

---

**PLAN NACER – UGSP CORDOBA****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS**  
**INSTRUCTIVO GENERAL DE REGISTRACION Y FACTURACION**

**OBJETIVO:** La realización del presente Manual de Procedimientos Administrativos tiene por objeto determinar las distintas alternativas de Registro de Prestaciones, que en conjunto con el Nomenclador Operativo, contemplan todas las alternativas posibles, para la consecuente Facturación de prestaciones, según Nomenclador Único Vigente.-

**CONSIDERACIONES GENERALES:**

- LA FACTURACION ES MENSUAL, DEBERA INCLUIR LAS PRESTACIONES REALIZADAS ENTRE EL 1° Y EL ULTIMO DIA DEL MES CALENDARIO (1 al 31). EL VENCIMIENTO DE LA PRESENTACION OPERARA EL DIA 10 DE CADA MES INMEDIATO SIGUIENTE AL DE LA REALIZACION DE LAS MISMAS.-
- LA FACTURACION PRESENTADA FUERA DE TERMINO (DESPUES DEL DIA 10), NO SERA CONSIDERADA HASTA EL PROXIMO PERIODO CORRESPONDIENTE.-
- LAS PRESTACIONES DEBITADAS Y DEVUELTAS, CON POSIBILIDAD DE CORRECCIONES, SE DEBERAN PRESENTAR CON EL MES CALENDARIO INMEDIATO SIGUIENTE AL DE LA DEVOLUCION Y MEDIANTE EL FORMULARIO DE RESUMEN MENSUAL DE REFACTURACION (FORM. N° 13) Y COPIA DEL CORRESPONDIENTE INFORME DE DEBITO EMITIDO POR LA UGSP.-
- EN CASO DE SER NECESARIO MAS DE UN (1) FORMULARIO DE CADA TIPO/CLASE PARA LA PRESENTACION DE LAS PRESTACIONES, SE DEBERAN UTILIZAR TANTOS FORMULARIOS COMO SEAN NECESARIOS INDICANDO EN EL MARGEN SUPERIOR DERECHO EL NUMERO PARCIAL Y TOTAL DE UN MISMO FORMULARIO.- ( Ejemplo: Formulario 1 – hoja 1/3, hoja 2/3, hoja 3/3)
- EN LOS FORMULARIOS DE INFORMES SANITARIOS ( FORM. 1 AL 11) NO PODRAN REGISTRARSE MAS DE UNA PRESTACION Y UN CODIGO POR RENGLON.-
- TODOS LOS FORMULARIOS SANITARIOS DEBEN LLEVAR EN EL ENCABEZADO LOS DATOS SIGUIENTES: CODIGO DEL PRESTADOS (CUIE); NOMBRE DEL EFECTOR (NOMBRE DEL CAPS U HOSPITAL); LOCALIDAD; MES Y AÑO DE LA PRESTACIÓN.-
- LA FACTURACIÓN DEBERA PRESENTARSE EN ORIGINAL CON LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA Y EN SOPORTE MAGNETICO.-

**NOMINA DE FORMULARIOS DE INFORMES**

**FORMULARIO N° 1 - EMBARAZADAS Y PUERPERAS - INFORME SANITARIO**

**FORMULARIO N° 2 - NIÑOS MENORES DE 0-6 AÑOS – INFORME SANITARIO**

**FORMULARIO N° 3 - REGISTRO DE ANALISIS DE PAP – GRUPO MUJER**

**FORMULARIO N° 4 - REGISTRO DE PRACTICAS DE LABORATORIO – GRUPO LABORATORIO**

**FORMULARIO N° 5 - REGISTRO DE PRACTICAS ESPECIALES – GRUPO IMAGENES**

**FORMULARIO N° 6 - REGISTRO DE PRACTICAS NOMENCLADAS– GRUPO COMUNIDAD**

**FORMULARIO N° 7 - REGISTRO DE PRACTICAS DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA**

**FORMULARIO N° 8 - REGISTRO DE PRACTICAS OFTALMOLOGICAS**

**FORMULARIO N° 9 - REGISTRO DE PRACTICAS ODONTOLOGICAS**

**FORMULARIO N° 10 - REGISTRO DE PRACTICAS DE PARTOS / CESAREAS / NEONATOLOGIA**

**FORMULARIO N° 11 - REGISTRO DE TRANSPORTES**

**FORMULARIO N° 12 - RESUMEN MENSUAL DE FACTURACION**

**FORMULARIO N° 13 - RESUMEN MENSUAL DE REFACTURACION**

---

## DESCRIPCION Y UTILIZACION DE LOS FORMULARIOS DE INFORMES

### **1. FORMULARIO N° 1 - EMBARAZADAS Y PUERPERAS - INFORME SANITARIO**

#### **1A. EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL.-**

**1B. FECHA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA REAL DE REALIZACION DE LA PRESTACION.-

**1C. DOC. IDENT.:** SE DEBERA CONSIGNAR EL TIPO DE DOCUMENTO (DNI – LE – LC –PA) Y EL CORRESPONDIENTE NUMERO, CON EL CUAL ESTA INSCRIPTO EL BENEFICIARIO.-

**1D. APELLIDO Y NOMBRE:** SE DEBERA CONSIGNAR EL APELLIDO Y NOMBRE / S DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-

**1E. HC:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NUMERO DE HISTORIA CLINICA DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACIÓN

**1F. 1era. VEZ:** SE DEBERA CONSIGNAR CON UNA CRUZ (X) SI CORRESPONDE AL PRIMER CONTROL DE EMBARAZO AL QUE ASISTE LA BENEFICIARIA.

**1G. ULTERIOR:** SE DEBERA CONSIGNAR CON UNA CRUZ (X) SI CORRESPONDE A OTROS CONTROLES, A PARTIR DEL 2° CONTROL DE EMBARAZO.-

**1H. SEM GEST:** SE DEBERA CONSIGNAR CON NUMERO LA SEMANA DE GESTACIÓN EN QUE SE ENCUENTRA EL EMBARAZO.-

**1I. FUM:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA DE LA ULTIMA MESTRUACIÓN DE LA BENEFICIARIA.-

**1J. FPP:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA PROBABLE DE PARTO DE LA BENEFICIARIA.-

**1K. AT:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA DE APLICACIÓN DE LA ULTIMA DOSIS DE VACUNACION ANTITETANICA O DOBLE ADULTO.-

**1L. VDRL:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA DE PRACTICA DE LABORATORIO PARA VDRL.-

**1M. INMUNIZACION PUERPERAL:** SE DEBERA CONSIGNAR CON UNA CRUZ (X) LA APLICACION DE LA VACUNA CONTRA LA RUBEOLA.-

**1N. CONSEJERIA SS Y R:** SE DEBERA CONSIGNAR CON UNA CRUZ EL ABORDAJE EN CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE EL PUERPERIO.-

**1O. NOMBRE DE LA PRESTACIÓN:** SE DEBERA CONSIGNAR DIAGNOSTICO, PRACTICA, SINTOMA Y/O MATIVO DE CONSULTA.-

---

**1P. CODIGO PRESTACION:** SE DEBERAR CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-

**1Q. FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS SOLICITADOS.-

---

## **2. FORMULARIO N° 2 – NIÑOS MENORES DE 0-6 AÑOS – INFORME SANITARIO**

### **2A. EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL**

**2B. FECHA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA REAL DE REALIZACION DE LA PRESTACION.-

**2C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR EL TIPO DE DOCUMENTO (DNI – LE – LC –PA), LA CLASE DE DOCUMENTO (R = PROPIO / M = MADRE / P = PADRE / T = TUTOR) Y EL CORRESPONDIENTE NUMERO , CON EL CUAL ESTA INSCRIPTO EL BENEFICIARIO.-

**2D. APELLIDO Y NOMBRE:** SE DEBERA CONSIGNAR EL APELLIDO Y NOMBRE /S DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACIÓN.-

**2E. FECHA NACIMIENTO:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-

**2F. HC:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NUMERO DE HISTORIA CLINICA DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-

**2G. PESO EN KILOS:** SE DEBERA CONSIGNAR EN NUMEROS EL PESO REGISTRADO AL MOMENTO DE REALIZADA LA PRESTACION.-

**2H. TALLA:** SE DEBERA CONSIGNAR CON NUMERO LA TALLA REGISTRADA AL MOMENTO DE REALIZADA LA PRESTACION.-

**2I. PERIMETRO CEFALICO:** SE DEBERA CONSIGNAR CON NUMERO EL PERIMETRO CEFALICO REGISTRADO AL MOMENTO DE REALIZADA LA PRESTACION.-

**2J. PERSENTILO PESO / EDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR CON UNA CRUZ (X) SEGUN CORRESPONDA. AL PERSENTILO REGISTRADO.-

**2K. PERSENTILO PERIMETRO CEFALICO / EDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR CON UNA CRUZ (X) SEGUN CORRESPONDA. AL PERSENTILO REGISTRADO, SOLO EN NIÑOS MENORES DE DOS (2) AÑOS.-

**2L. PERSENTILO TALLA / EDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR CON UNA CRUZ (X) SEGUN CORRESPONDA. AL PERSENTILO REGISTRADO, SOLO PARA NIÑOS MENORES DE 1 AÑO.-

---

- 
- 2M. PERSENTILO PESO / TALLA:** (SOLAMENTE PARA NIÑOS MENORES DE 1 AÑO) SE DEBERA CONSIGNAR CON UNA CRUZ (X) SEGUN CORRESPONDA. AL PERSENTILO REGISTRADO.-
- 2N. NOMBRE DE LA PRESTACIÓN:** SE DEBERA CONSIGNAR DIAGNOSTICO, SINTOMA, PRACTICA O MOTIVO DE CONSULTA.-
- 2O. CODIGO PRESTACION:** SE DEBERAR CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 2P. FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS SOLICITADOS.-

---

### **3. FORMULARIO N° 3 – REGISTRO DE ANALISIS DE PAP – GRUPO MUJER**

- 3A. EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL. EN EL MISMO DEBERAN REGISTRARSE LAS PRESTACIONES REFERIDAS A TOMA DE MUESTRAS PARA PAP Y PAP REALIZADOS. SE DEBERAN ADJUNTAR LOS CORRESPONDIENTES RP CON LOS SIGUIENTES DATOS (NOMBRE / APELLIDO, DNI BENEFICIARIO, PRACTICA SOLICITADA, DIANOSTICO PRESUNTIVO, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO SOLICITANTE, FECHA DE SOLICITUD). AL DORSO SE DEBERA COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO, CON LOS SIGUIENTES DATOS (FIRMA, ACLARACION, N° DNI, FECHA DE REALIZACION DE LA PRACTICA), Y FIRMA DEL PROFESIONAL ACTUANTE.-**
- 3B. FECHA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA REAL DE REALIZACION DE LA PRESTACION.-
- 3C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR EL TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO, CON EL CUAL ESTA INSCRIPTO EL BENEFICIARIO.-
- 3D. APELLIDO Y NOMBRE:** SE DEBERA CONSIGNAR EL APELLIDO Y NOMBRE / S DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-
- 3E. HC:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NUMERO DE HISTORIA CLINICA DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-
- 3F. INFORME PAP N° PROTOCOLO:** SE DEBERA CONSIGNAR EL N° DE PROTOCOLO PROVISTO POR EL PROFESIONAL INTERVINIENTE EN EL CASO DE TRATARSE DEL INFORME CITOPATOLOGICO. EN EL CASO DE QUE SE TRATASE DE UNA EXTRACCION SE DEBERA REGISTRAR EN UN NUEVO RENGLON.-
- 3G. NOMBRE DE LA PRESTACIÓN:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA PRESTACIÓN REALIZADA SEGÚN EL NOMENCLADOR UNICO VIGENTE
- 3H. CODIGO DE LA PRESTACION:** SE DEBERAR CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-

- 
- 3I. **FIRMA Y SELLO PROFESIONAL:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS DEL PROFESIONAL A CARGO DEL AREA / SERVICIO.-
- 3J. **FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS SOLICITADOS.-
- 

4. **FORMULARIO N° 4 – REGISTRO DE PRACTICAS DE LABORATORIO – GRUPO LABORATORIO**

- 4A. **EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL. EN EL MISMO DEBERAN REGISTRARSE LAS PRESTACIONES REFERIDAS A PRACTICAS DE LABORATORIO SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE. SE DEBERAN ADJUNTAR LOS CORRESPONDIENTES RP CON LOS SIGUIENTES DATOS (NOMBRE / APELLIDO, DNI BENEFICIARIO, PRACTICA SOLICITADA, DIANOSTICO PRESUNTIVO, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO SOLICITANTE, FECHA DE SOLICITUD). AL DORSO SE DEBERA COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO, CON LOS SIGUIENTES DATOS (FIRMA, ACLARACION, N° DNI, FECHA DE REALIZACION DE LA PRACTICA) Y FIRMA DEL PROFESIONAL ACTUANTE.-**
- 4B. **FECHA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA REAL DE REALIZACION DE LA PRESTACION.-
- 4C. **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR EL TIPO, CLASE Y NUMERO DE DOCUMENTO, CON EL CUAL ESTA INSCRIPTO EL BENEFICIARIO.-
- 4D. **APELLIDO Y NOMBRE:** SE DEBERA CONSIGNAR EL APELLIDO Y NOMBRE / S DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-
- 4E. **DETALLE DE LA PRUEBA:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA PRESTACION REALIZADA, SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 4F. **CODIGO DE LA PRESTACION:** SE DEBERAR CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 4G. **FIRMA Y SELLO PROFESIONAL:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS DEL PROFESIONAL A CARGO DEL AREA / SERVICIO.-
- 4H. **FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS SOLICITADOS.-
- 

5. **FORMULARIO N° 5 – REGISTRO DE PRACTICAS ESPECIALES – GRUPO IMAGENES**

---

- 
- 5A. EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL. EN EL MISMO DEBERAN REGISTRARSE LAS PRESTACIONES REFERIDAS A PRACTICAS DE IMAGENES SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE. SE DEBERAN ADJUNTAR LOS CORRESPONDIENTES RP CON LOS SIGUIENTES DATOS (NOMBRE / APELLIDO, DNI BENEFICIARIO, PRACTICA SOLICITADA, DIANOSTICO PRESUNTIVO, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO SOLICITANTE, FECHA DE SOLICITUD). AL DORSO SE DEBERA COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO, CON LOS SIGUIENTES DATOS (FIRMA, ACLARACION, N° DNI, FECHA DE REALIZACION DE LA PRACTICA) Y FIRMA DEL PROFESIONAL ACTUANTE.-
- 5B. **FECHA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA REAL DE REALIZACION DE LA PRESTACION.-
- 5C. **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR EL TIPO (DNI – LE – LC –PA), LA CLASE DE DOCUMENTO (R = PROPIO / M = MADRE / P = PADRE / T = TUTOR) Y EL CORRESPONDIENTE NUMERO , CON EL CUAL ESTA INSCRIPTO EL BENEFICIARIO.-
- 5D. **APELLIDO Y NOMBRE:** SE DEBERA CONSIGNAR EL APELLIDO Y NOMBRE / S DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-
- 5E. **HC:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NUMERO DE HISTORIA CLINICA DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-
- 5F. **CODIGO DE LA PRESTACION:** SE DEBERAR CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 5G. **FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS SOLICITADOS.-
- 

6. **FORMULARIO N° 6– REGISTRO DE PRACTICAS NOMENCLADAS– GRUPO COMUNIDAD**

- 6A. EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL. EN EL MISMO DEBERAN REGISTRARSE LAS PRESTACIONES REFERIDAS A PRACTICAS DE COMUNIDAD SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE. SE DEBERAN ADJUNTAR LOS CORRESPONDIENTES INFORMES, SEGUN LO ESTABLECE EL NOMENCLADOR OPERATIVO 2008.-
- 6B. **FECHA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA REAL DE REALIZACION DE LA PRESTACION.-
- 6C. **NOMBRE DE LA PRESTACION:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA PRESTACION REALIZADA, SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 6D. **CODIGO DE LA PRESTACION:** SE DEBERAR CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
-

**6E. RESPONSABLE DE LA PRESTACION:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA PRESTACION.-

**6F. FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS SOLICITADOS.-

---

**7. FORMULARIO N° 7– REGISTRO DE PRACTICAS DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA**

**7A. EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL. EN EL MISMO DEBERAN REGISTRARSE LAS PRESTACIONES REFERIDAS A PRACTICAS DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE. SE DEBERAN ADJUNTAR LOS CORRESPONDIENTES RP CON LOS SIGUIENTES DATOS (NOMBRE / APELLIDO, DNI BENEFICIARIO, PRACTICA SOLICITADA, DIANOSTICO PRESUNTIVO, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO SOLICITANTE, FECHA DE SOLICITUD). AL DORSO SE DEBERA COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO, CON LOS SIGUIENTES DATOS (FIRMA, ACLARACION, N° DNI, FECHA DE REALIZACION DE CADA UNA DE LAS SESIONES REALIZADAS).-**

**7B. FECHA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA REAL DE REALIZACION DE LA PRESTACION.-

**7C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR EL TIPO (DNI – LE – LC –PA), LA CLASE DE DOCUMENTO (R = PROPIO / M = MADRE / P = PADRE / T = TUTOR) Y EL CORRESPONDIENTE NUMERO , CON EL CUAL ESTA INSCRIPTO EL BENEFICIARIO.-

**7D. APELLIDO Y NOMBRE:** SE DEBERA CONSIGNAR EL APELLIDO Y NOMBRE / S DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-

**7E. FECHA DE NACIMIENTO:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO

**7F. HC:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NUMERO DE HISTORIA CLINICA DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-

**7G. NUMERO DE SESIONES:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NUMERO DE LA SESION QUE CORRESPONDA A LA FECHA DE LA PRACTICA.-

**7H. CODIGO DE LA PRESTACION:** SE DEBERAN CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-

**7I. FIRMA Y SELLO PROFESIONAL:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS DEL PROFESIONAL A CARGO DEL AREA / SERVICIO.-

**7J. FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS SOLICITADOS.-

**8. FORMULARIO N° 8– REGISTRO DE PRACTICAS OFTALMOLOGICAS**

**8A. EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL. EN EL MISMO DEBERAN REGISTRARSE LAS PRESTACIONES REFERIDAS A PRACTICAS OFTALMOLOGICAS SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-**

**8B. FECHA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA REAL DE REALIZACION DE LA PRESTACION.-

**8C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR EL TIPO (DNI – LE – LC –PA), LA CLASE DE DOCUMENTO (R = PROPIO / M = MADRE / P = PADRE / T = TUTOR) Y EL CORRESPONDIENTE NUMERO , CON EL CUAL ESTA INSCRIPTO EL BENEFICIARIO.-

**8D. APELLIDO Y NOMBRE:** SE DEBERA CONSIGNAR EL APELLIDO Y NOMBRE / S DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-

**8E. FECHA DE NACIMIENTO:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO

**8F. HC:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NUMERO DE HISTORIA CLINICA DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-

**8G. CODIGO DE LA PRESTACION:** SE DEBERAR CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-

**8H. FIRMA Y SELLO ESPECIALISTA:** SE DEBERA REGISTRAR LA FIORMA Y ACLARACION DEL PROFESIONAL ACTUANTE.-

**8I. FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS SOLICITADOS.-

---

**9. FORMULARIO N° 9– REGISTRO DE PRACTICAS ODONTOLOGICAS**

**9A. EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL. EN EL MISMO DEBERAN REGISTRARSE LAS PRESTACIONES REFERIDAS A PRACTICAS ODONTOLOGICAS SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-**

**9B. FECHA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA REAL DE REALIZACION DE LA PRESTACION.-

**9C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR EL TIPO (DNI – LE – LC –PA), LA CLASE DE DOCUMENTO (R = PROPIO / M = MADRE / P = PADRE / T = TUTOR) Y EL CORRESPONDIENTE NUMERO , CON EL CUAL ESTA INSCRIPTO EL BENEFICIARIO.-

- 
- 9D. APELLIDO Y NOMBRE:** SE DEBERA CONSIGNAR EL APELLIDO Y NOMBRE / S DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-
- 9E. FECHA DE NACIMIENTO:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO
- 9F. HC:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NUMERO DE HISTORIA CLINICA DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-
- 9G. CATEGORIA:** SE DEBERA CONSIGNAR CON UNA CRUZ SI SE TRATA DE UNA PRESTACION REALIZADA A UNA EMBARAZADA O A UN NIÑO.-
- 9H. CODIGO DE LA PRESTACION:** SE DEBERAN CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 9I. FIRMA Y SELLO PROFESIONAL:** SE DEBERA REGISTRAR LA FIRMA Y ACLARACION DEL ODONTOLOGO RESPONSABLE.-
- 9J. FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS SOLICITADOS.-

---

**10. FORMULARIO N° 10- REGISTRO DE PRACTICAS DE PARTOS / CESAREAS / NEONATOLOGIA**

- 10A. EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL. EN EL MISMO DEBERAN REGISTRARSE LAS PRESTACIONES REFERIDAS A PARTOS / CESAREAS / NEONATOLOGIA SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE Y SE DEBERA ACOMPAÑAR POR EL INFORME SIP CLAP O COPIA DE LA HISTORIA CLINICA SEGUN CORRESPONDA.-**
- 10B. FECHA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA REAL DE REALIZACION DE LA PRESTACION.-
- 10C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR EL TIPO (DNI – LE – LC –PA), LA CLASE DE DOCUMENTO (R = PROPIO / M = MADRE / P = PADRE / T = TUTOR) Y EL CORRESPONDIENTE NUMERO , CON EL CUAL ESTA INSCRIPTO EL BENEFICIARIO.-
- 10D. APELLIDO Y NOMBRE:** SE DEBERA CONSIGNAR EL APELLIDO Y NOMBRE / S DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-
- 10E. FECHA DE NACIMIENTO:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO
- 10F. HC:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NUMERO DE HISTORIA CLINICA DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-

- 
- 10G. SEMANA DE GESTACION:** SE DEBERA CONSIGNAR CON NUMEROS LA SEMANA DE GESTACION EN LA QUE SE ENCUENTRA LA BENEFICIARIA AL MOMENTO DEL PARTO / CESAREA.-
- 10H. ANTITETANICA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA ULTIMA FECHA DE APLICACIÓN DE VACUNACION ANTITETANICA.-
- 10I. VDRL:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA DE LA ULTIMA PRACTICA DE LABORATORIO PARA VDRL.-
- 10J. PARTO / CESAREA:** SE DEBERA CONSIGNAR CON UNA CRUZ (X) SEGUN CORRESPONDA.-
- 10K. APGAR A 5 MIN:** SE DEBERA CONSIGNAR EN VALOR DEL APGAR OBTENIDO A LOS 5 MINUTOS DEL NACIMIENTO.-
- 10L. PESO DEL RECIEN NACIDO:** SE DEBERA CONSIGNAR CON NUMERO EL PESO DEL RECIEN NACIDO. (EN KILOGRAMOS)-
- 10M. DESCRIPCIÓN DE LA PRESTACIÓN:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA PRESTACIÓN REALIZADA SEGUN EL NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 10N. CODIGO DE LA PRESTACION:** SE DEBERAR CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 10O. FIRMA Y SELLO PROFESIONAL:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS DEL PROFESIONAL A CARGO DEL AREA / SERVICIO.-
- 10P. FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS SOLICITADOS.-

---

## **11. FORMULARIO N° 11– REGISTRO DE TRANSPORTES**

- 11A. EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL. EN EL MISMO DEBERAN REGISTRARSE LAS PRESTACIONES REFERIDAS A TRANSPORTE SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE. SE DEBERA ADJUNTAR RP CON LOS SIGUIENTES DATOS (NOMBRE / APELLIDO, DNI BENEFICIARIO, DERIVACION SOLICITADA, DIANOSTICO PRESUNTIVO Y/O MOTIVO DEL TRASLADO, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO SOLICITANTE, FECHA DE SOLICITUD). AL DORSO LO DEBERA COMPLETAR EL BENEFICIARIO / RESPONSABLE, CON LOS SIGUIENTES DATOS (FIRMA, ACLARACION, N° DNI, FECHA DE REALIZACION DEL TRASLADO).-**
- 11B. FECHA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA REAL DE REALIZACION DE LA PRESTACION.-

- 
- 11C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR EL TIPO (DNI – LE – LC –PA), LA CLASE DE DOCUMENTO (R = PROPIO / M = MADRE / P = PADRE / T = TUTOR) Y EL CORRESPONDIENTE NUMERO , CON EL CUAL ESTA INSCRIPTO EL BENEFICIARIO.-
- 11D. APELLIDO Y NOMBRE:** SE DEBERA CONSIGNAR EL APELLIDO Y NOMBRE / S DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-
- 11E. FECHA DE NACIMIENTO:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO
- 11F. HC:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NUMERO DE HISTORIA CLINICA DEL BENEFICIARIO A QUIEN SE REALIZA LA PRESTACION.-
- 11G. TRASLADO:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NOMBRE Y DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN (DESDE) Y DEL DESTINO DEL TRASLADO (HASTA), CON EL MAYOR GRADO DE DETALLE POSIBLE.-
- 11H. KM:** SE DEBERA CONSIGNAR LA CANTIDAD DE KILOMETROS RECORRIDOS EN EL TRASLADO REALIZADO.-
- 11I. CODIGO DE LA PRESTACION:** SE DEBERAR CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 11J. FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERAN COMPLETAR LOS DATOS SOLICITADOS.-

---

## **12. FORMULARIO N° 12 – RESUMEN MENSUAL DE FACTURACION**

- 12A. EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL.-**
- 12B. MES:** SE DEBERA CONSIGNAR EL MES DE FACTURACION QUE SE INCLUYE EN EL RESUMEN (PRESTACIONES REALIZADAS DESDE EL 1° AL ULTIMO DIA DEL MES CALENDARIO).-
- 12C. AÑO:** SE DEBERA CONSIGNAR EL AÑO VIGENTE, EN RELACION AL MES DE FACTURACIÓN.-
- 12D. EFECTOR:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NOMBRE COMPLETO DEL EFECTOR.-
- 12E. LOCALIDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR LA LOCALIDAD A LA CUAL PERTENECE EL EFECTOR.-
- 12F. CUIE:** SE DEBERA CONSIGNAR EL CODIGO UNICO DE IDENTIFICACION DEL EFECTOR.-

- 
- 12G. **CODIGO PRESTACION:** SE DEBERA CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 12H. **NOMBRE PRESTACION:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE, PARA EL CODIGO ANTES CONSIGNADO.-
- 12I. **N° FORMULARIO DE ORIGEN:** SE DEBERA CONSIGNAR EN NUMERO DEL FORMULARIO DEL INFORME SANITARIO, EN EL CUAL SE HAN REGISTRADO LAS PRESTACIONES REALIZADAS.-
- 12J. **CANTIDAD DE PRESTACIONES:** SE DEBERA CONSIGNAR EL TOTAL DE PRESTACIONES REALIZADAS CON ESE MISMO CODIGO Y NOMBRE.-
- 12K. **IMPORTE UNITARIO:** SE DEBERA CONSIGNAR EL IMPORTE (EN CIFRAS) DETERMINADO EN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE, ASIGNADO A ESA PRESTACIÓN.-
- 12L. **IMPORTE TOTAL:** SE DEBERA CONSIGNAR EL IMPORTE RESULTATE (EN CIFRAS) DE LA MULTIPLICACION ENTRE LA CANTIDAD DE PRESTACIONES DE UN MISMO CODIGO Y NOMBRE Y EL IMPORTE UNITARIO DETERMINADO EN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 12M. **TOTAL:** SE DEBERA CONSIGNAR EL IMPORTE RESULTANTE (EN CIFRAS) DE LA SUMATORIA DE TODOS LOS IMPORTES TOTALES DE CADA UNA DE LAS PRESTACIONES FACTURADAS.-
- 12N. **SE ACOMPAÑARAN xxxx FORMULARIOS DE INFORMES SANITARIOS:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NUMERO TOTAL (SUMATORIA) DE FORMULARIOS QUE SE ADJUNTAN Y QUE FORMAN PARTE DEL RESUMEN MENSUAL DE FACTURACION.-
- 12O. **FIRMA Y SELLO ADMINISTRADOR EFECTOR:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FIRMA Y SELLO DEL ADMINISTRADOR DEL EFECTOR.-
- 12P. **FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL EFECTOR.-

---

### **13. FORMULARIO N° 13 – RESUMEN MENSUAL DE REFACTURACION**

- 13A. **EL PRESENTE FORMULARIO ES DE PRESENTACION MENSUAL Y SOLO SE DEBERA UTILIZAR PARA PRESENTAR LAS PRESTACIONES RECHAZADAS, CON INFORME DE DEBITO Y CON POSIBILIDAD DE CORRECCION.-**
- 13B. **FECHA:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FECHA DE PRESENTACION DEL MISMO.-
- 13C. **EFECTOR:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NOMBRE COMPLETO DEL EFECTOR.-

- 
- 13D. **LOCALIDAD:** SE DEBERA CONSIGNAR LA LOCALIDAD A LA CUAL PERTENECE EL EFECTOR.-
- 13E. **CUIE:** SE DEBERA CONSIGNAR EL CODIGO UNICO DE IDENTIFICACION DEL EFECTOR.-
- 13F. **CODIGO PRESTACION:** SE DEBERA CONSIGNAR EL CODIGO DE PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 13G. **NOMBRE PRESTACION:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA PRESTACION SEGUN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE, PARA EL CODIGO ANTES CONSIGNADO.-
- 13H. **N° INFORME DE DEBITO:** SE DEBERA CONSIGNAR EN NUMERO DEL INFORME DE DEBITO, ENTREGADO POR LA UGSP, QUE DIO ORIGEN AL RECHAZO DE LA PRESTACION ORIGINAL FACTURADA.-
- 13I. **MES/AÑO ORIGEN PRESTACION:** SE DEBERA CONSIGNAR EL MES Y AÑO DE REALIZACION DE LA PRESTACION RECHAZADA.-
- 13J. **CANTIDAD DE PRESTACIONES:** SE DEBERA CONSIGNAR EL TOTAL DE PRESTACIONES REALIZADAS CON ESE MISMO CODIGO Y NOMBRE.-
- 13K. **IMPORTE UNITARIO:** SE DEBERA CONSIGNAR EL IMPORTE (EN CIFRAS) DETERMINADO EN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE, ASIGNADO A ESA PRESTACIÓN.-
- 13L. **IMPORTE TOTAL:** SE DEBERA CONSIGNAR EL IMPORTE RESULTATE (EN CIFRAS) DE LA MULTIPLICACION ENTRE LA CANTIDAD DE PRESTACIONES DE UN MISMO CODIGO Y NOMBRE Y EL IMPORTE UNITARIO DETERMINADO EN NOMENCLADOR UNICO VIGENTE.-
- 13M. **TOTAL:** SE DEBERA CONSIGNAR EL IMPORTE RESULTANTE (EN CIFRAS) DE LA SUMATORIA DE TODOS LOS IMPORTES TOTALES DE CADA UNA DE LAS PRESTACIONES FACTURADAS.-
- 13N. **SE ACOMPAÑARAN xxxx INFORMES DE DEBITOS:** SE DEBERA CONSIGNAR EL NUMERO TOTAL (SUMATORIA) DE INFORMES DE DEBITO QUE SE ADJUNTAN Y QUE FORMAN PARTE DEL RESUMEN MENSUAL DE REFACTURACION.-
- 13O. **FIRMA Y SELLO ADMINISTRADOR EFECTOR:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FIRMA Y SELLO DEL ADMINISTRADOR DEL EFECTOR.-
- 13P. **FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EFECTOR:** SE DEBERA CONSIGNAR LA FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL EFECTOR.-
-