

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

Solo prestaciones con Datos Sanitarios Obligatorios

CUIE Efector: _____

Nombre del Efector: _____

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones	Tipo de prestaciones		CODIGO NACER ANTERIOR		CÓDIGO SUMAR			Descripción Diagnóstico
					Tipo	Objeto	Diagnóstico	
GRUPO Embarazo (Controles)	Control prenatal de 1ra.vez	MEM01	REM76	CT	C005	W78	Embarazo	
	Uterio de control prenatal	MEM02	REM77	CT	C006	W78	Embarazo	
	Control prenatal de embarazo de alto	MER08	-----	CT	C007	W84	Embarazo Alto Riesgo	

Fecha de Prestación	Apellido y Nombre Beneficiario	Documento		Fecha de Nacimiento	H.C. / Nº Registro	Código Prestación SUMAR			Peso (KG)	Edad Gestacional (Seman)	Tensión Arterial (Max/Min)	Talla (mts)	FUM (Fecha Última Mestruación)	FPP (Fecha Probable de Parto)
		Tipo	Número			Tipo	Objeto	Diagnóstico						

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

Solo prestaciones con Datos Sanitarios Obligatorios

CUIE Efector: _____

Nombre del Efector: _____

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones	Tipo de prestaciones		CODIGO NACER ANTERIOR	CÓDIGO SUMAR			Descripción Diagnóstico
				Tipo	Objeto	Diagnóstico	
GRUPO Embarazo (Parto - Puerperio)	Atención de parto y recién nacido	MPA 17	-----	IT	Q001	W90	Parto normal / recién nacido vivo
	Atención de parto y recién nacido	MPA 17	-----	IT	Q001	W91	Parto normal / recién nacido muerto
	Cesárea y atención del recién nacido	MPA 18	-----	IT	Q002	W88	Cesárea / recién nacido vivo
	Cesárea y atención del recién nacido	MPA 18	-----	IT	Q002	W89	Cesárea / recién nacido muerto
	Puerperio inmediato (hasta 15 días)	MPU 19	RPU 83	CT	C001	W86	Puerperio

Fecha de Prestación	Apellido y Nombre Beneficiario	Documento		Fecha de Nacimiento	H.C. / Nº Registro	Código Prestación SUMAR			Peso Recién Nacido (Gramos)	Fecha de Parto
		Tipo	Número			Tipo	Objeto	Diagnóstico	Sólo Parto/Cesárea	Sólo Puerperio

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

Solo prestaciones con Datos Sanitarios Obligatorios

CUIE Efector: _____

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones	Tipo de prestaciones	CODIGO NACER ANTERIOR		CÓDIGO SUMAR			Descripción Diagnóstico
				Tipo	Objeto	Diagnóstico	
GRUPO Embarazo (Anemia)	Atención y tratam. Ambulat. de anemia leve del emb. (inicial)	MEM 06	REM 80	CT	C005	B80	Anemia Ferropénica
	Atención y tratam. Ambulat. de anemia grave del emb. (no incl. hemoderivados)	MER 13	-----	CT	C007	B80	Anemia Ferropénica

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

EXCLUSIVO USO INTERNO DEL EFECTOR

Estas planillas no se recibirán en la UGSP.

Solo prestaciones con Datos Sanitarios Obligatorios

CUIE Efector: _____

Nombre del Efector: _____

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones

GRUPO Niños/as de 0 a 6 años (Pediatria)

Tipo de prestaciones	CODIGO NACER ANTERIOR		CÓDIGO SUMAR			Descripción Diagnóstico
			Tipo	Objeto	Diagnóstico	
Pediátrica en menores de 1 año	NPE 32	RPE 86	CT	C001	A97	Sin Enfermedad
Pediátrica de 1 a 6 años	NPE 33	RPE 87	CT	C001	A97	Sin Enfermedad

Fecha de Prestación	Apellido y Nombre Beneficiario	Documento			Fecha de Nacimiento	H.C. / N° Registro	Código Prestación SUMAR			Peso (KG)	Talla (mts)	Perímetro Cefálico (cm)
		Clase	Tipo	Número			Tipo	Objeto	Diagnóstico			

EXCLUSIVO USO INTERNO DEL EFECTOR

Estas planillas no se recibirán en la UGSP.

Solo prestaciones con Datos Sanitarios Obligatorios

CUIE Efector:

Nombre del Efector:

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones	Tipo de prestaciones		CODIGO NACER ANTERIOR		CÓDIGO SUMAR			Descripción Diagnóstico
					Tipo	Objeto	Diagnóstic	
GRUPO Niños de 0 a 6 años (Hipoacusia)	Consulta niños c/ especial. (hipoacusia en lactante "No pasa" con Otoem. acústicas)	NPE 118	-----	CT	C001	A97	Sin Enfermedad	
				CT	C001	H86	Hipoacusia / Sordera	
	Rescreening de hipoac. en lact. "No pasa" con BERA	NPE 119	-----	PR	P022	A97	Sin Enfermedad	
				PR	P022	H86	Hipoacusia / Sordera	
	Rescreening de hipoacusia en lactante "No pasa" con Otoem. acústicas	NPE 117	-----	PR	P021	A97	Sin Enfermedad	
				PR	P021	H86	Hipoacusia / Sordera	

Fecha de Prestación	Apellido y Nombre Beneficiario	Documento			Fecha de Nacimiento	H.C. / Nº Registro	Código Prestación SUMAR			Grado de Hiposcusiaa (Leve/Moderada /Severa)	Resultados del Estudio en Oído Derecho	Resultados del Estudio en Oído Izquierdo
		Clase	Tipo	Número			Tipo	Objeto	Diagnóstico		(Transcripción del resultado que figura en la H.C. colocado por el profesional)	

EXCLUSIVO USO INTERNO DEL EFECTOR

Estas planillas no se recibirán en la UGSP.

Solo prestaciones con Datos Sanitarios Obligatorios

CUIE Efector:

Nombre del Efector:

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones	Tipo de prestaciones	CODIGO NACER ANTERIOR	CÓDIGO SUMAR			Descripción Diagnóstico
			Tipo	Objeto	Diagnósti	
GRUPO Niños/as de 6 a 9 años	Control en Niños de 6 a 9 años	----	CT	C001	A97	Sin Enfermedad
	Examen Periódico de Salud del	----	CT	C001	A97	Sin Enfermedad
Grupo Niños/as de 10 a 19 años	Control de salud individual para población	----	CT	C009	A97	Sin Enfermedad
	Obesidad (inicial)	----	CT	C001	T79	Sobrepeso con factores de riesgo
		----	CT	C001	T82	Obesidad
	Obesidad (ulterior)	----	CT	C002	T79	Sobrepeso con factores de riesgo
		----	CT	C002	T82	Obesidad
	Sobrepeso (inicial)	----	CT	C001	T83	Sobrepeso
	Sobrepeso (ulterior)	----	CT	C002	T83	Sobrepeso

Fecha de Prestación	Apellido y Nombre Beneficiario	Documento		Fecha de Nacimiento	H.C. / Nº Registro	Código Prestación SUMAR			Peso (KG)	Talla (mts)	Tensión Arterial (Max/Min)
		Tipo	Número			Tipo	Objeto	Diagnóstico			

PROGRAMA SUMAR - MENDOZA		Planilla 7 de 7
--------------------------	--	-----------------

PROGRAMA SUMAR - MENDOZA		Planilla 7 de 7
--------------------------	--	-----------------

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

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

Solo prestaciones con Datos
Sanitarios Obligatorios

CUIE Efector: _____ Nombre del Efector: _____

CUIE Efector: _____ Nombre del Efector: _____

PLANILLA DE FACTURACIÓN: Detalle de prestaciones									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

GRUPO Mujeres de 20 a 64 años (Consultas)

Tipo de prestaciones	CODIGO NACER ANTERIOR		CÓDIGO SUMAR			Descripción Diagnóstico
			Tipo	Objeto	Diagnóstico	
Examen periódico de salud	-----	-----	CT	C001	A97	Sin Enfermedad
Control de salud individual para población indígena en terreno	-----	-----	CT	C009	A97	Sin Enfermedad

[illegible]

Firma y Sello Director o Encargado del Efector