 9 mg/dl.	Registro completo en HC peri natal. Fecha de realización de la práctica. Toma de TA. Inform		3 por embarazo.
HEMORRAGIAS EMBARAZO	CONSULTAS	Tratamiento de la hemorragia del 1er. Trimestre.	CT C007	W06	\$ 40,00		Hemorragia que se produce en la gestación antes de la semana 13.	Registro completo en HC. Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. Prueba de em		2 por embarazo
	INTERNACIÓN	Tratamiento de la hemorragia del 1er. Trimestre ( Clínica Obstétrica)	IT E004	W06	\$ 40,00		Sólo pueden facturarlo Hospitales. Tratamiento médico.	Registro completo en HC.Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. Prueba de em		2 por embarazo.
		Tratamiento de la hemorragia del 1er. Trimestre (Quirúrgica)	IT Q005	W06	\$ 40,00		Sólo pueden facturarlo Hospitales. Se considera 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.	Registro completo en HC.Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. Prueba de em		1 por embarazo.
		Tratamiento de la hemorragia del 2do.Trimestre (Clínica Obstétrica)	IT E005	W07	\$ 40,00		Sólo pueden facturarlo Hospitales. Tratamiento médico.	Registro completo en HC.Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. Prueba de em		2 por embarazo.
		Tratamiento de la hemorragia del 2do.Trimestre (Quirúrgica)	IT Q006	W07	\$ 40,00		Sólo pueden facturarlo Hospitales. Se considera la realización bajo anestesia de legrado instrumental y/o manual realizado por tocoginecólogo a la paciente embarazada con hemorragia durante el 2do trimestre (hasta las 28 semanas). Practicado según norma.	Registro completo en HC.Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. Prueba de em		1 por embarazo.
		Tratamiento de la hemorragia del 3er. Trimestre (Clínica Obstétrica)	IT E006	W08	\$ 40,00		Sólo pueden facturarlo Hospitales. Tratamiento médico.	Registro completo en HC.Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. Prueba de em		2 por embarazo.
		Tratamiento de la hemorragia del 3er. Trimestre ( Quirúrgica)	IT Q007	W08	\$ 40,00		Sólo pueden facturarlo Hospitales. Se considera 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.	Registro completo en HC.Fecha de realización de la práctica. Toma de la TA. Prueba de em		1 por embarazo.
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	CONSULTAS	Atención y tratamiento ambulatorio de infección urinaria en embarazada.	CT C005	U71	\$ 10,00		Se considera a la evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento ambulatorio, de la embarazada con infección urinaria, realizada por médico, según norma.	Registrada en HC perinatal. Fecha de la practica. Tº. Informe o transcripción de estudios so		2 por embarazo.
		Atención y tratamiento ambulatorio de sífilis e ITS en embarazo.	CT C007	D72; X70; X71; X90; X91; X92	\$ 10,00		Se considera la consulta médica de tratamiento ambulatorio de la embarazada con sífilis u otra ETS, acorde a norma.	Registrada en HC perinatal. Fecha de realización de la práctica. informe o transcripción de		2 por embarazo.
		Atención y tratamiento ambulatorio de VIH en la embarazada.	CT C007	B90	\$ 10,00		Se considera a la atención médica especializada de la embarazada con VIH/SIDA, según norma institucional.	Registrada en HC perinatal. Fecha de realización de la práctica, informe o transcripción de e		2 por embarazo.

Grupo Mujer/ adolescente Embarazo/parto/puerperio									
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ACTUAL		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación	Tasa de Uso
NEOPLASIAS MALIGNAS	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Lectura de la muestra tomada en mujeres embarazadas, en laboratorio de Anatomía Patológica/Citología con diagnóstico firmado por anátomo-patólogo matriculado (CA cervicouterino).	AP A001	W78	\$ 25,00		Tiene por objetivo identificar lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino que deberán ser confirmadas histológicamente. Realizado por Anátomo-Patólogo matriculado (registrado en Listado PPCC Provincial y Nacional).	·Registro en HC: ·Fecha de nacimiento ·Fecha de realización de la consulta o notificación ·Informe o transcripción de estudios solicitados ·Carga al SITAM ·Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	1 por embarazo.
PARTO	INTERNACIÓN	Atención de parto y recién nacido	IT Q001	W90; W91	\$ 150,00		Se considera la atención del parto y del recién nacido, realizado por obstétrica y/o médico, practicado según norma institucional.	Registro completo en la historia clínica perinatal, en la que es indispensable colocar número de documento, apellido y nombre, fecha de parto peso, talla,toma de TA de la madre y apgar a los 5 minutos del RN, peso del RN, perímetro cefalico, constancia de solicitud de screening neonatal, VDRL e inmunización antitetánica durante el embarazo.	1 por embarazo.
		Cesárea y atención del recién nacido.	IT Q002	W88;W89	\$ 150,00		Se considera 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.	Registro completo en HC perinatal de la paciente, es indispensable colocar el número de documento, nombre y apellido de la paciente, fecha de parto, peso, talla,toma de TA de la madre y apgar a los 5 minutos del RN, peso del RN, perímetro cefalico, constancia de solicitud de screening neonatal, VDRL e inmunización antitetánica durante el embarazo.	1 por embarazo.
PATOLOGÍA PUERPERAL	CONSULTAS	Tratamiento ambulatorio de complicaciones de parto en puerperio inmediato. (inicial)	CT C018	W17; W70; W71; W94	\$ 20,00		Se considera la atención médica inicial de las complicaciones del parto, durante el puerperio inmediato, en forma ambulatoria. Se considera puerperio inmediato hasta 15 días postparto.	Con registro en HC perinatal donde se debe consignar la fecha del parto o cesaria. Fecha de la práctica, Tº, síntomas o diagnóstico o prueba confirmatoria. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde), firma y sello.	1 por embarazo.
		Tratamiento ambulatorio de complicaciones de parto en puerperio inmediato. (ulterior)	CT C019	W17; W70; W71; W94	\$ 20,00		Se considera la atención médica ulterior de las complicaciones del parto, durante el puerperio inmediato, en forma ambulatoria. Se considera puerperio inmediato hasta 15 días postparto.	Con registro en HC perinatal donde se debe consignar la fecha del parto o cesaria. Fecha de la práctica, Tº, síntomas o diagnóstico o prueba confirmatoria. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde), firma y sello	2 por puerperio.
ntempladas en nomenclador para este grupo etario	PRÁCTICA	Electrocardiograma en embarazo	PR P004	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Se considera la realización de ecg con informe de profesional médico a la embarazada	Fecha de la práctica.Debe registrarse el informe en la historia clínica perinatal del centro de salud u hospital o en el servicio de cardiología de referencia. Firma y sello del profesional	1 por embarazo.
	TRASLADOS	Unidad móvil de baja o mediana complejidad (hasta 50 km)	TL M081	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$	R	Se considera el traslado a embarazadas a una distancia de hasta 50 Km.	<b>Documentación respaldatoria para facturación:</b> Hoja de ruta de traslado firmada por responsable de derivación, y responsable que recibe.	1 por paciente.
		Unidad móvil de baja o mediana complejidad (más de 50 km)	TL M082	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$	R	Se considera el traslado a embarazadas a una distancia mayor de 50 Km.	<b>Documentación respaldatoria para facturación:</b> Hoja de ruta de traslado firmada por responsable de derivación, y responsable que recibe.	1 por paciente.
	LABORATORIO	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION.	LB Lxxx	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Laboratorio de embarazadas 1era vez (1er trimestre). Laboratorio de embarazadas 2da vez (3er trimestre).Ver Matriz de codificación.	Registro completo en HC	s/ matriz Diagnóstica

Grupo Mujer/ adolescente Embarazo/parto/puerperio									
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ACTUAL		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación	Tasa de Uso
Con referencia a nosologías co	IMÁGENES	Ecografía en control prenatal	IG R031	W 78	Ver anexo \$		Se considera la realización de ecografías a la embarazada por ecografista habilitado, según norma institucional.	Con archivo en el servicio de ecografía de referencia, de la solicitud médica y el informe del ecografista. Fecha de realizacion de la práctica. Firma y sello del profesional.El servicio debe pertenecer a institución prestadora del Programa SUMAR.	2 por embarazada.
		Rx de cráneo F y P en embarazadas	IG R022	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Se considera la realización con informe por radiólogo de radiografías de cráneo de frente y perfil a embarazadas.	Con registro en el servicio radiológico de referencia y en la HC. Fecha de la práctico. Firma y sello del profesional	1 por embarazada.
Notificación Embarazo de Alto Riesgo	NOTIFICACIÓN / REFERENCIA	Notificación de Factores de Riesgo de embarazo de alto riesgo	NT N004 Dxxx	Ver Matriz Diagnóstica	\$ 15,00		Se trata de una notificación del efector al nivel superior de complejidad en atención de embarazo de alto riesgo. La realizan CAPS y Hospitales de Nivel I siempre. Hospitales de Nivel II, y III deben notificar, siempre y cuándo el convenio con SUMAR no incluya la prestación requerida.	Registro obligatorio en HC o Carnet Perinatal. La notificación la realiza médico o Lic. en obstetricia. Fecha de la práctica. Peso talla toma de TA , IMC , IMC por edad gestacional, edad gestacional, solicitud de grupo y factor, evaluación de riesgo, información brindada sobre cuidados en el embarazo, examen mamario, constancia de indicacion de suplementación con hierro y ac fólico. Firma y sello.	1 por embarazada.
		Referencia por embarazo de alto riesgo de Nivel 2 ó 3 a niveles de complejidad superiores	NT N006 Dxxx	Ver Matriz Diagnóstica	\$ 150,00		Se trata de una referencia del efector al nivel superior de complejidad en atención de embarazo de alto riesgo. Lo realizan CAPS y Hospitales de Nivel I siempre. Hospitales de Nivel II, y III deben referenciar, siempre y cuándo el convenio con SUMAR no incluya la prestación requerida. El reporte debe ser realizado por el profesional que refiere a la embarazada (médico o Lic. en obstetricia), dejando constancia del lugar de derivación del paciente.	Registro completo en HC o Carnet Perinatal. <b>Documentación respaldatoria para facturación:</b> Reporte de Referencia Oportuna de Embarazadas, el mismo debe contener la firma del que referencia y del receptor. Toma deTA, edad gestacional, AU, evaluación de riesgo, síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria, constancia de referencia al efector de mayor complejidad, CUIE del efector de mayor complejidad que recibe la referencia , informacion brindada sobre cuidados en el embarazo. firma y sello del profesional que deriva.	1 por embarazada.

R\*: Subconjunto de prestaciones que Efectores Rurales pueden reportar al Programa SUMAR, cuyo precio será el doble del precio establecido para identicas prestaciones del subgrupo Efectores Urbanos.

R\*\*: Subconjunto de prestaciones que Efectores Rurales pueden reportar al Programa SUMAR, siempre y cuándo cuenten con la complejidad necesaria para realizarlas, cuyo precio será identico al precio establecido para identicas prestaciones del subgrupo Efectores Urbanos.

**PROGRAMA SUMAR**

**Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril-2015**

Grupo Niño 0 a 5 años, 12 meses y 30 días Recién Nacido (postparto inmediato)								
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ACTUAL		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	INMUNIZACIÓN	Inmunización de recién nacido (BCG antes del alta y Hepatitis B en primeras 12 hs de vida)	IM V012 IM V009	A98	\$ 2,50		Se considera la vacunación según norma del RN, incluye BCG y hepatitis realizada por enfermero habilitado.	Con registro en la HC del recién nacido o ficha del puesto de vacunación. Debe ser registrada en HC ,libro de enfermería, registro de vacunatorio. Deben contener los siguientes datos: 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, sello del profesional
	AUDITORIA DE MUERTE	Informe de comité de auditoría de muerte materna y/o infantil recibido y aprobado por el Ministerio de Salud de la Provincia, según ordenamiento	AU H002	A50	\$ 250,00		Se entiende que se ha evaluado el proceso de atención de los casos que finalizaron en muerte materna, y/o infantil si se completa adecuadamente el protocolo para el registro de las defunciones materno infantiles de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza.	El protocolo debe tener el sello y fecha de recepción del Comité Provincial de Monitoreo y Seguimiento de muertes maternas e infantiles de la citada dirección. Fecha de realización de la prestación, Registro completo del formulario de vigilancia de la mortalidad materno infantil, Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación (responsable del Efecto) y sello del profesional que realiza la prestación.
HIPOACUSIA	PRÁCTICA	Otoemisiones acústicas para Detección temprana de hipoacusia en RN	PR P021	A97; H86	\$ 15,00		Se determina a través de Otoemisiones o Potenciales evocados.	Registro en HC del paciente en el hospital. Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación, plan de seguimiento (si corresponde), Registro de resultado de la evaluación diagnóstica, Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.
		Tratamiento inmediato de sífilis congénita en RN	IT E002	A41	\$ 15,00		Se considera la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato del RN con sífilis congénita. Realizada por el pediatra, según normas institucionales.	Registro en HC del paciente en el hospital. Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación, 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 epícrisis de datos referidos al diagnóstico y tratamiento indicado. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.



PROGRAMA SUMAR									
Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril-2015									
Grupo Niño 0 a 5 años, 12 meses y 30 días									
Recién Nacido (postparto inmediato)									
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ACTUAL		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación	Tasa de Uso
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	INTERNACIÓN	Tratamiento inmediato de transmisión vertical de VIH en RN	IT E002	A42	\$ 20,00		Se considera la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato del RN con VIH/SIDA Realizada por el pediatra, según normas institucionales.	Registro en HC del paciente en el hospital.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación Informe y transcripcion de estudios solicitados, Evaluacion de riesgo individual o familia visitada o comunidad, Sintomas o diagnostico con prueba confirmatoria (si corres ponde), Tramiento instaurado(si corresponde), Plan de seguimiento( si corresponde), Contrareferencia o epicrisisde datos referidos al diagnostico y tratamineto indicado. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	1
		Tratamiento inmediato de Chagas congénito	IT E002	A40	\$ 15,00		Se considera la evaluación, el diagnóstico y tratamiento en forma inmediata del chagas congénito del RN realizada por el pediatra, según norma institucional.	Registro en HC del paciente en el hospital.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación,informe y transcripcion de estudios solicitados, Evaluacion de riesgo individual o familia visitada o comunidad, Sintomas o diagnostico con prueba confirmatoria (si corres ponde), tratamiento instaurado(si corresponde), Plan de seguimiento( si corresponde), Contrareferencia o epicrisisde datos referidos al diagnostico y tratamineto indicado. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	1
AS PERINATALES	INTERNACIÓN	Atención de RN con condición grave al nacer (tratamiento pre-referencia)	IT E002	Ver Matriz Diagnóstica	\$ 150,00		Se considera la atención pediátrica del RN grave al nacimiento en la sala de recepción. Realizada por pediatra, según norma.	Registro en HC del paciente en el hospital.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación, informe y transcripcion de estudios solicitados, Sintomas o diagnostico con prueba confirmatoria (si corres ponde), tratamiento instaurado(si corresponde), Plan de seguimiento( si corresponde), Contrareferencia o epicrisisde datos referidos al diagnostico y tratamineto indicado. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	1



PROGRAMA SUMAR										Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril-2015													
Grupo Niño 0 a 5 años, 12 meses y 30 días																							
Recién Nacido (postparto inmediato)																							
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS		TIPO DE PRESTACIÓN		NOMBRE DE LA PRESTACIÓN				CÓDIGO ACTUAL		Precio		Rural	Alcance				Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación				Tasa de Uso		
OTRA		INCUBADORA		Incubadora hasta 48 hs en RN				IC I001		Ver Matriz Diagnóstica	\$ 75,00			Se considera a la permanencia en incubadora del RN según indicación médica y conforme a norma institucional (incluye prematuridad, trastornos metabólicos etc.).				Registrada en HC del RN en el hospital.Registro en HC del paciente en el hospital.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación, tratamiento instaurado(si corresponde)Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.,				1	
RETINOPATIA DEL PREMATURO		PRÁCTICA		Pesquisa de la retinopatía del prematuro: Oftalmoscopia binocular indirecta (OBI) a todo niño de riesgo				PR P017		A46; A97	\$ 15,00			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. La realiza un oftalmólogo.				Registrada en HC del RN en el hospital.Registro en HC del paciente en el hospital.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación, tratamiento instaurado(si corresponde)Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.				1	
TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS		INTERNACIÓN		Tratamiento inmediato de trastornos metabólicos (estado ácido base y electrolitos) en RN				IT E002		A44	\$ 20,00			Se considera la evaluación, el 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.				Registrada en HC del RN en el hospital.Registro en HC del paciente en el hospital.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación,informe y transcripcion de estudios solicitados,Sintoma s o diagnostico con prueba confirmatoria (si corresponde), tratamiento instaurado(si corresponde), Plan de seguimiento( si corresponde), Contrareferencia o epicrisisde datos referidos al diagnostico y tratamineto indicado. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.				1	

PROGRAMA SUMAR													Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril-2015												
Grupo Niño 0 a 5 años, 12 meses y 30 días Cuidado de la Salud																									
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ACTUAL		Precio	Rural	Alcance			Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación					Tasa de Uso										
CONTROL EN SALUD	CONSULTA	Pediátrica en menores de 1 año	CT C001	A97	\$ 30,00	R*	Se considera el control clínico, evaluación antropométrica (peso, talla, perímetro cefálico, percentilación) y desarrollo en menores de un año, realizado por médico según norma institucional. También se considera el diagnóstico y tratamiento de patologías prevalentes (enfermedad diarreica aguda, enfermedad respiratoria aguda y chagas).			Registro de consultas en la HC infantil. Es indispensable contar con los siguientes datos: Registro en la historia clinica,tipo y número de documento, nombre y apellido del niño, fecha de nacimiento, fecha de realizacion de la practica,Examen fisico segun consenso o guias de protocolo,, peso en kg, talla en cm, percentilo de peso/edad-talla/edad-talla/peso(según grupo) perímetro cefálico en cm, percentilo de IMC,Evaluacion Psicomadurativa, constancia de aplicacion de inmunizaciones o certificacion de vigencia en HC, Firma y sello del profesional actuante.					De 0 a 28 días hasta 2 consultas; de 1 a 6 meses hasta 5 consultas; de 6 meses a 1 año hasta 3 consultas y 1 consulta tratamiento por patología prevalente.										
		Pediátrica de 1 a 5 años, 12 meses y 30 días	CT C001	A97	\$ 30,00	R*	Se considera el control clínico, evaluación antropométrica (peso, talla, perímetro cefálico, percentilación) y desarrollo en niños de hasta 5 años, 12 meses y 30 días, realizado por médico según norma institucional. También se considera el diagnóstico y tratamiento de patologías prevalentes (enfermedad diarreica aguda, enfermedad respiratoria aguda y chagas).								De 12 a 18 meses hasta 2 consultas; de 18 a 36 meses hasta 3 consultas; de 36 a 72 meses hasta 3 consultas. Incluye 1 consulta por tratamiento de patología.										
		Consulta buco-dental en salud en niños menores de 6 años	CT C010	A97	\$ 20,00	R*	Debe ser realizado por odontólogo/a. El control debe incluir lo siguiente: 1. Evaluación bucodental orientada a la pesquisa de infecciones periodontales y odontograma. 2. Enseñanza de técnicas de higiene bucal.			Registro en HC. Fecha de Nacimiento Fecha de realización de la práctica o Informe. Tratamiento instaurado ( si corresponde). Plan de seguimiento( si corresponde). Cuadrantes. Examen clinico y registro de examen dental completo (ODONTOGRAMA), ÍNDICE CPOy7o Ceod Enseñanza de técnicas de higiene bucal. Firma, sello y aclaración del Profesional que realiza la práctica.					1 control anual.										
		Consulta oftalmológica en niños de 5 años, 12 meses y 30 días.	CT C011	A97	\$ 10,00		Se denomina al control de la agudeza visual de los niños, el cual debe efectuarse con una frecuencia mínima: 1 consulta anual. Responsables de la prestación: Médico/a con formación en Oftalmología, Medicina General, Pediatría o Clínica médica.			Registro de la consulta en HC con: Fecha de nacimiento de la paciente. Fecha de realización de la prestación, Evaluacionoftalmologicasegún riesgo,,medicion de agudeza visual e indicaciones según resultados,Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.					1 control anual.										
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	INMUNIZACIONES	Dosis aplicada de inmunización Anti-amarillica en niños de 12 meses en departamentos de riesgo	IM V007	A98	\$ 5,00	R*	Es la colocación de vacuna Anti-amarillica en niños de 12 meses en departamentos de riesgo.			Debe ser registrada en HCLibro de enfermeria,registro de vacunatorio. Deben contener los siguientes datos:fecha de nacimiento, fecha de realizacion de la practica, constancia de aplicacion de inmunizaciones o certificacion de vigencia en documentacion para verificacion en terreno, firma ,aclaracion y sello del profesional responsable que realiza la prestacion, sello del profesional					Ver calendario de vacunación.										
		Dosis aplicada de inmunización Cuádruple en niños de 18 meses o actualización de esquema.	IM V004	A98	\$ 12,00	R*	Es la colocación de vacuna Cuádruple en niños de 18 meses o actualización de esquema.																		
		Dosis aplicada de inmunización para Hepatitis A en niños de 12 meses o actualización de esquema.	IM V005	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de Hepatitis A en niños de 12 meses o actualización de esquema.																		
		Dosis aplicada de inmunización Pentavalente en niños de 2, 4, 6 meses y 18 meses o actualización de esquema	IM V003	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de Pentavalente en niños de 2, 4, y 6 meses o actualización de esquema.																		
		Dosis aplicada de inmunización Triple Bacteriana Celular en niños de 6 años o actualización de esquema	IM V006	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de Triple Bacteriana Celular en niños de 6 años o actualización de esquema.																		
	INMUNIZACIONES	Dosis aplicada de Sabin en niños de 2, 4, 6 y 18 meses o actualización de esquema	IM V002	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de Sabin en niños de 2, 4, 6 y 18 meses o actualización de esquema.																		
		Dosis aplicada de vacuna triple viral en niños menores de 6 años.	IM V001	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de vacuna triple viral en niños menores de 6 años.																		
		Dosis aplicada de vacuna doble viral (SR) al ingreso escolar	IM V011	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de vacuna doble viral (SR) al ingreso escolar.																		
		Dosis aplicada de vacuna antigripal en niños de 6 a 24 meses o en niños mayores con factores de riesgo	IM V013	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de vacuna antigripal en niños de 6 a 24 meses o en niños mayores con factores de riesgo.																		
		Dosis aplicada de vacuna neumococo conjugada	IM V015	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de la Dosis aplicada de vacuna neumococo conjugada.																		

PROGRAMA SUMAR										
Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril-2015										
Grupo Niño 0 a 5 años, 12 meses y 30 días										
Cuidado de la Salud										
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ACTUAL		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación		Tasa de Uso
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	RONDA	Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en área rural	RO X001	A98	Ver anexo \$	R*	La Ronda Sanitaria es una estrategia de identificación y posterior atención de la población de riesgo siendo una manera de extender la atención del efector hacia el interior de la comunidad. La Ronda consiste en la visita periódica del agente sanitario en terreno con el objetivo de detectar población de riesgo y realizar actividades de promoción y prevención destinadas a mejorar el estado sanitario de la población. RO X001: ronda en zona rural. RO X 002: ronda en población indígena. La práctica RO X 002, es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	<b>Documentación respaldatoria para facturación:</b> Reporte Anexo II de Agente Sanitario. El reporte debe registrar cantidad de hogares visitados, y estar visado por Director o Encargado de Centro de Salud o Hospital.R egistro en HC, Planilla de ronda sanitaria o de actividad, Datos: fecha de realizacion de la prestacion, Deteccion de la poblacion de riesgo individual o familia visitada o comunidad, firma y sello del profesional que deriva /solicitud.		1 por cuatrimestre.
		Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en población indígena	RO X002	A98	Ver anexo \$	R*				1 por cuatrimestre.
	DIAGNÓSTICO SOCIOEPIDEMIOLÓGICO	Diagnóstico socio-epidemiológico de población en riesgo por efector	DS Y001	A98	Ver anexo \$	R*	Se considera el documento entregado y aprobado por autoridad institucional, cuyo objeto es el diagnóstico socioepidemiológico de grupos poblacionales en riesgo, del área de influencia del centro de salud u hospital, realizado por trabajador social, agente sanitario y/o médico.	<b>Documentación respaldatoria para facturación:</b> Informe escrito reportado y aprobado por Director o Encargado Centro de Salud o Hospital.datos:Fecha de realización de la prestación o notificación,Firma, aclaración y sello del responsable que deriva/solicitud.		s/tasa de uso
	CAPTACIÓN ACTIVA	Búsqueda activa de niños con abandono de controles, por agente sanitario y personal de salud.	CA W003	A98	\$ 100,00	R*	Se considera la visita domiciliaria de niño con abandono de controles .Realizada por agente sanitario, promotor o miembro del equipo de salud con el objetivo de programar el control médico pertinente.	Registro en HC, ficha medica, planilla de agente sanitario, Fecha de nacimiento (día, mes y año). Fecha de realización de la prestación o notificación. Referencia con turno otorgado (plazo máximo 20 días): se denomina referencia a la derivación con orden escrita y de ser posible con un turno asignado, al efector de salud, con la especialidad e infraestructura necesaria a fin de garantizar el seguimiento. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.		1 por paciente que recapte.
	TALLERES	Encuentros para promoción de pautas alimentarias en niños menores de 6 años.	TA T002	A98	\$ 50,00	R*	El objetivo del taller es motivar a los participantes a generar una consulta médica o consejería. Pueden dictarse dentro o fuera del efector de salud (escuela, plazas, etc). Mínimo de participantes: seis (6). Máximo de participantes: diez (10) . Al menos uno de los participantes debe ser beneficiario activo del Programa Sumar. El taller debe realizarse por un profesional idoneo en la temática a tratar.	<b>Documentación respaldatoria para facturación:</b> Reporte Taller con la siguiente información: temática, fecha, nombre de disertante, nombre y DNI de participantes y firma de todos los participantes.		s/ tasa de uso
		Encuentros para promoción del desarrollo infantil, prevención de patologías prevalentes en la infancia, conductas saludables y/o hábitos de higiene.	TA T003	A98	\$ 50,00	R*				
	AUDITORIA DE MUERTE	Informe de comité de auditoría de muerte materna y/o infantil recibido y aprobado por el Ministerio de Salud de la Provincia, según ordenamiento	AU H002	A96	\$ 250,00		Se entiende que se ha evaluado el proceso de atención de los casos que finalizaron en muerte materna, y/o infantil si se completa adecuadamente el protocolo para el registro de las defunciones materno infantiles de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza.	El protocolo debe tener el sello y fecha de recepción del Comité Provincial de Monitoreo y Seguimiento de muertes maternas e infantiles de la citada dirección. Fecha de realización de la prestación, Registro completo del formulario de vigilancia de la mortalidad materno infantil, Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación (responsable del Efector) y seloo del profesional que realiza la prestacion.		1 informe por muerte materna y/o infantil
CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA POR PEDIATRAS ESPECIALISTAS	CONSULTA	Consultas con pediatras especialistas en Cardiología, Nefrología, Infectología, Gastroenterología	CT C016	Ver Matiz Diagnóstica	\$ 10,00		Se considera la interconsulta médica de especialista en cardiología, nefrología, infectología y gastroenterología infantil realizada a niños menores de 6 años. Derivado acorde a normas institucionales.	Con registro en HC infantil.,Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación., Síntomas o diagnósticocon prueba confirmatoria( si corresponde) , Tratamiento instaurado(si corresponde), Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.		1 interconsulta anual por beneficiario.
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	CONSULTA	Atención ambulatoria con suplementación vitamínica a niños desnutridos menores de 6 años (inicial)	CT C001	T91	\$ 15,00		Se considera el diagnóstico y tratamiento médico inicial ambulatorio del niño desnutrido menor de 6 años, que incluye la suplementación vitamínica.	Con registro en HC infantil.Datos.,Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación, Peso, Talla, IMC, Percentilo de IMC, Tratamiento instaurado( si corresponde) Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.		1 consulta anual por beneficiario.
		Atención ambulatoria con suplementación vitamínica a niños desnutridos menores de 6 años (ulterior)	CT C002	T91	\$ 15,00		Se considera el diagnóstico y tratamiento ambulatorio médico ulterior del niño desnutrido menor de 6 años, que incluye la suplementación vitamínica.	Con registro en HC infantil.Datos.,Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación, Peso, Talla, IMC, Percentilo de IMC, Tratamiento instaurado( si corresponde) Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.		5 consultas anuales por beneficiario.
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	CONSULTA	Atención ambulatoria de infección respiratoria aguda en niños menores de 6 años (inicial)	CT C001	R74	\$ 50,00	R*	Se considera el diagnóstico y tratamiento médico inicial del niño con infección respiratoria.	Con registro en HC infantil.Datos.,Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación, Síntomas o diagnósticocon prueba confirmatoria( si corresponde) , Tratamiento instaurado(si corresponde), Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.		1 consulta anual por beneficiario.
		Atención ambulatoria de infección respiratoria aguda en niños menores de 6 años (ulterior)	CT C002	R74	\$ 50,00	R*	Se considera el diagnóstico y tratamiento médico ulterior del niño con infección respiratoria.	Con registro en HC infantil.Datos.,Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación, Síntomas o diagnósticocon prueba confirmatoria( si corresponde) , Tratamiento instaurado(si corresponde), Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.		5 consultas anuales por beneficiario.

PROGRAMA SUMAR													Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril-2015												
Grupo Niño 0 a 5 años, 12 meses y 30 días Cuidado de la Salud																									
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS		PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN		CÓDIGO ACTUAL		Precio	Rural	Alcance							Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación							Tasa de Uso		
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	PRÁCTICA	Kinesioterapia ambulatoria en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 6 años (5 sesiones)		PR P011	R25; R78; R81	\$ 10,00	R*	Se considera el tratamiento de infección respiratoria aguda mediante sesiones de asistencia kinésica respiratoria realizada por kinesiólogo, pediatra o enfermero que acredite entrenamiento, según norma institucional.							Con registro en HC infantil.Datos.,Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación, Tratamiento instaurado(si corresponde),Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.							5 sesiones por niño por año.			
	INTERNACIÓN < 16HS	Internación abreviada SBO (Prehospitalización en ambulatorio)		IT E001	R78	\$ 75,00		Se considera el diagnóstico y tratamiento médico del niño menor de 6 años con enfermedad respiratoria obstructiva que requiera tratamiento y control por el término de por lo menos dos horas previa a su alta o internación.							Con registro en HC infantil.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación, Evaluacion de la gravedad SCORE DE TAL, Utilizacion de registro de protocolo de tratamineto y derivacion en atención abreviada,Tratamiento instaurado( si corresponde), plan de seguimiento(si corresponde),Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.							1 internación por niño por año			
	INTERNACIÓN > 16 HS	Internación abreviada SBO (24- 48 hs de internación en hospital)		IT E002	R78	\$ 80,00		Se considera el diagnóstico y tratamiento médico del niño menor de 6 años con Síndrome Bronquial Obstructivo con o sin atención prehospitalaria.							Con registro en HC infantil.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación, Evaluacion de la gravedad SCORE DE TAL, Utilizacion de registro de protocolo de tratamineto y derivacion en atención abreviada,Tratamiento instaurado( si corresponde), plan de seguimiento(si corresponde),Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.							1 internación por niño por año			
		Neumonía		IT E003	R81	\$ 150,00		Se considera el diagnóstico y tratamiento médico del niño menor de 6 años con Neumonía.							Con registro en HC infantil.Con registro en HC infantil.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación,Sintomas o diagnosticocon prueba confirmatoria( si corresponde), Tratamiento instaurado(si corresponde),plan de seguimiento(si corresponde), contrreferencia o epicrisi de datos referidos al diagnostico y tratamineto indicado, Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.							1 consulta por niño por año.			
HIPOACUSIA	CONSULTA	Consulta de niños con especialistas (hipoacusia en lactante "No pasa" con Otoemisiones acústicas)		CT C001	H86	\$ 10,00		Se realiza cuándo no pasan las otoemisiones acústicas.							Con registro en HC infantil..Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación,plan de seguimiento(si corresponde),Registro de resultado de la evaluacion diagnostica,Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.							3 sesiones por niño por año.			
	PRÁCTICA	Rescreening de hipoacusia en lactante "No pasa" con BERA		PR P022	H86	\$ 20,00		Se considera su realización cuando son negativos o dudosos las otoemisiones anteriores.							Con registro en HC infantil.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación,plan de seguimiento(si corresponde),Registro de resultado de la evaluacion diagnostica,Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.							2 sesiones por niño por año.			
		Rescreening de hipoacusia en lactante "No pasa" con Otoemisiones acústicas.		PR P021	H86	\$ 10,00		Se considera cuando el screening es negativo, dudoso o hay antecedentes potenciales de hipoacusia.							Con registro en HC infantil..Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación,plan de seguimiento(si corresponde),Registro de resultado de la evaluacion diagnostica,Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.							2 sesiones por niño por año.			
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	CONSULTA	Atención ambulatoria de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 años (inicial)		CT C001	D11	\$ 50,00		Se considera el diagnóstico y tratamiento pediátrico inicial con enfermedad diarreica aguda con o sin fiebre y/o vómitos.							Con registro en HC infantil.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación,peso, Sintomas o diagnosticocon prueba confirmatoria( si corresponde), Tratamiento instaurado(si corresponde), plan de seguimiento(si corresponde),Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.							1 consultas por niño por año.			
		Atención ambulatoria de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 años (ulterior)		CT C002	D11	\$ 50,00		Se considera el diagnóstico y tratamiento pediátrico ulterior con enfermedad diarreica aguda con o sin fiebre y/o vómitos.							Con registro en HC infantil.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación,peso, Sintomas o diagnosticocon prueba confirmatoria( si corresponde), Tratamiento instaurado(si corresponde), plan de seguimiento(si corresponde),Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.							2 consultas por niño por año.			
	INTERNACIÓN < 16HS	Posta de Rehidratación: Diarrea aguda en ambulatorio		IT E001	D11	\$ 70,00	R*	Se considera el diagnóstico y tratamiento médico del niño menor de 6 años con enfermedad diarreica aguda con o sin fiebre, con o sin vómitos y/o deshidratación leve , u otro factor agravante que requiera observación de por lo menos dos horas en forma ambulatoria previa a su alta o internación.							Con registro en HC infantil.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación,,peso, ,Evaluacion de riesgo individual o familia visitada o comunidad,Sintomas o diagnosticocon prueba confirmatoria( si corresponde), Tratamiento instaurado(si corresponde), plan de seguimiento(si corresponde), Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.							1 consulta por niño por año.			

PROGRAMA SUMAR

Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril-2015

Grupo Niño 0 a 5 años, 12 meses y 30 días Cuidado de la Salud									
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO ACTUAL		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación	Tasa de Uso
OTRAS PATOLOGÍAS	CONSULTA	Consulta pediátrica de menores de 6 años en emergencia hospitalaria	CT C012	Ver Matriz Diagnóstica	\$ 30,00		Se considera la atención y tratamiento médico, en guardia hospitalaria, en situación de emergencia pediátrica, según norma institucional.	Con registro en HC infantil.Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación o notificación,Sintomas o diagnosticocon prueba confirmatoria( si corresponde ) Tratamiento instaurado(si corresponde), Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	1 consulta por niño por año.
Salud bucal	PRÁCTICA	Inactivación de caries	PR P026	D60	Ver anexo \$		Es la eliminación de la dentina desorganizada del piso y las paredes de la cavidad, la colocación de materiales biológicamente aceptables que nos aseguran la remineralización del fondo de la cavidad y la restauración de la misma.	Registro en HC. Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica o Notificacion. Tratamiento instaurado, si corresponde. Plan de seguimiento. Cuadrante de la in activación. Registro examen dental completo (ODONTOGRAMA). ÍNDICE CPO/Ceo. Enseñanza de técnicas de higiene bucal. Firma, sello y aclaración del Profesional que realiza la práctica.	3 consultas por niño por año.
Con referencia a nosologías contempladas en plan de servicios para este grupo etario	PRÁCTICA	Electrocardiograma en niños menores de 6 años	PR P004	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Se considera la realización de un ecg con informe de profesional a los niños en los dos primeros años con cardiopatía congénita.	Con registro en HC infantil.Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica o Notificacion,Informe y transcripcion de estudiosolicitados,, Firma, aclaracion y sello del responsable que realiza la prestacion,	1 consulta por niño por año.
	TRASLADOS	Unidad móvil de baja o mediana complejidad (hasta 50 km)	TL M081	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Se considera el traslado a niños menores de 6 años a una distancia de hasta 50 Km.	<b>Documentación respaldatoria para la facturación:</b> Hoja de ruta de traslado firmada por responsable de derivación, y responsable que recibe.Registro en HC infantil.Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica o Notificacion,Temperatura, fecha y hora de solicitud de traslado, Firma, aclaracion y sello del responsable que realiza la prestacion,Firma, aclaracion y sello del profesional que realiza la prestacion, Firma, aclaracion y sello del profesional que recibe y firma del beneficiario, familiar o tutor del beneficiario.	3 traslados por niño por año.
		Unidad móvil de baja o mediana complejidad (más de 50 km)	TL M082	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Se considera el traslado a niños menores de 6 años a una distancia mayor de 50 Km.		3 traslado por niño por año.
	LABORATORIO	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	LB Lxxx	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Ver Matriz Diagnóstica	Con registro en HC infantil.Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica o Notificacion,Informe y transcripcion de estudiosolicitados,, Firma, aclaracion y sello del responsable que realiza la prestacion,	según Matriz Diagnóstica
	IMÁGENES	Eco. Bilateral de caderas en niños menores de 2 meses	IG R005	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Ver Matriz Diagnóstica	Con registro en HC infantil.Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica o Notificacion, Informe y transcripcion de estudiosolicitados,, Firma, aclaracion y sello del responsable que realiza la prestacion.	2 imágenes por niño por año.
		Rx de tórax F y P en niños menores de 6 años	IG R026	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Se considera la realización con informe de médico radiólogo de Rx de frente y perfil de tórax.	Con registro en HC infantil.Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica o Notificacion,Informe y transcripcion de estudiosolicitados,, Firma, aclaracion y sello del responsable que realiza la prestacion.	3 imágenes por niño por año.
		Rx de cráneo F y P en niños menores de 6 años	IG R022	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Se considera la realización con informe por médico radiólogo de radiografías de cráneo de frente y perfil.	Con registro en HC infantil.Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica o Notificacion,Informe y transcripcion de estudiosolicitados,, Firma, aclaracion y sello del responsable que realiza la prestacion.	2 imágenes por niño por año.
		Rx de huesos largos en niños menores de 6 años c/ patología prevalente	IG R017 IG R025	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Se considera la realización con informe por médico radiólogo de radiografías de huesos largos c/ patología prevalente.	Con registro en HC infantil.Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica o Notificacion,Informe y transcripcion de estudiosolicitados,, Firma, aclaracion y sello del responsable que realiza la prestacion.	2 imágenes por niño por año.
		Eco- doppler en niños menores de 6 años	IG R004	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Se considera la realización de ecodoppler a niños menores de 2 años con cardiopatía congénita.	Con registro en HC infantil.Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica o Notificacion,Informe y transcripcion de estudiosolicitados,, Firma, aclaracion y sello del responsable que realiza la prestacion.	2 imágenes por niño por año.

R\*: Subconjunto de prestaciones que Efectores Rurales pueden reportar al Programa SUMAR, cuyo precio será el doble del precio establecido para identicas prestaciones del subgrupo Efectores Urbanos.

R\*\*: Subconjunto de prestaciones que Efectores Rurales pueden reportar al Programa SUMAR, siempre y cuándo cuenten con la complejidad necesaria para realizarlas, cuyo precio será identico al precio establecido para identicas prestaciones del subgrupo Efectores Urbanos.

PROGRAMA SUMAR												Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril-2015											
Grupo niños 6 a 9 años																							
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS		TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN		CÓDIGO SUMAR		Precio	Rural	Alcance				Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación						Tasa de Uso				
CONTROL EN SALUD		CONSULTA	Control en Niños de 6 a 9 años		CT C001	A97	\$ 30,00	R*	Examen periódico de salud. Control clínico de niños sanos.				Registro de la consulta en HC con: Fecha de nacimiento de la paciente. Fecha de realización de la prestación,Examen físico según consenso o guías de protocolo, Peso. Talla. percentilo de peso/edad-talla/edad-talla/peso(según grupo), IMC,Percentilo de IMC, Toma de TA. Constancia de inmunizaciones completa para edad, Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.						1 por año.				
			Control de salud individual para población indígena en terreno		CT C009	A97	\$ 30,00	R*	Examen periódico de salud en donde se realiza examen físico y actividades de prevención y promoción de la salud en el domicilio del paciente, realizado por un equipo de salud capacitado en el abordaje de las comunidades. Control clínico de niños sanos. Equipo de abordaje en terreno lo integran: médico, odontólogo, asistente social, agente sanitario. La práctica es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.				Registro de la consulta en HC con: Fecha de nacimiento de la paciente. Fecha de realización de la prestación. ,Examen físico según consenso o guías de protocolo, Peso. Talla. percentilo de peso/edad-talla/edad-talla/peso (según grupo), IMC, Percentilo de IMC,Toma de TA.Evaluación del riesgo individual o flia visitada o comunidad, Tratamiento instaurado (si corresponde)Detección de población de riesgo en terreno (rescate), Constancia de inmunizaciones completa para edad, Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.						1 por año.				
			Control Odontológico		CT C010	A97	\$ 15,00	R*	Debe ser realizado por odontólogo/a. El control debe incluir lo siguiente: 1. Evaluación bucodental orientada a la pesquisa de infecciones periodontales y odontograma. 2. Enseñanza de técnicas de higiene bucal.				Registro en HC. Fecha de Nacimiento Fecha de realización de la práctica o Informe. Tratamiento instaurado ( si corresponde). Plan de seguimiento( si corresponde). Cuadrantes. Examen clínico y registro de examen dental completo (ODONTOGRAMA), ÍNDICE CPOy7o Ceod Enseñanza de técnicas de higiene bucal. Firma, sello y aclaración del Profesional que realiza la práctica.						1 por año.				
			Control Oftalmológico		CT C011	A97	\$ 15,00		Se denomina al control de la agudeza visual de los niños, el cual debe efectuarse con una frecuencia mínima: 1 consulta anual. Responsables de la prestación: Médico/a con formación en Oftalmología, Medicina General, Pediatría o Clínica médica.				Registro de la consulta en HC con: Fecha de nacimiento de la paciente. Fecha de realización de la prestación, Evaluación oftalmológica según riesgo,medición de agudeza visual e indicaciones según resultados,Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación						1 por año				
REVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD		TALLER	Pautas nutricionales respetando cultura alimentaria de comunidades indígenas.		TA T004	A98	\$ 50,00	R*	El objetivo del taller es motivar a los participantes a generar una consulta médica o consejería. Pueden dictarse dentro o fuera del efector de salud (escuela, plazas, etc). Mínimo de participantes: seis (6). Máximo de participantes: diez (10) . Al menos uno de los participantes debe ser beneficiario activo del Programa Sumar. El taller debe realizarse por un profesional idóneo en la temática a tratar.				<b>Documentación respaldatoria para facturación:</b> Reporte Taller con la siguiente información: temática, fecha de realización de la practica, nombre de disertante, nombre y DNI de participantes y firma de todos los participantes y Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.						s/tasa de uso				
			Prevención de accidentes domésticos.		TA T006	A98	\$ 50,00	R*															
			Promoción de hábitos saludables: salud bucal, educación alimentaria, pautas de higiene.		TA T011	A98	\$ 50,00	R*															
		RONDA		Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en área rural		RO X001	A98	Ver anexo \$	R*	La Ronda Sanitaria es una estrategia de identificación y posterior atención de la población de riesgo siendo una manera de extender la atención del efector hacia el interior de la comunidad. La Ronda consiste en la visita periódica del agente sanitario en terreno con el objetivo de detectar población de riesgo y realizar actividades de promoción y prevención destinadas a mejorar el estado sanitario de la población. RO X001: ronda en zona rural. RO X 002: ronda en población indígena. La práctica RO X 002, es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.				<b>Documentación respaldatorio para facturación:</b> Reporte Anexo II de Agente Sanitario. El reporte debe registrar cantidad de hogares visitados, y estar visado por Director o Encargado de Centro de Salud o Hospital. , Planilla de ronda sanitaria o de actividad, Datos: fecha de realización de la prestación, Detección de la población de riesgo individual o familia visitada o comunidad, Detección de riesgo individual o flia visitada o comunidad, firma y sello del profesional que deriva /solicitud.						1 por cuatrimestre.			
Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en población indígena				RO X002	A98	Ver anexo \$	R*	1 por cuatrimestre.															



PROGRAMA SUMAR														Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril-2015													
Grupo niños 6 a 9 años																											
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS		TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN		CÓDIGO SUMAR		Precio	Rural	Alcance					Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación					Tasa de Uso								
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	CAPTACIÓN	Búsqueda activa de niños con abandono de controles		CA W003	A98	\$ 30,00	R*	Visita al domicilio de aquellos niños en los que se constate ausencia a controles pautados. Realizado por agente sanitario y/o asistente social. ☐					Registro de la consulta en HC con referencia con turno otorgado (plazo máximo de 20 días), firma y aclaración del responsable que realiza la captación.					1 por año									
		Consulta para confirmación diagnóstico en Población Indígena con riesgo detectado en terreno.		CA W006	Ver Matriz Diagnóstica	\$ 40,00		Consulta efectuada en efector en pacientes detectados en terreno a los que se considere necesario realizar estudios complementarios para confirmar el diagnóstico. Realizado por médico pediatra, médico generalista, médico clínico. La práctica es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.					Registro de la consulta en HC con Informe de referencia al efector con diagnóstico presuntivo y turno otorgado (plazo máximo de 20 días), Fecha de nacimiento de la paciente. Fecha de realización de la prestación, síntomas o Diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde), y firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.					1 por año									
	INMUNIZACIÓN	Dosis aplicada de dTap Triple Acelular (Actualización esquema en niños mayores 7 años)		IM V008	A98	\$ 10,00	R*	Es la colocación de dTap Triple Acelular (Actualización esquema en niños mayores 7 años).					Debe ser registrada en HC o fichero de puesto de vacunación. Debe ser registrada en HC libro de enfermería, registro de vacunatorio. Deben contener los siguientes datos: fecha de nacimiento, fecha de realización de la práctica, constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia en documentacion para verificación en terreno, firma ,aclaracion y sello del profesional responsable que realiza la prestación, sello del profesional					Ver calendario de vacunación.									
		Dosis aplicada de inmunización anti hepatitis B (Actualización esquema)		IM V009	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de anti hepatitis B (Actualización esquema).																			
		Dosis aplicada de Sabin Oral (Actualización esquema)		IM V002	A98	\$ 10,00	R*	Es la colocación de Sabin Oral (Actualización esquema).																			
		Dosis aplicada de Triple Viral (Actualización Esquema)		IM V001	A98	\$ 10,00	R*	Es la colocación de Triple Viral (Actualización Esquema).																			
		Dosis aplicada de vacuna doble viral (SR) al ingreso escolar		IM V011	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de vacuna doble viral (SR) al ingreso escolar.																			
		Dosis aplicada de Vacuna Antigripal en personas con factores de riesgo.		IM V013	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de Antigripal en personas con factores de riesgo.																			
	MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	PRÁCTICA	Inactivación de caries		PR P026	D60	Ver anexo \$	Es la eliminación de la dentina desorganizada del piso y las paredes de la cavidad, la colocación de materiales biológicamente aceptables que nos aseguran la remineralización del fondo de la cavidad y la restauración de la misma.					Registro en HC. Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica o Notificación. Tratamiento instaurado, si corresponde. Plan de seguimiento. Cuadrante de la in activación. Registro examen dental completo (ODONTOGRAMA). ÍNDICE CPO/Ceo. Enseñanza de técnicas de higiene bucal. Firma, sello y aclaración del Profesional que realiza la práctica.					2 por año por beneficiario									
			Barniz fluorado de surcos		PR P025	A98	\$ 10,00	Es el barniz fluorado de surcos o sellado de surcos, según corresponda, realizado por un odontólogo.																			
Sellado de surcos			PR P024	A98	\$ 10,00																						
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	CONSULTA	Anemia leve y moderada ( inicial)		CT C001	B80	\$ 15,00	Tratamiento y diagnóstico inicial de anemia.					Registro de la consulta en HC con: Fecha de nacimiento de la paciente. Fecha de realización de la prestación. Examen físico según consenso o guías de protocolo, Anamnesis alimentaria ,Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad, Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria(si corresponde),tratamineto instaurado(si corresponde), Plan de seguimiento (si corresponde), firma ,aclaracion y sello del profesional responsable que realiza la prestación.					1 por año										
		Anemia leve y moderada (ulterior)		CT C002	B80	\$ 10,00	Tratamiento y diagnóstico ulteriores de anemia.										3 por año										



PROGRAMA SUMAR										Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril-2015									
Grupo niños 6 a 9 años																			
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR		Precio	Rural	Alcance			Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación					Tasa de Uso				
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	CONSULTA	Asma bronquial ( inicial)	CT C001	R96	\$ 15,00		Consulta de 1° vez en paciente con diagnóstico o presunción de asma bronquial. médico/a matriculado y capacitado en el marco de una consulta o especialista (neumólogo).			Registro de la consulta en HC: Fecha de nacimiento de la paciente, Fecha de realización de la prestación, Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria,Clasificación según severidad, Tratamiento instaurado, Plan de seguimiento, firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.					1 por año				
		Asma bronquial (ulterior)	CT C002	R96	\$ 10,00		Consulta de seguimiento en paciente con diagnóstico de asma bronquial. médico/a matriculado y capacitado en el marco de una consulta o especialista (neumólogo). Frecuencia mínima recomendada: 1 consulta anual.			Registro de la consulta en HC: Fecha de nacimiento de la paciente, Fecha de realización de la prestación, Informe o transcripción de estudios solicitados, Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria,Clasificación según severidad, Tratamiento instaurado, firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.					3 por año				
		Asma bronquial (urgencia)	CT C012	R96	\$ 20,00		Consulta en servicio de urgencia de paciente cursando crisis asmática. Médico/a matriculado.			Registro de la consulta en HC: Fecha de nacimiento de la paciente, Fecha de realización de la prestación, Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria,Referencia con turno otorgado o epícrisis (indicando el CUIE o Nombre del Efecto al que se refiere), Tratamiento instaurado firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación					2 por año				
NEOPLASIAS MALIGNAS	CONSULTA	Diagnóstica y de seguimiento de Leucemia (inicial)	CT C001	B73	\$ 20,00		Tratamiento y diagnóstico inicial de Leucemia.			Registro en la HC , uso de Protocolo, fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prácticao notificación, Examen físico según consenso, guías o protocolo, peso , talla, percentilo de peso/edad-talla/edad-talla/peso (según grupo), IMC, Percentilo de IMC, Informe y/o transcripción de estudios solicitados, síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria(si corresponde), Plan de seguimiento instaurado,(si corresponde) , firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.					1 por año				
		Diagnóstica y de seguimiento de Leucemia ( ulterior)	CT C002	B73	\$ 15,00		Tratamiento y diagnóstico ulteriores de Leucemia.			Registro en la HC , uso de Protocolo, fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prácticao notificación, Examen físico según consenso, guías o protocolo, Informe y/o transcripción de estudios solicitados, síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria(si corresponde), Plan de seguimiento instaurado,(si corresponde) , firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.					5 por año				
		Diagnóstica y de seguimiento de Linfoma ( inicial)	CT C001	B72	\$ 20,00		Tratamiento y diagnóstico inicial de Linfoma.			Registro en la HC , uso de Protocolo, fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prácticao notificación, Examen físico según consenso, guías o protocolo, peso , talla, percentilo de peso/edad-talla/edad-talla/peso (según grupo), IMC, Percentilo de IMC, Informe y/o transcripción de estudios solicitados, síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria(si corresponde), Plan de seguimiento instaurado,(si corresponde) , firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.					1 por año				

PROGRAMA SUMAR									
Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril-2015									
Grupo niños 6 a 9 años									
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación	Tasa de Uso
		Diagnóstica y de seguimiento de Linfoma (ulterior)	CT C002	B72	\$ 15,00		Tratamiento y diagnóstico ulteriores de Linfoma.	Registro en la HC , uso de Protocolo, fecha de nacimiento, Fecha de realizacion de la practica o notificacion, Examen fisico según  concenso, guais o protocolo, , Informe y/o transcripcion de estudios solicitados, sitomas o diagnostico con prueba confirmatoria(si corresponde), Plan de seguimineto instaurado,(si corresponde) , firma , aclaración y sello  del responsable que realiza la prestación.	5 por año
TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABOLICOS	CONSULTA	Obesidad ( inicial)	CT C001	T79;T82	\$ 20,00		Deberá ser realizado por un médico con formación en Medicina General, Pediatría, Clínica Médica o Nutrición, o por Licenciado/a en Nutrición, en el caso de la consulta inicial.	Registro en la HC , Pesquiza de distorsion de percepcion imagen corporal, deteccion  de trastornos alimenticios,fecha de nacimiento, Fecha de realizacion de la practica o notificacion, Examen fisico segun  consenso o guias de protocolo, Peso. Talla.  percentilo de peso/edad-talla/edad-talla/peso (segun grupo),  Toma de TA, IMC, Percentilo de IMC, Percentilo de circunferencia de la cintura, Percentilo de TA, circunferencia de la cintura ,Anamnesis alimentaria,  Plan de seguimineto instaurado,(si corresponde) , firma , aclaración y sello  del responsable que realiza la prestación.	1 por año
		Obesidad (ulterior)	CT C002	T79;T82	\$ 15,00		La consulta de seguimiento deberá ser realizada por médico especialista en Nutrición o equipo conformado por Médico general, clínico o pediatra y Licenciado en nutrición.	Registro en la HC , Pesquiza de distorsion de percepcion imagen corporal, deteccion  de trastornos alimenticios, fecha de nacimiento, Fecha de realizacion de la practica o notificacion,  Examen fisico según  concenso, guais o protocolo, Peso. Talla.  Percentilo de peso/edad-talla/edad-talla/peso (segun grupo),Toma de TA,  IMC, Percentilo de IMC, , Percentilo de circunferencia de la cintura, Circunferencia de la cintura, Percentilo de TA, Anamnesis alimentaria,  informe de transcripcion de estudios solicitadfos ,Tratamineto instaurado, Plan de seguimineto instaurado,(si corresponde) , firma , aclaración y sello  del responsable que realiza la prestación.	3 por año
		Sobrepeso ( inicial)	CT C001	T83	\$ 20,00		Deberá ser realizado por un médico con formación en Medicina General, Pediatría, Clínica Médica o Nutrición, o por Licenciado/a en Nutrición, en el caso de la consulta inicial.	Registro en la HC , Pesquiza de distorsion de percepcion imagen corporal, deteccion  de trastornos alimenticios, fecha de nacimiento, Fecha de realizacion de la practica o notificacion,  Examen fisico según  concenso, guias o protocolo, Peso. Talla.  percentilo de peso/edad-talla/edad-talla/peso (segun grupo), IMC, Percentilo de IMC, Toma de TA.,  Percentilo de la circunferencia de la cintura,Anamnesis alimentaria, Plan de seguimineto instaurado,(si corresponde) , firma , aclaración y sello  del responsable que realiza la prestación.	1 por año
		Sobrepeso ( ulterior)	CT C002	T83	\$ 15,00		La consulta de seguimiento deberá ser realizada por médico especialista en Nutrición o equipo conformado por Médico general, clínico o pediatra y Licenciado en nutrición.	Registro en la HC , Pesquiza de distorsion de percepcion imagen corporal, deteccion  de trastornos alimenticios, fecha de nacimiento, Fecha de realizacion de la practica o notificacion,  Examen fisico según  concenso, guias o protocolo, Peso. Talla.  Percentilo de peso/edad-talla/edad-talla/peso (segun grupo),Toma de TA,  IMC, Percentilo de IMC, , Percentilo de circunferencia de la cintura, Circunferencia de la cintura, Percentilo de TA, Anamnesis alimentaria ,Tratamineto instaurado(si corresponde), Plan de seguimineto instaurado,(si corresponde) , firma , aclaración y sello  del responsable que realiza la prestacion.	3 por año

PROGRAMA SUMAR											Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril-2015										
Grupo niños 6 a 9 años																					
NOSOLOGIA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación				Tasa de Uso									
Con referencia a nosologías contempladas en este grupo etario	PRÁCTICA	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	PR Pxxx	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Ver Matriz Diagnóstica	Datos a consignar en HC o libreo del servicio de brindo la prestacion: Fecha de nacimiento, fecha de realizacion de la prestacion o Notificacion, firma, sello y aclaracion del responsable que realizo la prestacion.				Ver Matriz Diagnóstica									
	LABORATORIO	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	LB Lxxx	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Ver Matriz Diagnóstica	Datos a consignar en HC o libro de laboratorio: Fecha de nacimiento, Fecha de realizacion de la prestacion o Notificacion, Informe o transcripcion de estudios solicitados, Firma, aclaracion y serllo del profesional que realizo la prestacion.				Ver Matriz Diagnóstica									
	IMÁGENES	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	IG Rxxx	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Datos consiganar en la HC: Fecha d enaciemineto, fecha de realizacion de la prestacion o notificacion, Ver	Registro en la HC con los siguientes datos: Fecha de nacimiento to, Fecha de realizacion de la practica o Notificacion, Informe o transcripcion de estudios solicitados, Firma, aclaracion y sello del profesional que realiza la prestacion.				Ver Matriz Diagnóstica									
NEOPLASIA MALIGNA	NOTIFICACIÓN	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (Leucemia-linfoma)	NT N002	B72 B73	\$ 5,00		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 estatificación completada, debidamente documentada en la HC del paciente por el Oncólogo tratante.	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación . Registro en la HC con los siguientes datoas: Fecha de Naciemineto, fecha de realizacion de la prestacion o Notificacion, ,Trataminto instauradoi(si corresponde), Plan de seguiminto (si corresponde), Firma , aclaracion y sello del profesional que realiza la prestacion.				1 por año									

R\*: Subconjunto de prestaciones que Efectores Rurales pueden reportar al Programa SUMAR, cuyo precio será el doble del precio establecido para identicas prestaciones del subgrupo Efectores Urbanos.

R\*\*: Subconjunto de prestaciones que Efectores Rurales pueden reportar al Programa SUMAR, siempre y cuándo cuenten con la complejidad necesaria para realizarlas, cuyo precio será identico al precio establecido para identicas prestaciones del subgrupo Efectores Urbanos.

PROGRAMA SUMAR

Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril 2015

Grupo adolescentes 10 a 19 años										
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación		Tasa de Uso
CONTROL EN SALUD	CONSULTA	Exámen Periódico de Salud del adolescente	CT C001	A97	\$ 30,00	R*	Exámen clínico general	Todas las consultas deben registrarse en forma completa en la HC con firma y sello del profesional. Incluir peso, talla, percentilos, IMC, Percentilos del IMC,REGISTRO DE ESTADIO DE TARNER,TA, Evaluaci(on de escoliosis, Evaluaci(on genitourinaria, anamnesis alimentaria,evaluaci(on de riesgo, screening ITS, constancia de aplicaci(on de inmunizaciones firma y sello del profesional.		Hasta 14 años, se acepta 2 por año. 15 a 19 años, se acepta 1 por año.
		Control de salud individual para población indígena en terreno	CT C009	A97	\$ 40,00	R*	Exámen clínico general. La práctica es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	Todas las consultas deben registrarse en forma completa en la HC con firma y sello del profesional. Se realizará en terreno, entendiendo éste como cualquier ámbito fuera del efector de salud. Incluir peso, talla, percentilos, IMC, Percentilos del IMC,REGISTRO DE ESTADIO DE TARNER,TA, Evaluaci(on de escoliosis, Evaluaci(on genitourinaria, anamnesis alimentaria,evaluaci(on de riesgo, screening ITS, constancia de aplicaci(on de inmunizaciones firma y sello del profesional.		Hasta 14 años, se acepta 2 por año. 15 a 19 años, se acepta 1 por año.
		Control ginecológico	CT C008	A97	\$ 30,00		La prestación debe ser realizada por médico. El control debe incluir: 1. Evaluación genitourinaria: Incluye inspección, tacto genital y especuloscopía. 2. exámen mamario: incluye inspección y palpación.	La HC debe incluir el consentimiento informado del adolescente, y firma del responsable que realiza la prestación. Fecha d nacimiento, fecha de la pr[actica, evaluaci(on genitourinaria examen mamario, firma y sllo del profesional.		1 por año.
		Control odontológico	CT C010	A97	\$ 15,00	R*	Debe ser realizado por odontólogo/a. El control debe incluir lo siguiente: 1. Evaluación bucodental orientada a la pesquisa de infecciones periodontales y odontograma. 2. Enseñanza de técnicas de higiene bucal.	Registro en HC. Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica o Informe. Tratamiento instaurado, si corresponde. Plan de seguimiento. In activación de policaries. Cuadrantes. Registro examen dental completo (ODONTOGRAMA). ÍNDICE CPO/Ceo. Enseñanza de técnicas de higiene bucal. Firma, sello y aclaración del Profesional que realiza la práctica.		1 por año.
		Control oftalmológico	CT C011	A97	\$ 15,00		Deberá ser realizado por un médico con formación en Medicina General, Pediatría o Clínica médica.	La HC debe incluir: fecha de nacimiento, fecha de la practica,medición de agudeza visual: utilizando las cartillas de Snellen e indicaciones según resultado, y firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.		1 por año.
ITIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	INMUNIZACIONES	Doble viral (rubéola + sarampión)	IM V011	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de Doble viral (rubéola + sarampión).	Debe ser registrada en HC o fichero de puesto de vacunación. Incluir fecha de nacimiento, fecha de realización de la prestación o notificación. Constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia.		Ver calendario de vacunación
		Dosis aplicada de Doble adultos >16 años	IM V010	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de Doble adultos >16 años.			
		Dosis aplicada de dTap triple acelular (refuerzo a los 11 años)	IM V008	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de dTap triple acelular (refuerzo a los 11 años).			
		Dosis aplicada de inmunización anti hepatitis B monovalente (a partir de 11 años no inmunizados previamente)	IM V009	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de anti hepatitis B monovalente (a partir de 11 años no inmunizados previamente).			
		Dosis aplicada de Vacuna Antigripal en personas con factores de riesgo	IM V013	A98	\$ 8,00	R*	Es la colocación de antigripal en personas con factores de riesgo.			
		Dosis aplicada de vacuna VPH (Virus Papiloma Humano) en niñas de 11 años	IM V014	A98	\$ 12,00	R*	Es la colocación de PH (Virus Papiloma Humano) en niñas de 11 años.			

sumar

es más  
salud pública

GRUPO ADOLESCENTES 10 a 19 años

PROGRAMA SUMAR

Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril 2015

Grupo adolescentes 10 a 19 años									
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación	Tasa de Uso
MEDICINA PREVEN	TALLER	Prevención de comportamientos adictivos: tabaquismo, uso de drogas, alcoholismo.	TA T010	A98	\$ 50,00	R*	El objetivo del taller es motivar a los participantes a generar una consulta médica o consejería. Pueden dictarse dentro o fuera del efector de salud (escuela, plazas, etc). Mínimo de participantes: seis (6). Máximo de participantes: diez (10) . Al menos uno de los participantes debe ser beneficiario activo del Programa Sumar. El taller debe realizarse por un profesional idóneo en la temática a tratar.	<b>Documentación respaldatoria para facturación:</b> Reporte Taller con la siguiente información: temática, fecha, nombre de disertante, nombre y DNI de participantes y firma de todos los participantes.	s/ tasa de uso
		Pautas nutricionales respetando cultura alimentaria de comunidades indígenas	TA T004	A98	\$ 50,00	R*			
		Prevención de accidentes	TA T005	A98	\$ 50,00	R*			
		Prevención de HIV e Infecciones de Transmisión Sexual	TA T007	A98	\$ 50,00	R*			
		Prevención de violencia de género	TA T008	A98	\$ 50,00	R*			
		Prevención violencia familiar	TA T009	A98	\$ 50,00	R*			
		Promoción de hábitos saludables: salud bucal, educación alimentaria, pautas de higiene, trastornos de la alimentación.	TA T011	A98	\$ 50,00	R*			
		Promoción de pautas alimentarias	TA T012	A98	\$ 50,00	R*			
		Promoción de salud sexual y reproductiva	TA T013	A98	\$ 50,00	R*			
		Salud sexual, comunitaria, género y derecho (Actividad en sala de espera)	TA T014	A98	\$ 50,00	R*			
	RONDA	Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en área rural	RO X001	A98	Ver anexo \$	R*	La Ronda Sanitaria es una estrategia de identificación y posterior atención de la población de riesgo siendo una manera de extender la atención del efector hacia el interior de la comunidad. La Ronda consiste en la visita periódica del agente sanitario en terreno con el objetivo de detectar población de riesgo y realizar actividades de promoción y prevención destinadas a mejorar el estado sanitario de la población. RO X001: ronda en zona rural. RO X 002: ronda en población indígena. La práctica RO X 002, es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	<b>Documentación respaldatoria para facturación:</b> Reporte Anexo II de Agente Sanitario. El reporte debe registrar cantidad de hogares visitados, y estar visado por Director o Encargado de Centro de Salud o Hospital.	1 por trimestre.
		Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en población indígena	RO X002	A98	Ver anexo \$	R*			1 por trimestre.
	CONSEJERÍA	Post-aborto	CO T018	A98	\$ 30,00	R*	Es la atención personalizada para brindar información para la toma de decisiones en relación a su salud sexual y reproductiva, que consulta por complicaciones de aborto, dada por cualquier integrante del equipo de salud capacitado. Debe realizarse en un ambiente de privacidad y confidencialidad, también debe incluir la entrega del método anticonceptivo elegido antes del alta hospitalaria. Puede incluir la referencia a otro profesional.	Registrar en la HC los siguientes atributos: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Referencia con turno otorgado para seguimiento según evaluación de riesgos. Entrega de anticoncepción de barrera y hormonal (si corresponde). Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	1 por año
		Salud Sexual (Terreno)	CO T016	A98	\$ 20,00	R*	Esta prestación incorpora las actividades fuera espacio físico del efector a la prestación "Consejería Integral en Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes".		1 por año
		Salud Sexual en adolescente	CO T015	A98	\$ 25,00	R*	Es la atención personalizada por cualquier integrante del equipo de salud capacitado para brindar información sobre derechos sexuales y reproductivos, salud sexual, ITS, VIH, métodos anticonceptivos, validada científicamente para promover la toma de decisiones consiente, autónoma e informada en relación a su salud sexual y reproductiva. Debe realizarse en un ambiente de privacidad y confidencialidad. Puede incluir la referencia a otro profesional, y la entrega de métodos anticonceptivos.		1 por año

PROGRAMA SUMAR

Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril 2015

Grupo adolescentes 10 a 19 años									
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación	Tasa de Uso
MEDICINA PREVENTIVA - PROMOCIÓN DE LA SALUD	CAPTACIÓN	Búsqueda activa de adolescentes para valoración integral	CA W005	A98	\$ 40,00	R*	Búsqueda de adolescentes sin controles de salud (en el último año para los adolescentes de entre 15 y 19 años, y en los seis meses previos para los menores de 15 años) y posterior referencia al efector para la consulta en Atención Integral de Salud, que fuera detectado durante visita en terreno, sea la misma en el marco de una Ronda Sanitaria o por una búsqueda individual programada.	Registrar en la HC los siguientes atributos: Fecha de realización de la prestación o notificación. Referencia con turno otorgado (plazo máximo 20 días): se denomina referencia a la derivación con orden escrita y de ser posible con un turno asignado, al efector de salud, con la especialidad e infraestructura necesaria a fin de garantizar el seguimiento de la patología que originó la consulta de urgencia. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	1 por año
		Búsqueda activa de embarazadas adolescentes por agente sanitario y/o personal de Salud	CA W004	A98	\$ 40,00	R*	Búsqueda de adolescentes embarazadas sin controles de salud por agente sanitario y/o personal de salud durante visita en terreno y posterior referencia al efector para iniciar controles obstétricos.	Registrar en la HC los siguientes atributos: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación o notificación. Evaluación de riesgo: a través de la detección de factores de riesgo y factores protectores relacionados con la salud integral del adolescente. Referencia con turno otorgado: se denomina referencia a la derivación con orden escrita y de ser posible con un turno asignado, al efector de salud, con la especialidad e infraestructura necesaria a fin de garantizar el seguimiento obstétrico. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	1 por año
		Consulta para confirmación diagnóstica en Población Indígena con riesgo detectado en terreno.	CA W006	Ver Matriz Diagnóstica	\$ 40,00		Idem "Búsqueda activa de embarazadas adolescentes por agente sanitario y/o personal de Salud". La práctica es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	Idem "Búsqueda activa de embarazadas adolescentes por agente sanitario y/o personal de Salud".	1 por año
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	CONSULTA	Anemia leve y moderada en mujeres (inicial)	CT C001	B80	\$ 10,00		La atención debe ser realizada por un/a médico/a con formación en Medicina General o Familiar, Pediatría o Clínica Médica.	Registrar en la HC de los siguientes atributos: Fecha de realización de la prestación o notificación. Fecha de nacimiento,Anamnesis alimentaria (se refiere al registro de los hábitos alimentarios del paciente). Peso. Talla. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria: Se refiere al registro de los signos y síntomas clínicos sugestivos de enfermedad y los estudios diagnósticos confirmatorios, si correspondieran. Informe o transcripción de estudios solicitados: se refiere al registro en la HC del resultado del o los estudios de diagnóstico complementario que se hubieran solicitado. Síntomas o Diagnóstico con prueba confirmatoria ,tratamiento instaurado si corresponde: Registro de las indicaciones terapéuticas realizadas. Plan de seguimiento: deberá incluir el planteo diagnóstico así como las estrategias terapéuticas planteadas a partir del mismo. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	1 por año
		Anemia leve y moderada en mujeres (ulterior)	CT C002	B80	\$ 10,00				3 por año
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	CONSULTA	Asma bronquial ( urgencia)	CT C012	R96	\$ 15,00		Deberá ser realizado por un/a médico/a con formación en Medicina General, Pediatría, Clínica Médica o Neumonología.	Registrar en libro de guardia los siguientes atributos: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación o notificación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria. Se refiere al registro de los signos y síntomas clínicos sugestivos de enfermedad y los estudios diagnósticos confirmatorios, si correspondieran. Clasificación según severidad, Tratamiento instaurado: Registro de las indicaciones terapéuticas realizadas. plan de seguimiento,Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	1 por año
		Asma bronquial ( inicial)	CT C001	R96	\$ 15,00		Deberá ser realizado por un/a médico/a con formación en Medicina General, Pediatría, Clínica Médica o Neumonología.	Registrar en la HC los siguientes atributos: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación o notificación. Informe o transcripción de estudios solicitados: se refiere al registro en la HC del resultado del o los estudios de diagnóstico complementario que se hubieran solicitado,(deseable en consulta inicial) Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria. Se refiere al registro de los signos y síntomas clínicos sugestivos de enfermedad y los estudios diagnósticos confirmatorios, si correspondieran. Tratamiento instaurado: Registro de las indicaciones terapéuticas realizadas Plan de seguimiento: deberá incluir el planteo diagnóstico así como las estrategias terapéuticas planteadas a partir del mismo. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	1 por año
		Asma bronquial (ulterior)	CT C002	R96	\$ 10,00				3 por año

PROGRAMA SUMAR

Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril 2015

Grupo adolescentes 10 a 19 años									
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación	Tasa de Uso
LESIONES INTENCIONALES	CONSULTA	Consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (urgencia/ consultorios externos)	CT C012	P20 P23 P24	\$ 30,00		La prestación de urgencia deberá realizarse por un/a profesional médico/a, es deseable la interconsulta con profesional de salud mental.	Registrar los siguientes atributos: Protocolo: Se deberá registrar el Protocolo Nacional de atención en urgencia por consumo episódico excesivo de alcohol o Protocolo Provincial u otro adoptado por la provincia. El mismo deberá ser anexado a la HC del paciente y en caso de atención en servicio de guardia se deberá designar un lugar para su archivo. Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Toma TAS. Evaluación de Riesgo: Consignar los factores de riesgo y protectores relacionados al consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes. Síntomas y Diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde o presuntivo): Motivo de consulta. Signos y síntomas que refiere y/o que se observan, diagnóstico presuntivo, comorbilidad. Laboratorio con dosaje de sustancias en caso de sospecha de intoxicación). Consignar Diagnóstico arribado. Tratamiento instaurado: registrar el tratamiento realizado. Plan de seguimiento: Deberá incluir el diagnóstico presuntivo así como las estrategias terapéuticas propuestas a partir del mismo. Referencia con turno otorgado: Se denomina referencia a la derivación con orden escrita y con un turno asignado, al efector de salud, con la especialidad e infraestructura necesaria a fin de garantizar el seguimiento por profesionales de la salud mental y de ser necesario profesional médico de acuerdo al estado clínico del paciente. Consejería integral de salud en temas: consumo alcohol y/ o sustancias psicoactivas. Consignar si fue realizada o no. Firma y aclaración del responsable que realiza prestación.	2 por año
		Intento de suicidio (urgencia)	CT C012	P98	\$ 30,00		Atención integral y confidencial efectuada por un profesional integrante equipo de salud a víctima de violencia sexual hasta seis meses de haberse producido el episodio. Puede ser realizada en servicios de emergencia o en otras instancias de atención dependiendo de la vía de ingreso al sistema de salud de la persona. Debe realizarse en un ambiente que garantice la privacidad, y que las acciones de atención cuenten con el consentimiento de la paciente, asegurando la confidencialidad del relato. En ningún caso la denuncia puede solicitarse como requisito para la atención.	Debe incluir de manera obligatoria el registro de los siguientes atributos: Protocolo: Se deberá registrar el Protocolo Nacional de atención en urgencia por intento de suicidio o Protocolo Provincial u otro adoptado por la provincia. El mismo deberá ser anexado a la HC del paciente y en caso de atención en servicio de guardia se deberá designar un lugar para su archivo. Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Evaluación de riesgo: Consignar los factores de riesgo y protectores relacionados al intento de suicidio adolescente según Protocolo utilizado. Síntomas o Diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde): Motivo de consulta. Signos y síntomas que refiere y/o que se observan. diagnóstico presuntivo. Tratamiento instaurado: registrar el tratamiento realizado. Plan de seguimiento: Deberá incluir el diagnóstico presuntivo así como las estrategias terapéuticas propuestas a partir del mismo. Referencia con turno otorgado (aclarar el plazo): Se denomina referencia a la derivación con orden escrita y con un turno asignado al efector de salud, con la especialidad e infraestructura necesaria a fin de garantizar el seguimiento por profesionales de la salud mental y de ser necesario profesional médico de acuerdo al estado clínico del paciente.	2 por año
LESIONES INTENCIONALES	CONSULTA	Víctima de Violencia Sexual (urgencia)	CT C012	Z31	\$ 30,00			Registro en HC de la atención . Denuncia obligatoria en menores de edad. Uso de protocolo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Evaluación Genitourinaria. Profilaxis de HIV e ITS: Entrega de tratamiento antiretroviral y de medicación del esquema profiláctico de otras ITS, según protocolo. Screening ITS: Exámenes de laboratorio: screening ITS, VIH, hepatitis B y C; hemograma, hepatograma y función renal. Tratamiento instaurado. Referencia con turno otorgado / epicrisis. Entrega de anticoncepción hormonal de emergencia. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	2 por año



PROGRAMA SUMAR

Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril 2015

Grupo adolescentes 10 a 19 años									
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación	Tasa de Uso
NEOPLASIAS MALIGNAS	CONSULTA	Diagnóstica y de seguimiento de Leucemia (inicial)	CT C001	B73	\$ 20,00		Deberá ser realizada por un/a médico/a con formación en Medicina General de Familia, Pediatría o Clínica Médica.	Registrar en la HC los siguientes atributos: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación o notificación. examen físico según Consenso o Guías o Protocolo. Peso. Talla. Índice de masa corporal. Percentilos antropométricos. Talla/edad. Informe o transcripción de estudios solicitados: se refiere al registro en la HC del resultado del o los estudios de diagnóstico complementario que se hubieran solicitado. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria si corresponde. Se refiere al registro de los signos y síntomas clínicos sugestivos de enfermedad y los estudios diagnósticos confirmatorios, si correspondieran. Plan de seguimiento: Se refiere al registro en la HC de las intervenciones que el profesional considere necesarias para le seguimiento (estudios complementarios, controles clínicos, interconsultas, etc.). Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	1 por año
		Diagnóstica y de seguimiento de Leucemia (ulterior)	CT C002	B73	\$ 15,00				5 por año
		Diagnóstica y de seguimiento de Linfoma (inicial)	CT C001	B72	\$ 20,00		Deberá ser realizada por un/a médico/a con formación en Medicina General, Pediatría,Clínica Médica.	Registrar en la HC los siguientes atributos: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación o notificación. examen físico según Consenso o Guías o Protocolo. Peso. Talla. IDC. Talla/edad. Informe o transcripción de estudios solicitados: se refiere al registro en la HC del resultado del o los estudios de diagnóstico complementario que se hubieran solicitado. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria si corresponde. Se refiere al registro de los signos y síntomas clínicos sugestivos de enfermedad y los estudios diagnósticos confirmatorios, si correspondieran. Plan de seguimiento: Se refiere al registro en la HC de las intervenciones que el profesional considere necesarias para le seguimiento (estudios complementarios, controles clínicos, interconsultas, etc.). Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	1 por año
		Diagnóstica y de seguimiento de Linfoma (ulterior)	CT C002	B72	\$ 15,00				5 por año
PESQUISA	CONSULTA	Diagnóstico temprano y confidencial de embarazo en adolescente	CT C003	W78	\$ 20,00		Diagnóstico de un embarazo antes de las 12 semanas de gestación realizada por integrantes del equipo de salud capacitados/as médicos/as generalista, clínico, de familia, ginecólogo, toco ginecólogo, obstetra, pediatra obstétrica; enfermero y agentes sanitarios	Registrar en la HC de los siguientes atributos: Registro del evento, que incluya la fecha de última menstruación. Fecha de nacimiento de la consultante. Fecha de realización de la prestación. Referencia con turno otorgado / epicrisis. Realización de test rápido de embarazo en consulta e informe por profesional. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	1 por año
SALUD MENTAL	CONSULTA	Seguimiento por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (inicial)	CT C001	P20 P23 P24	\$ 20,00		El seguimiento contará con un mínimo de 2 entrevistas y un máximo de 5. Cada entrevista deberá tener una duración de 40 minutos aproximadamente. El total de consultas deberá realizarse en un lapso no mayor a tres meses.	Registrar en HC: Evaluación de riesgo (Evaluación diagnóstica integral): Consignar un diagnóstico clínico básico suficiente: patrón de consumo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas y estado de salud física y mental. Síntoma y Diagnóstico presuntivo o con prueba confirmatoria (si corresponde): consignar diagnóstico presuntivo. Tratamiento instaurado: registrar el tratamiento realizado. Plan de seguimiento: Deberá incluir el diagnóstico presuntivo así como las estrategias terapéuticas propuestas a partir del mismo. Firma responsable y aclaración del responsable que realiza prestación.	1 por año
		Seguimiento por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (ulterior)	CT C002	P20 P23 P24	\$ 20,00				3 por año
	CONSULTA	Seguimiento por intento de suicidio	CT C001	P98	\$ 20,00		El seguimiento constará de una entrevista semanal con un/a profesional de Salud Mental con el/la paciente (incluye núcleo familiar/entorno cercano). Al menos un control médico y una evaluación psico-social al inicio y al finalizar los seis primeros meses. Concluyendo con la impresión diagnóstica y la decisión o no del alta del/la paciente.	Registrar en HC: Evaluación de riesgo (Evaluación diagnóstica integral): Consignar un diagnóstico clínico básico suficiente: patrón de consumo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas y estado de salud física y mental. Síntoma y Diagnóstico presuntivo o con prueba confirmatoria (si corresponde): consignar diagnóstico presuntivo. Tratamiento instaurado: registrar el tratamiento realizado. Plan de seguimiento: Deberá incluir el diagnóstico presuntivo así como las estrategias terapéuticas propuestas a partir del mismo. Consejería integral de salud en temas: consumo alcohol y/ o sustancias psicoactivas. Firma responsable y aclaración del responsable que realiza prestación.	3 por año

PROGRAMA SUMAR

Manual Plan de Servicios de Salud - versión Abril 2015

Grupo adolescentes 10 a 19 años									
NOSOLOGÍA / ACCIONES PREVENTIVAS	TIPO DE PRESTACIÓN	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR		Precio	Rural	Alcance	Datos Mínimos Obligatorios / Documentación respaldatoria para la facturación	Tasa de Uso
TRASTORNOS ENDOCRINOS Y METABÓLICOS	CONSULTA	Obesidad (inicial)	CT C001	T79 T82	\$ 15,00		Deberá ser realizado por un médico con formación en Medicina General, Pediatría, Clínica Médica o Nutrición, o por Licenciado/a en Nutrición, en el caso de la consulta inicial.	Registro en HC: Firma de notificación de Derecho de confidencialidad y/o consentimiento, Historia dietética nutricional (anamnesis); se refiere al registro de la historia de los hábitos alimentarios del paciente.detección de trastornos de alimentación, pesquisa de distorsión de percepción de imagen corporal	1 por año
		Obesidad (ulterior)	CT C002	T79 T82	\$ 10,00		La consulta de seguimiento deberá ser realizada por médico especialista en Nutrición o equipo conformado por Médico general, clínico o pediatra y Licenciado en nutrición.	Peso. Talla. Percentilos antropométricos.IMC, percentilo del IMC, Circunferencia de la cintura y percentilado. Toma de tensión arterial y percentilo de TA. tratamiento,Plan de seguimiento: deberá incluir el planteo diagnóstico así como las estrategias terapéuticas planteadas a partir del mismo. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	3 por año
		Sobrepeso (inicial)	CT C001	T83	\$ 15,00		Deberá ser realizado por un médico con formación en Medicina General, Pediatría, Clínica Médica o Nutrición, o por Licenciado/a en Nutrición, en el caso de la consulta inicial.	Registro en HC: Firma de notificación de Derecho de confidencialidad y/o consentimiento, Historia dietética nutricional (anamnesis); se refiere al registro de la historia de los hábitos alimentarios del paciente.detección de trastornos de alimentación, pesquisa de distorsión de percepción de imagen corporal. Peso. Talla. Percentilos antropométricos.IMC, Circunferencia de la cintura y percentilado. Toma de tensión arterial y percentilo de TA. tratamiento,Plan de seguimiento: deberá incluir el planteo diagnóstico así como las estrategias terapéuticas planteadas a partir del mismo. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación..	1 por año
		Sobrepeso (ulterior)	CT C002	T83	\$ 10,00		La consulta de seguimiento deberá ser realizada por médico especialista en Nutrición o equipo conformado por Médico general, clínico o pediatra y Licenciado en nutrición.		3 por año
Con referencia a nosologías contempladas en este grupo etario	PRÁCTICA	Colocación de DIU	PR P003	W12	Ver anexo \$		Incluye colocación de espejo vaginal, la antisepsia del cuellouterino y vagina con solución antiséptica; histerometría, preparación e inserción del DIU.	Registro en HC: Firma de notificación de Derecho de confidencialidad y/o consentimiento: Fecha de nacimiento: consignarla en día, mes y año. Fecha de realización de la prestación o notificación: consignarla en día, mes y año. Evaluación genitourinaria. Firma de consentimiento informado y Colocación de DIU. Plan de seguimiento. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	1 por año
		Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	PR Pxxx	Ver Matriz Diagnóstica	Ver anexo \$		Ver Matriz Diagnóstico.	Registro completo en HC.	s/ matriz Diagnóstica
	LABORATORIO	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	LB Lxxx		Ver anexo \$		Ver Matriz Diagnóstico.	Registro completo en HC.	s/ matriz Diagnóstica
	IMÁGENES	Ver en Matriz de codificación, II - OBJETO DE LA PRESTACION	IG Rxxx		Ver anexo \$		Ver Matriz Diagnóstico.	Registro completo en HC.	s/ matriz Diagnóstica
NEOPLASIA MALIGNA	NOTIFICACIÓN	Notificación de inicio de tratamiento en tiempo oportuno (Leucemia-linfoma)	NT N002	B72 B73	\$ 5,00		La notificación de inicio de tratamiento debe realizarse en el momento de comienzo de la terapia apenas se tenga el diagnóstico de Linfoma o Leucemia, confirmado y la estatificación completada, debidamente documentada en la HC del paciente por el Oncólogo tratante.	Registro en la HC con tratamiento instaurado si corresponde, plan de seguimiento y firma de profesional que realiza la prestación.	1 por año

R\*: Subconjunto de prestaciones que Efectores Rurales pueden reportar al Programa SUMAR, cuyo precio será el doble del precio establecido para idénticas prestaciones del subgrupo Efectores Urbanos.

R\*\*: Subconjunto de prestaciones que Efectores Rurales pueden reportar al Programa SUMAR, siempre y cuándo cuenten con la complejidad necesaria para realizarlas, cuyo precio será idéntico al precio establecido para idénticas prestaciones del subgrupo Efectores Urbanos.

PRESTACIONES	Anexo- Objeto de la prestación	CÓDIGO SUMAR	Precio	Rural
CT CONSULTA	Consulta trabajador social	C015	\$ 15,00	
PR PRACTICA	Cateterización	P001	\$ 10,00	
	Colocación de DIU	P003	\$ 80,00	R**
	Electrocardiograma	P004	\$ 10,00	R**
	Ergometría	P005	\$ 50,00	
	Espirometría	P006	\$ 30,00	
	Escisión/remoción/toma para biopsia/punción lumbar	P007	\$ 100,00	
	Extracción de sangre	P008	\$ 1,00	R**
	Incisión/drenaje/lavado	P009	\$ 20,00	R**
	Inyección/infiltración local/venopuntura	P010	\$ 3,00	R**
	Medicina física/rehabilitación	P011	\$ 10,00	
	Pruebas de sensibilización	P014	\$ 10,00	
	Registro de Trazados eléctricos cerebrales	P016	\$ 20,00	
	Oftalmoscopia binocular indirecta (OBI)	P017	\$ 15,00	
	Audiometría tonal	P019	\$ 15,00	
	Logoaudiometría	P020	\$ 15,00	
	Inactivación de caries	P026	\$ 10,00	
	Fondo de Ojo	P028	\$ 10,00	
	Punción de Médula Ósea	P029	\$ 100,00	
	Proteinuria rápida con tira reactiva	P030	\$ 2,50	R**
	Monitoreo fetal anteparto	P031	\$ 15,00	
	Tartrectomía y cepillado mecánico	P033	\$ 15,00	
IG IMAGENOLOGIA	Densitometría osea	R002	\$ 50,00	
	Ecocardiograma con Fracción de eyección	R003	\$ 50,00	
	Eco-Doppler Color	R004	\$ 20,00	
	Ecografía bilateral de caderas (menores de 2 meses)	R005	\$ 10,00	
	Ecografía cerebral	R006	\$ 20,00	
	Ecografía de cuello	R007	\$ 10,00	
	Ecografía ginecológica	R008	\$ 25,00	
	Ecografía mamaria	R009	\$ 25,00	
	Ecografía tiroidea	R010	\$ 20,00	
	Fibrocolonoscopia	R011	\$ 100,00	
	Fibrogastroscofia	R012	\$ 100,00	
	Fibrextosigmoideoscopia	R013	\$ 100,00	
	Rx codo, antebrazo, muñeca, mano, dedos, rodilla, pierna, tobillo, pie (total o focalizada) (fte. y perf.)	R017	\$ 10,00	R**
	Rx colon por enema, evacuado e insuflado (con o sin doble contraste)	R018	\$ 25,00	
	Rx columna cervical (total o focalizada) (fte. y perf.)	R019	\$ 10,00	R**
	Rx columna dorsal (total o focalizada) (fte. y perf.)	R020	\$ 10,00	R**
	Rx columna lumbar (total o focalizada) (fte. y perf.)	R021	\$ 10,00	R**
	Rx craneo (fte. Y perfil). Rx senos paranasales	R022	\$ 10,00	R**
	Rx estudio seriado tránsito esofagogastroduodenal contrastado	R023	\$ 25,00	
	Rx estudio transito de intestino delgado y cecoapendicular	R024	\$ 25,00	
	Rx hombro, humero, pelvis, cadera y femur (total o focalizada) (fte. y perf.)	R025	\$ 10,00	R**
	Rx o TeleRx tórax (total o focalizada) (fte. y perf.)	R026	\$ 10,00	R**
	Rx sacrococcigea (total o focalizada) (fte. y perf.)	R028	\$ 10,00	R**
	Rx simple de abdomen (fte. y perf.)	R029	\$ 10,00	R**
	Tomografía Axial Computada (TAC) (cerebro-espinal)	R030	\$ 150,00	
	Ecografía obstétrica	R031	\$ 25,00	R**
	Ecografía abdominal	R032	\$ 20,00	
	Eco doppler fetal	R037	\$ 20,00	
	Ecografía renal	R038	\$ 25,00	
	Ecocardiograma fetal	R039	\$ 50,00	
AP ANATOMIA PATOLÓGICA	Medulograma (recuento diferencial con tinción de MGG)	A003	\$ 150,00	
RO RONDAS	Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en área rural	X001	\$ 150,00	R**
	Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en población indígena	X002	\$ 150,00	R**

TL TRASLADO	Unidad móvil de alta complejidad adultos	M020	\$ 150,00	R**
	Unidad móvil de alta complejidad pediátrica/neonatal	M030	\$ 350,00	R**
	Unidad móvil de baja o mediana complejidad (hasta 50 km)	M081	\$ 150,00	R**
	Unidad móvil de baja o mediana complejidad (más de 50 km)	M082	\$1 x Km	R**
AU AUDITORIA DE MUERTE	Materna	H001	\$ 250,00	
	Infantil	H002	\$ 250,00	
DS DIAGNOSTICO SOCIOEPIDEMIOLOGICO	Diagnóstico socio-epidemiológico de población en riesgo por efector, (Informe final de ronda entregado y aprobado)	Y001	\$ 30,00	R**
LB LABORATORIO	17 Hidroxiprogesterona	L001	\$ 2,50	
	Acido Urico	L002	\$ 2,50	
	Acidos biliares	L003	\$ 2,50	
	Amilasa Pancreática	L004	\$ 6,25	
	Antibiograma micobacterias	L005	\$ 18,75	R**
	Anticuerpos antitreponemicos	L006	\$ 6,25	R**
	Apolipoproteina B	L008	\$ 6,25	R**
	ASTO	L009	\$ 6,25	R**
	Baciloscopía	L010	\$ 2,50	R**
	Bacteriología Directa y cultivo	L011	\$ 10,00	R**
	Bilirrubinas totales y fraccionadas	L012	\$ 2,50	R**
	Biotinidasa neonatal	L013	\$ 2,50	
	Calcemia	L014	\$ 2,50	R**
	Calciuria	L015	\$ 2,50	R**
	Campo Oscuro	L016	\$ 2,50	
	Citología	L017	\$ 2,50	R**
	Colesterol	L018	\$ 2,50	R**
	Coprocultivo	L019	\$ 18,75	R**
	CPK	L020	\$ 6,25	R**
	Creatinina en orina	L021	\$ 2,50	R**
	Creatinina serica	L022	\$ 2,50	R**
	Cuantificación fibrinogeno	L023	\$ 6,25	
	Cultivo Streptococo B hemolitico	L024	\$ 6,25	R**
	Cultivo vaginal Exudado flujo	L025	\$ 2,50	R**
	Cultivo y Antibiograma General	L026	\$ 6,25	R**
	Electroforesis de proteínas	L027	\$ 2,50	R**
	Eritrosedimentación	L028	\$ 2,50	R**
	Espuito seriado	L029	\$ 18,75	R**
	Estado Acido Base	L030	\$ 2,50	
	Estudio Citoquímico de Médula Ósea: PAS- Peroxidasa- Esterasas	L031	\$ 150,00	
	Estudio Citogenético de Médula Ósea (técnica de bandeo G)	L032	\$ 150,00	
	Estudio de Genética Molecular de Médula Ósea (BCR/ABL, MLL/AF4 y TEL/AML1 por técnicas de RT-PCR o FISH)	L033	\$ 150,00	
	Factor de coagulación 5, 7, 8, 9 y 10	L034	\$ 2,50	
	Fenilalanina	L035	\$ 2,50	
	Fenilcetonuria	L036	\$ 2,50	
	Ferremia	L037	\$ 2,50	R**
	Ferritina	L038	\$ 10,00	R**
	Fosfatasa alcalina y ácida	L040	\$ 2,50	R**
	Fosfatemia	L041	\$ 2,50	R**
	FSH	L042	\$ 18,75	
	Galactosemia	L043	\$ 2,50	
	Gamma- GT (gamma glutamil transpeptidasa)	L044	\$ 2,50	R**
	Glucemia	L045	\$ 2,50	R**
	Glucosuria	L046	\$ 2,50	R**
	Gonadotrofina coriónica humana en sangre	L047	\$ 2,50	R**
	Gonadotrofina coriónica humana en orina	L048	\$ 2,50	R**
	Grasas en material fecal cualitativa	L049	\$ 2,50	R**
	Grupo y factor	L050	\$ 2,50	R**
	Hbs Ag	L051	\$ 6,25	
	HDL y LDL	L052	\$ 2,50	R**
	Hematocrito	L053	\$ 2,50	R**
	Hemocultivo Aerobio Anaerobio	L054	\$ 6,25	R**
	Hemoglobina	L055	\$ 2,50	R**
	Hemoglobina glicosilada	L056	\$ 10,00	
	Hemograma completo	L057	\$ 2,50	R**

LB LABORATORIO	Hepatitis B anti HBS Anticore total	L058	\$ 10,00	
	Hepatograma	L059	\$ 18,75	R**
	Hidatidosis por hemoaglutinación	L060	\$ 2,50	R**
	Hidatidosis por IFI	L061	\$ 18,75	
	Hisopado de fauces	L062	\$ 18,75	R**
	Homocistina	L063	\$ 6,25	
	IFI Infecciones respiratorias	L064	\$ 18,75	
	IFI y Hemoaglutinación Directa para Chagas	L065	\$ 6,25	
	Insulinemia basal	L066	\$ 6,25	
	Inmunofenotipo de Médula Ósea por citometría de flujo	L067	\$ 150,00	
	Ionograma Plamático y Orina	L068	\$ 6,25	
	KPTT	L069	\$ 6,25	R**
	LDH	L070	\$ 2,50	R**
	Leucocitos en material fecal	L071	\$ 2,50	R**
	LH	L072	\$ 18,75	
	Lipidograma Electroforético	L073	\$ 6,25	R**
	Líquido cefaloraquídeo citoquímico y bacteriológico	L074	\$ 6,25	R**
	Líquido cefaloraquídeo - Recuento celular (cámara), Citología (MGG ,cytospin ) e histoquímica	L075	\$ 10,00	R**
	Micológico	L076	\$ 10,00	R**
	Microalbuminuria	L077	\$ 6,25	
	Monotest	L078	\$ 10,00	R**
	Orina Completa	L079	\$ 2,50	R**
	Parasitemia para Chagas	L080	\$ 10,00	R**
	Parasitologico de Materia Fecal	L081	\$ 2,50	R**
	PH en materia fecal	L082	\$ 2,50	R**
	Porcentaje de saturación de hierro funcional	L083	\$ 2,50	
	PPD	L084	\$ 2,50	R**
	Productos de degradación del fibrinogeno (PDF)	L085	\$ 10,00	
	Progesterona	L086	\$ 18,75	
	Prolactina	L087	\$ 18,75	
	Proteína C Reactiva	L088	\$ 2,50	
	Proteínas totales y fraccionadas	L089	\$ 2,50	R**
	Proteinuria	L090	\$ 2,50	R**
	Protoporfirina libre eritrocitaria	L091	\$ 6,25	
	Prueba de Coombs Directa	L092	\$ 2,50	R**
	Prueba de Coombs indirecta cuantitativa	L093	\$ 6,25	R**
	Prueba de tolerancia a la glucosa	L094	\$ 10,00	R**
	Reacción de Hudleson	L095	\$ 2,50	R**
	Reacción de Widal	L096	\$ 2,50	R**
	Receptores libres de transferrina	L097	\$ 6,25	
	Sangre oculta en heces	L098	\$ 2,50	R**
	Serología para Chagas (Elisa)	L099	\$ 6,25	R**
	Serología para Hepatitis A Ig M	L100	\$ 18,75	
	Serología para Hepatitis A total	L101	\$ 18,75	
	Serología para Rubeola Ig M	L102	\$ 18,75	
	Sideremia	L103	\$ 6,25	
	T3	L104	\$ 18,75	
	T4 libre	L105	\$ 18,75	
	Test de Graham	L106	\$ 2,50	R**
	Test de latex	L107	\$ 6,25	R**
	TIBC	L108	\$ 6,25	
	Tiempo de lisis de euglobulina	L109	\$ 6,25	
	Toxoplasmosis por IFI	L110	\$ 18,75	
	Toxoplasmosis por MEIA	L111	\$ 6,25	
	Transaminasas TGO/TGP	L112	\$ 2,50	R**
	Transferrinas	L113	\$ 18,75	R**
	Triglicéridos	L114	\$ 2,50	R**
	Tripsina catiónica inmunorreactiva	L115	\$ 2,50	
	TSH	L116	\$ 18,75	
	Urea	L117	\$ 2,50	R**
	Urocultivo	L118	\$ 10,00	R**
	VDRL	L119	\$ 6,25	R**
	Vibrio Cholerae Cultivo e Identificación	L120	\$ 18,75	
	VIH Elisa	L121	\$ 18,75	R**
	VIH WESTERN BLOT	L122	\$ 18,75	

Serología para Hepatitis C	L123	\$ 18,75	
Magnesemia	L124	\$ 2,50	R**
Serología LCR	L125	\$ 18,75	R**
Recuento plaquetas	L126	\$ 2,50	R**
Antígeno P24	L127	\$ 6,25	
Hemoaglutinación indirecta Chagas	L128	\$ 6,25	R**
IgE sérica	L129	\$ 6,25	R**
Tiempo de coagulación y sangría	L130	\$ 2,50	R**
Tiempo de protrombina	L131	\$ 2,50	R**
Tiempo de trombina	L132	\$ 2,50	R**
Frotis de sangre periférica	L133	\$ 2,50	R**
Recuento reticulocitario	L134	\$ 2,50	R**
Fructosamina	L135	\$ 2,50	

**R\*:** Subconjunto de prestaciones que Efectores Rurales pueden reportar al Programa SUMAR, cuyo precio será el doble del precio establecido para idénticas prestaciones del subgrupo Efectores Urbanos.

**R\*\*:** Subconjunto de prestaciones que Efectores Rurales pueden reportar al Programa SUMAR, siempre y cuándo cuenten con la complejidad necesaria para realizarlas, cuyo precio será idéntico al precio establecido para idénticas prestaciones del subgrupo Efectores Urbanos.