

# Aranceles de Obras Sociales 2024

**Aumentos FEBRERO**

Modificado al 02/24

[www.colkyfcba.org](http://www.colkyfcba.org)

**CKF**

Colegio Profesional de  
Kinesiólogos y Fsptas.  
de la Prov. de Córdoba

## NORMATIVAS PARA TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE PRESENTAR FACTURACIÓN

### ¿Qué tener en cuenta para evitar devoluciones de órdenes de obras sociales?

- Debe constar sello y firma profesional.
- Debe verificar firma de sesiones y fecha. La fecha de inicio de tratamiento deberá ser igual o posterior a la de autorización.
- Se debe respetar la correcta cantidad de copias (legibles y claras) según cada Obra Social.
- La presentación se realiza por separado en caso de obras sociales con diferentes planes.
- Los códigos que se facturan deben ser los autorizados por la obra social.
- En caso de equivocación las fechas deben estar salvadas con firma y sello Profesional.

### ¿Qué debe constar en la orden de la obra social?

- N° de afiliado.
- Firma y sello del médico.
- Datos personales del paciente.
- Diagnóstico.
- Autorización si lo requiere la obra social.
- Firma del paciente en cada sesión fechada.
- Firma y sello del kinesiólogo.
- Facturar los códigos autorizados.
- La fecha de realización SIEMPRE a partir de la fecha de autorización.
- Planilla de firma debe ser siempre sesión por sesión.

### ¿Qué es importante al momento de facturar?

- Facturar la cantidad de sesiones que autorizó la obra social, no la que pide el médico.
- Colocar en el resumen de la facturación el nombre de la obra social que corresponde.
- Para facturar dos sesiones por día debe estar solicitado por el médico en forma escrita y autorizada por la obra social.
- Completar todos los casilleros de la planilla de facturación.

**Para un mejor control guarde una copia de la documentación presentada en su regional, ya que, al recibir un débito, podrá acompañar la copia en su reclamo.**

## AVALIAN (ACA SALUD)

Con vigencia desde: 01/02/2024

**M. FISIO-KINESIO C/ MAGNETO Y/O  
LASER (CON O SIN BANDA MAGNETICA):** \$ 4500.00  
COD. INT. 25.60.32 Incluye cod. 25.60.17 + 25.50.01

**MODULO ATENCION A DOMICILIO:** \$ 5000.00  
COD. INT. 25.60.11 Incluye cod. 25.01.01+25.01.02+25.01.06

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA:** \$ 4800.00  
COD. INT. 25.60.23

**HIDROTERAPIA - Según presupuesto/ Profesionales y/o Institutos Habilitados.**

**DISCAPACIDAD – Según LEY / Con Certificado: Valor Sur**

Los tratamientos especiales y/o no convenidos requerirán autorización previa de la auditoría de Aca Salud, con el aval clínico del médico prescribiente y el profesional efector, adjunto al presupuesto.

## A.M.I.C.O.S.

Con vigencia desde: 01/01/2024

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA A CONSULTORIO:**  
\$ 3017,00  
COD. 25.01.01

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA A DOMICILIO:**  
\$ 3097,00  
COD.25.01.02

**Coseguro:**  
\$1046,00  
(A cargo afiliado, que deberá de cobrar el profesional)

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA + NEBULIZACIÓN:**  
\$ 2373,00  
COD. 25.01.03

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA CON MAGNETO:**  
\$ 3151,00  
COD. 25.01.05

**SESIÓN NEUROLÓGICA SIN CERTIFICADO:**

\$ 3645,00

COD. 25.01.06

**Discapacidad a valor SUR  
RPG y Drenaje Linfático sin cobertura**

**APROSS**

**Con vigencia desde: 01/09/2023**

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA A CONSULTORIO:**

\$ 1600.00

COD. 25.01.01

**Coseguro: \$ 1000.00**

**SESIÓN FISIO KINÉSICA A DOMICILIO:**

\$ 1800.00

COD. 25.01.06

**Coseguro: \$ 1000.00**

**TODAS LAS PRÁCTICAS DEBERÁN VENIR AUTORIZADAS  
POR APROSS A TRAVÉS DEL SISTEMA DE VALIDACIÓN (SVI) Traditum.**

**ASOCIACIÓN ARGENTINA MUTUAL DEL MOTOCICLISTA**

**Con vigencia desde: 01/01/2024**

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA A CONSULTORIO: \$4500.00**

COD 25.01.01 + 25.01.02

**BRAMED SA - OSPATRONES - OS.PA.CARP**

**Con vigencia desde: 01/11/2023**

**SESIÓN FISIO-KINESICA A CONSULTORIO:**

\$ 2.800.00

COD. 25.01.10

**SESIÓN FISIO-KINESICA A DOMICILIO C/ AUTORIZACIÓN\*:**

\$ 2.800.00

COD. 25.01.06

**DISCAPACIDAD VALOR SUR**

**\*AL COD. CORRESPONDIENTE SE LE ADICIONARÁ LA COBERTURA DE LAS PRESTACIONES ESTÁ SUJETA A EVALUACIÓN DE LA AUDITORIA MÉDICA Y COBERTURA SEGÚN EL PLAN.**

**BOREAL COBERTURA DE SALUD**

**Con vigencia desde: 01/07/2023**

**SESIÓN EN CONSULTORIO:**

**SESIÓN FISIOTERAPIA:**

\$1186.00

COD. 250101

**SESIÓN KINESIOLOGÍA:**

\$1186.00

COD. 250102

**CAJA DE ABOGADOS**

**Con vigencia desde: 01/12/2023**

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA A CONSULTORIO:**

\$3105,00

**SESIÓN FISIOKINESICA EN MASTER:**

\$ 2484,00

**A CARGO DEL AFILIADO:**

\$ 621,00

**CAJA NOTARIAL**

**Con vigencia desde: 01/01/2024**

**EL 10% DEL VALOR DE LA SESION SE LE COBRARÁ AL AFILIADO**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO:**

\$ 4500,00

COD. 25.01.02

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO:**

\$ 8500,00

COD. 25.01.06

**SESIÓN FISIOKINESICA + NEBULIZACIÓN:**

\$ 4500,00

COD. 43.04.02

**SESIÓN FISIOKINESICA CON MAGNETO:**

\$ 4500,00

COD. 25.01.09

**DRENAJE LINFÁTICO:**

\$ 9000,00

COD. 25.01.15

**SESIÓN NEUROLÓGICA S/CERTIFICADO:**

\$ 9000,00

COD. 25.01.17

**RPG (CON AUTORIZACIÓN):**

\$ 9000,00

COD. 25.01.16

**DISCAPACIDAD A VALOR SUR**

**CONFERENCIA EPISCOPAL ARGENTINA ASOC. ECLESIASTICA SAN PEDRO  
(ex Mutual del Clero)**

**Con vigencia desde: 01/02/2024**

**SESIÓN FISIO-KINESICA A CONSULTORIO:**

\$ 4500.00

COD. 25.01.02

**SESIÓN FISIO-KINESICA A DOMICILIO:**

\$ 8500.00

COD. 25.01.06

**SESIÓN FISIO-KINESICA + NEBULIZACIÓN:**

\$ 4500.00

COD. 43.04.02

**SESIÓN FISIO-KINESICA CON MAGNETO:**

\$ 4500.00

COD. 25.01.09

**DRENAJE LINFÁTICO:**

\$ 9000.00

COD. 25.01.15

**SESIÓN NEUROLÓGICA SIN CERTIFICADO:**

\$ 9000.00

COD. 25.01.16

**RPG (CON AUTORIZACIÓN):**

\$ 9000.00

COD. 25.01.17

**CONSEJO PROFESIONAL DE CIENCIAS ECONÓMICAS**

Con vigencia desde: 01/12/2023

**ARANCEL PARA FACTURAR EL ARANCEL  
MASTERPOR CADA SESIÓN**

**SESIÓN CONSULTORIO: \$ 3120**

912501: \$ 1014 (MÁSTER)

(912501-912502)

COSEGURO: \$ 546 (AFILIADO)

912502: \$ 1014 (MÁSTER)

COSEGURO: \$ 546 (AFILIADO)

**SESIÓN DOMICILIO: \$ 403,35**

250111: \$ 262,18 (MÁSTER)

COSEGURO: \$ 141,17 (AFILIADO)

**SESIÓN NEBULIZACIÓN COMÚN: \$ 299,59**

(MÁSTER) COMÚN: \$ 194,74

COSEGURO: \$ 104,85 (AFILIADO)

**SESIÓN NEBULIZACIÓN ULTRASONIDO: \$ 599,18**

430402: \$ 389,47 (MÁSTER)

COSEGURO: \$ 209,71 (AFILIADO)

**MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO DEL PARTO, (902203):**

\$ 24,760 MÓDULO POR ÚNICA VEZ.

## DASPU

Con vigencia desde: 01/10/2023

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO FINALES: \$ 1740.00**

**EN EL MÁSTER: \$ 1131,30**

**35% A CARGO DEL AFILIADO: \$ 609,70**

COD. 250101-02

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO FINALES: \$ 2188.00**

COD. 25.01-02-06

## DASUTEN

Con vigencia desde: 01/11/2023

**SESIÓN A CONSULTORIO:**

**AGENTES FISICOS Y FISIOTERAPIA: \$ 1210.00**

COD. 250101

**TERAPIA FISICA Y KINESIOTERAPIA: \$ 1210.00**

COD. 250102

**KINESIO Y FISIOTERAPIA A DOMICILIO: \$ 3080.00**

COD. 25.01.06

**SESIÓN CON LASER Y/ O MAGNETO: \$ 1298.00**

COD. 25.01.08

**SESIÓN KINESICA + NEBULIZACIÓN: \$ 1155.00**

COD. 25.01.02 + 43.04.02



**REHAB. NEUROLÓGICA A CONSULTORIO: \$ 4180.00**  
COD. 25.01.10

**RPG. C/ AUTORIZACIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA: \$ 4180.00**  
COD. 25.01.17

**DRENAJE LINFÁTICO MANUAL: C/ CERTIF. AUDITORÍA MÉDICA: \$ 4180.00**  
COD. 25.01.15

**DISCAPACIDAD A VALOR APE**

## ENSALUD S.A.

Con vigencia desde: 01/08/2023

**SESIÓN FISIOKINESICA A CONSULTORIO: \$ 2002.00**

**SESIÓN FISIOKINESICA A DOMICILIO: \$ 2843.00**

## INTEGRAL SALUD - GILSA SA

Con vigencia desde: 01/01/2024

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO: \$ 3500,00**  
COD. 25.01.01/02

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO: \$ 3500,00**  
COD. 25.01.01/02 +06

**SESIÓN FISIOKINESICA + NEBULIZACION: \$ 3250,00**  
COD. 25.01.02+43.04.02 COD. 43.04.01

**SESIÓN NEUROLÓGICA S/CERT A CONS.: \$ 3500,00**  
COD. 25.01.51/25.01.52

**COSEGURO DE ACUERDO A PLAN:**

**ROBLE: SIN COSEGURO**

**ARRAYAN: CON COSEGURO**

**CEIBO: CON COSEGURO**

**CEIBO DL: ORDEN DE PRÁCTICA QUE RETIRA EN SUCURSAL**

## IOSFA

Con vigencia desde: 01/12/2023

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA CONSULTORIO LASER/MAG: \$ 3000,00**

**SESIÓN FISIO-KINESICA A DOMICILIO: \$ 4500,00**

### PRÁCTICAS ESPECIALIZADAS:

**SESIÓN DRENAJE LINFÁTICO: \$ 4500,00**

**SESIÓN NEULÓGICA S/CERT: \$ 4500,00**

**DERMATO FUNCIONAL: \$ 4500,00**

**RPG (CON AUTORIZACIÓN): \$ 4500,00**

**PISO PÉLVICO: \$ 4500,00**

**Las prácticas que incluyan aparatología se adicionará \$2000,00**

## JERÁRQUICOS SALUD

(Asoc. Mut. Del Pers. De Bcos. Ofic. Nac. 467)

Con vigencia desde: 01/02/2024

**SESIÓN MODULO FISIO/KINES/MAGNETO: \$ 4133.00**  
COD. 25.01.72

**SESIÓN FISIO TERAPIA Y / O KINESIOTERAPIA A DOMICILIO: \$ 4133.00**  
COD. 25.01.06

**SESIÓN KINESIO + NEBULIZACIONES INCL. OXÍGENO: \$ 2007.00**  
COD. 43.04.01

**DISCAPACIDAD: VALOR SUR**

## LA SEGUNDA ART

Con vigencia desde: 01/01/2023

**MOD. FISIO-KINESICO + LASER Y/O MAGNETO: \$3720.00**  
COD. INT 25.60.17 + 25.01.07 + 25.50.01

**M.FISIO-KINESICO A DOMICILIO: \$ 5280.00**  
COD. 25.60.11 INCLUYE COD. 25.01.01 + 25.01.02 + 25.01.06

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 5280.00**  
COD. INT. 25.60.23

**HIDROTERAPIA: \$ 4020.00**  
COD. 25.60.23

**PRÁCTICA ESPECIALIZADA EN CONSULTORIO: \$ 5640.00**

LOS TRATAMIENTOS ESPECIALES Y/O NO CONVENIDOS REQUERIRÁN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA AUDITORÍA MÉDICA DE LA SEGUNDA ART, CON EL AVAL CLÍNICO DEL MÉDICO PRESCRIBIENTE Y EL PROFESIONAL EFECTOR, ADJUNTO AL PRESUPUESTO.

## LA SEGUNDA PERSONAS

Con vigencia desde: 01/01/2023

**MOD. FISIO-KINESICO + LASER Y/O MAGNETO: \$3720.00**  
COD. INT 25.60.17 + 25.01.07 + 25.50.01

**M.FISIO-KINESICO A DOMICILIO: \$ 5280.00**  
COD. 25.60.11 Incluye cod. 25.01.01 + 25.01.02 + 25.01.06

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 5280.00**  
COD. INT. 25.60.23

**HIDROTERAPIA: \$ 4020.00**  
COD. 25.60.23

**PRÁCTICA ESPECIALIZADA EN CONSULTORIO: \$ 5640.00**

**LOS TRATAMIENTOS ESPECIALES Y/O NO CONVENIDOS REQUERIRÁN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA AUDITORÍA MÉDICA DE LA SEGUNDA ART, CON EL AVAL CLÍNICO DEL MÉDICO PRESCRIBIENTE Y EL PROFESIONAL EFECTOR, ADJUNTO AL PRESUPUESTO.**

### **Asoc. Mutual Empleados del Banco Provincia de Córdoba**

**Con vigencia desde: 01/11/2023**

**Sesión Fisiso-Kinésica Consultorio \$ 3300**

**Sesión Fisiso-Kinésica Domicilio \$ 6000**

**Sesión Fisiso + Nebulización \$ 3300**

**Drenaje Linfático \$ 6600**

**RPG \$ 6600**

**Sesión Neurológica \$ 6600**

**Hidroterapia(con autorización) \$ 6600**

### **MUTUAL FEDERADA SALUD 25 DE JUNIO**

**Con vigencia desde: 01/01/2024**

**GRUPO 1/2/3**

**TRATAMIENTO KINÉSICO SIMPLE:** \$ 4007,00

(250101 / 250102) COD. 860

**TRATAMIENTO KINÉSICO COMPLEJO (F/K/LÁSER/MAGNETO):** \$ 4150,00

(25.01.01 + 25.01.02 + 25.50.01) COD. 861

**KINESIO O FISIO A DOMICILIO (CON AUTORIZACION):** \$ 1305,00

25.01.06

**KINESIO + NEBULIZACIÓN:** \$ 3263,00

(250102+430402) COD. 978

**DRENAJE LINFÁTICO SÓLO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS (CON AUTORIZACIÓN DE MF):**

\$ 3384,00

25.01.03

**NEUROREHABILITACIÓN (CON AUTORIZACIÓN DE MF):**

\$ 3384,00

25.01.16

**BIOFEEDBACK URINARIO TRAT. COMPLETO:** \$ 8739,00

PLANES G1-G2-G3 (4-360108)

**LA HOLANDO SUDAMERICANA CIA. SEGUROS ART**

**Con vigencia desde: 01/06/2023**

**MÓDULO FISIO-KINESIO:** \$2250.00

COD. 25.60.17

INCLUYE COD 25.01.01 + 25.01.02

**MÓDULO ATENCION A DOMICILIO:** \$3600.00

COD. 25.60.11

INCLUYE COD. 25.01.01 + 25.01.02 + 25.01.06

**MODULO FISIO-KINESICO + LASERTERAPIA Y/O MAGNETOTERAPIA:** \$ 4500.00

COD. 25.60.32

INCLUYE COD. 25.60.17 + 25.01.07 + 25.50.01

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA:** \$ 4500.00  
COD INTERNO. 25.60.23

**HIDROTERAPIA:** \$ 4500.00  
COD. 25.60.33

## MEDICUS

Con vigencia desde: 01/01/2024

**PLAN: AZUL- BLANCO-CELESTE-FAMILY CARE-CORPORATE-MÉDICO DE CABECERA- OSTEL**

**S.FISIO/ KINESIOLOGÍA + LASER Y MAGNETO:** \$ 3565,92  
COD. 12255002

**S. FISIOLÓGICA/ KINESIOLOGÍA + EN DOMICILIO- VIÁTICOS A CARGO DE MEDICUS:** \$ 1433,47  
COD. 12255004

**TRAT. DE NEUROREHABILITACIÓN:** \$ 4968,41  
COD. 12250153

**DRENAJE LINFÁTICO 1 MIEMBRO:** \$ 3556,33  
COD. 12255010

**DRENAJE LINFÁTICO 2 MIEMBROS:** \$ 6584,92  
COD. 12255010

**RPG:** \$ 4968,41  
COD. 12255015

**HIDROTERAPIA:** \$ 3653,24  
COD. 1225010201

**REHABILITACIÓN VESTIBULAR:** \$ 4968,41

**DISCAPACIDAD VALOR APE  
SEGÚN RESOLUCIÓN DEL MINISTERIO: Nº 2032/2011**

**VIÁTICO VIGENTE \$ 2150**

**VER MANUAL DE USUARIO Y CREDENCIALES EN NUESTRA WEB, EN EL SECTOR OBRAS SOCIALES**

## MEDIFÉ

Con vigencia desde: 01/02/2024

### SESIÓN FISIO-KINESICA A CONSULTORIO:

\$ 4055.00

COD. 25.50.13

### SESIÓN FISIO-KINESICA A DOMICILIO:

\$ 5388.00

COD. 25.01.06

### SESIÓN NEUROLÓGICA PROGRAMADA:

\$ 6280.00

COD. 29.90.55

## OSADEF

Con vigencia desde: 01/12/2023

### SESIÓN FISIO-KINESICA EN CONSULTORIO CON/SIN MAGNETO/LÁSER: \$ 2500.00

COD. 25.01.07

### SESIÓN FISIO-KINESICA A DOMICILIO: \$ 2600.00

COD. 25.01.06

### CARNET OPCIÓN DE CAMBIO- COSEGURO AFILIADO: \$ 600

### SESIÓN FISIO-KINESICA + NEBULIZACIÓN: \$ 1700

COD. 43.04.02

### DRENAJE LINFÁTICO: \$ 2750.00

### SESIÓN NEUROLÓGICA SIN CERTIFICADO: \$ 2750.00

COD. 25.01.16

### RPG (CON AUTORIZACIÓN): \$ 3200.00

COD. 25.01.17

### HIDROTERAPIA (CON AUTORIZACIÓN): \$ 2750.00

COD. 25.01.18

**Discapacidad a valor SUR**

**CABE ACLARAR QUE A LOS AFILIADOS QUE SE LES PUEDE COBRAR EL COSEGURO EN LA PRÁCTICA DE MAGNETO Y LASER, SON AQUELLOS QUE EN SU CARNET FIGURA OPCION DE CAMBIO.**

**OSITAC**

**Con vigencia desde: 01/01/2024**

**SESIÓN FISIOKINESICA C/ MAGNETO O LASER EN CONSULTORIO: \$ 3250.00**  
COD. 25.01.02

**SESIÓN FISIOKINESICA C/ MAGNETO O LASER A DOMICILIO CON AUTORIZACIÓN PREVIA:**  
\$ 3250.00  
MONOTRIBUTISTA "A" COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO (LO QUE FIGURA EN LA AUTORIZACIÓN)

**O.S.P.F (Farmacia)**

**Con vigencia desde: 01/11/2022**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO: \$ 3300.00**  
COD. 25.01.02

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO: \$ 6000.00**  
COD. 25.01.06

**SESIÓN PRACTICA ESPECIALIZADA: \$ 6000.00**

**DISCAPACIDAD A VALOR SUR**

**O.S.S.O.L.S.A.C. - GRIFF SALUD**

**(Obra Social del Sindicato de Obreros y Empleados de Empresas de Limpieza, Servicios y Afines de Córdoba)**

**Última actualización: 01/02/2024**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO/MAGNETO: \$ 4000.00**  
COD. 25.01.02

**SESIÓN FISIOKINESICA + NEBULIZACIÓN: \$ 4000.00**  
COD. 43.04.02



**O.S.P.E.V.I.C. - GRIFF SALUD**  
**(Obra Social Personal De Vigilancia)**

Con vigencia desde: 01/02/2024

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO/MAGNETO: \$ 4000.00**  
COD. 25.01.02

**SESIÓN FISIOKINESICA + NEBULIZACIÓN: \$ 4000.00**  
COD. 43.04.02

**O.S.Pe.Cor. (OBRA SOCIAL DE PETROLEROS DE CÓRDOBA)**

Con vigencia desde: 01/01/2024

**SESIÓN FISIO-KINESICA A CONSULTORIO FINAL: \$ 3987,50**  
COD. 25.01.02  
MENOS COSEGURO IMPRESO EN LA AUTORIZACIÓN

**SESIÓN NEUROLOGICA EN CONSULTORIO FINAL: \$ 3987,50**  
COD. 25.01.08  
MENOS COSEGURO IMPRESO EN LA AUTORIZACIÓN

**SESIÓN DOMICILIO FINAL: \$ 4268,75**  
COD. 25.01.06  
MENOS COSEGURO IMPRESO EN LA AUTORIZACIÓN

**PRÁCTICAS ESPECIALIZADAS SIN COBERTURA**

**O.S.P.I.A.**

Con vigencia desde: 01/12/2023

**SESIÓN FISIO-KINESICA A CONSULTORIO: \$ 3300.00**  
COD. 25.01.02

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO: \$ 6000.00**  
COD. 25.01.06

**SESIÓN FISIO-KINESICA + NEBULIZACIÓN: \$ 5500.00**

**COD. 43.04.02**

**SESIÓN FISIO-KINESICA CON MAGNETO: \$ 5500.00**

**COD. 25.01.09**

**DRENAJE LINFÁTICO MANUAL, SESIÓN NEUROLÓGICA SIN CERTIFICADO, RPG (CON AUTORIZACIÓN) NO ESTAN EN PMO.**

**Las prácticas que no están en PMO se realizarán: por evaluación, por presupuesto, según CUD (si hubiera o no) o según cada caso.**

## **O.S.P.T.V (Televisión)**

**Con vigencia desde: 01/01/2023**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO: \$4000.00**

**COD. 25.01.02**

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO: \$7500.00**

**COD. 25.01.06**

**SESIÓN FISIOKINESICA + NEBULIZACIÓN: \$4000.00**

**COD. 43.04.02**

**SESIÓN FISIOKINESICA CON MAGNETO: \$4000.00**

**COD. 25.01.09**

**DRENAJE LINFÁTICO: \$6800.00**

**COD. 25.01.15**

**SESIÓN NEUROLÓGICA SIN CERTIFICADO: \$6800.00**

**COD. 25.01.16**

**RPG (CON AUTORIZACIÓN): \$6800.00**

**COD. 25.01.17**

**RECUPERACIÓN POST COVID: \$6800.00**

**DISCAPACIDAD A VALOR SUR**

**25.11.11**

## O.S.P.E.S. CÓRDOBA (Obra Social del Personal de Estaciones de Servicios, Playas de Estacionamientos, Garages, Gomerías y Lavaderos)

Con vigencia desde: 01/12/2023

**SESIÓN KINESIOTERAPIA A CONSULTORIO:** \$2500.00  
COD. 25.01.01+02

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO:** \$2800.00  
MÁS COPAGO A CARGO DEL AFILIADO DE \$450  
COD. 25.01.06

**TRAT. NEUROLOGICO SIN CERTIFICADO:** \$2500.00  
MÁS COPAGO A CARGO DEL AFILIADO DE \$450  
COD. 25.01.16

## OSPIM (Obra Social del Personal de la Industria Molinera) -ENSALUD

Última actualización: 01/08/2023

**SESIÓN KINESIOTERAPIA A CONSULTORIO:** \$ 2002.00  
COD. 25.01.01+02

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO:** \$2843.00  
COD. 25.01.06

## OSPACP (Obra Social del Personal Auxiliar de Casas Particulares) - ENSALUD

Última actualización: 01/08/2023

**SESIÓN KINESIOTERAPIA A CONSULTORIO:** \$ 2002.00  
COD. 25.01.01+02

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO:** \$2843.00  
COD. 25.01.06

## OSPCRA (Obra Social del Personal de Cementerios de la República Argentina) - ENSALUD

Última actualización: 01/08/2023

**SESIÓN KINESIOTERAPIA A CONSULTORIO: \$ 2002.00**  
COD. 25.01.01+02

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO: \$2843.00**  
COD. 25.01.06

## OSTEL ACTIVOS Y JUBILADOS (Obra Social del Personal Telefónico de la República Argentina) - ENSALUD

Última actualización: 01/08/2023

**SESIÓN KINESIOTERAPIA A CONSULTORIO: \$ 2002.00**  
COD. 25.01.01+02

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO: \$2843.00**  
COD. 25.01.06

## OSSEG SEGUROS

Con vigencia desde: 01/01/2024

**SESIÓN KINESIOTERAPIA A CONSULTORIO: \$ 1580,28**  
COD. 25.01.02

**SESIÓN FISIOTERAPIA A CONSULTORIO: \$ 1580,28**  
COD. 25.01.01

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO C/ AUTO: \$ 3513,50**  
COD. 25.01.06

**SESIÓN FISIOKINESICA RESPIRAT + NEBULIZACION: \$ 2725,99**  
COD. 25.01.02+43.04.02

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 3634,65**  
COD. 25.01.15

**TRATAMIENTO NEUROLOGICO CONSULTORIO: \$ 3634,65**  
COD. 25.01.16

**TRATAMIENTO NEUROLOGICO DOMICILIO: \$ 5391,40**  
COD. 25.01.16+25.01.06

**REEDUCACIÓN POSTURAL GLOBAL: \$ 3634,65**  
COD. 25.01.17

**ARANCEL MODULADO PARA PRÁCTICAS EN PACIENTES SECUELARES POST COVID 19: \$ 5267,61**  
**DISCAPACIDAD: VALOR SUR**  
COD. 25.01.11

### **OSTIC (Obra Social de la Industria del Gas) - SERVIRED**

**Con vigencia desde: 01/02/2024**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO FINALES: \$ 4000.00**

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO FINALES: \$ 5000.00**

**PRACTICAS ESPECIALIZADAS EN CONSULTORIO FINALES: \$ 6000.00**

**ARANCEL PARA PRÁCTICAS EN PACIENTES SECUELAS POST COVID FINALES: \$ 6000.00**

**RECORDAMOS QUE LOS VALORES SON FINALES E INCLUYEN EL CO-SEGURO A CARGO DEL AFILIADO SEGÚN PLAN**

### **OSBLYCA (Obra Social del Personal de las Barracas de Lanás, Cueros) - SERVIRED**

**Con vigencia desde: 01/02/2024**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO FINALES: \$ 4000.00**

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO FINALES: \$ 5000.00**

**PRACTICAS ESPECIALIZADAS EN CONSULTORIO FINALES: \$ 6000.00**

**ARANCEL PARA PRÁCTICAS EN PACIENTES SECUELAS POST COVID FINALES: \$ 6000.00**

**RECORDAMOS QUE LOS VALORES SON FINALES E INCLUYEN EL CO-SEGURO A CARGO DEL AFILIADO SEGÚN PLAN**

### **OSPAT (Obra Social del Personal de la Actividad del Turf) - SERVIRED**

**Con vigencia desde: 01/02/2024**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO FINALES: \$ 4000.00**

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO FINALES: \$ 5000.00**

**PRACTICAS ESPECIALIZADAS EN CONSULTORIO FINALES: \$ 6000.00**

**ARANCEL PARA PRÁCTICAS EN PACIENTES SECUELAS POST COVID FINALES: \$ 6000.00**

**RECORDAMOS QUE LOS VALORES SON FINALES E INCLUYEN EL CO-SEGURO A CARGO DEL AFILIADO SEGÚN PLAN**

### **OSMTT (Obra Social de Maquinista de Televisión y Teatro) - SERVIRED**

**Con vigencia desde: 01/02/2024**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO FINALES: \$ 4000.00**

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO FINALES: \$ 5000.00**

**PRACTICAS ESPECIALIZADAS EN CONSULTORIO FINALES: \$ 6000.00**

**ARANCEL PARA PRÁCTICAS EN PACIENTES SECUELAS POST COVID FINALES: \$ 6000.00**

**RECORDAMOS QUE LOS VALORES SON FINALES E INCLUYEN EL CO-SEGURO A CARGO DEL AFILIADO SEGÚN PLAN**

### **OSDOP/SADOP (Obra Social de Docentes Privados) - SERVIRED**

**Con vigencia desde: 01/02/2024**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO FINALES: \$ 4000.00**

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO FINALES: \$ 5000.00**

**PRACTICAS ESPECIALIZADAS EN CONSULTORIO FINALES: \$ 6000.00**

**ARANCEL PARA PRÁCTICAS EN PACIENTES SECUELAS POST COVID FINALES: \$ 6000.00**

**RECORDAMOS QUE LOS VALORES SON FINALES E INCLUYEN EL CO-SEGURO A CARGO DEL AFILIADO SEGÚN PLAN**

## PERSONAL INDUSTRIA GRAFICA (O.P.I.G.P.C.)

Con vigencia desde: 01/11/2023

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO CON LASER Y/O**

**MAGNETO: \$ 2600.00**

COD.25.01.02

**SESIÓN FISIOKINESICA A DOMICILIO: \$ 3500.00**

COD. 25.01.06

**SESIÓN FISIOKINESICA + NEBULIZACIÓN: \$ 2300.00**

COD. 43.04.02

**SESIÓN NEUROLÓGICA SIN CERTIFICADO DE**

**DISCAPACIDAD: \$ 3500.00**

COD. 25.01.16

**DISCAPACIDAD A VALOR SUR**

## PLENUS – SEGUROS PERSONALES (de la Holando A.R.T.)

Última actualización: 01/09/2023

**MÓDULO FISIO-KINESIO: \$2250.00**

COD. 25.60.17

INCLUYE COD 25.01.01 + 25.01.02

**MÓDULO ATENCION A DOMICILIO: \$3600.00**

COD. 25.60.11

INCLUYE COD. 25.01.01 + 25.01.02 + 25.01.06

**MODULO FISIO-KINESICO + LASERTERAPIA Y/O MAGNETOTERAPIA: \$ 4500.00**

COD. 25.60.32

INCLUYE COD. 25.60.17 + 25.01.07 + 25.50.01

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 4500.00**

COD INTERNO. 25.60.23

**HIDROTERAPIA: \$ 4500.00**

COD. 25.60.33

## PODER JUDICIAL

Con vigencia desde: 01/01/2024

### SESIÓN CONSULTORIO 25.91.01:

CATEGORÍA "A" : \$ 5500.00

CATEGORÍA "B" : \$ 5500.00

CATEGORÍA "C" : \$ 5500.00

### SESIÓN DOMICILIO 25.91.02:

CATEGORÍA "A" : \$ 8300.00

CATEGORÍA "B" : \$8300.00

CATEGORÍA "C" : \$ 8300.00

### MÓD. D. LINFÁTICO MANUAL EN CONS.25.91.05:

CATEGORÍA "A" : \$ 5500.00

CATEGORÍA "B" : \$ 5500.00

CATEGORÍA "C" : \$ 5500.00

### MÓD. D. LINFÁTICO MANUAL A DOM. 25.91.06:

CATEGORÍA "A" : \$ 8300.00

CATEGORÍA "B" : \$ 8300.00

CATEGORÍA "C" : \$ 8300.00

### REEDUCACIÓN POSTURAL GLOBAL (RPG) EN CONS. 25.91.04:

CATEGORÍA "A" : \$ 5800.00

CATEGORÍA "B" : \$ 5800.00

CATEGORÍA "C" : \$ 5800.00

### REEDUCACIÓN POSTURAL GLOBAL (RPG) CON FORMACION PHILLIPE SOUCHARD:

CATEGORÍA "A" : \$ 8500.00

CATEGORÍA "B" : \$ 8500.00

CATEGORÍA "C" : \$ 8500.00

SESIÓN EN CONSULTORIO ÚNICAMENTE CON ATENCIÓN EXCLUSIVA Y PERSONALIZADA POR EL PROFESIONAL DE 1 HORA DE DURACIÓN Y PROFESIONALES CON FORMACIÓN PHILLIPE SOUCHARD ACEPTADOS POR LA OSPJN

## POLICÍA FEDERAL

Con vigencia desde: 01/12/2023



**SESIÓN CONSULTORIO: \$ 2800.00**

25.01.02

**SESIÓN FISIOKINESICA A DOMICILIO: \$ 3750.00**

25.01.06

**SESIÓN KINESICA + NEBULIZACIONES: \$ 2800.00**

43.04.02

**SESIÓN LASER Y/O MAGNETO: \$ 2850.00**

25.01.07

## PREMEDIC

Con vigencia desde: 01/12/2023

**PRÁCTICA EN CONSULTORIO:**

\$ 2787.75

COD 25-01-01+25-01-02

## PROVINCIA ART

Con vigencia desde: 01/01/2024

**MODULO FISIO-KINESICO: \$ 3640,00**

COD. 25.01.01 + 25.01.02

**MODULO A DOMICILIO / INTERNACIÓN: \$ 4470,00**

COD. 25.01.06

**HIDROTERAPIA: \$ 4470,00**

COD. 25.01.07

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 5064,00**

COD. 25.01.08

**MODULO NEUROREHABILITACION: \$ 5064,00**

COD. 25.01.09

**07.01.01 – MÓDULO DE REHABILITACIÓN VIRTUAL (SEMANTAL):**

\$ 11186,00

**07.01.02 – MÓDULO DE REHABILITACIÓN VIRTUAL (QUINCENAL):**

\$ 21280,00

**07.01.03 – MÓDULO DE REHABILITACIÓN VIRTUAL (CRÓNICOS):**

\$ 16257,00

## PREVENCIÓN SALUD

Con vigencia desde: 01/02/2024

**MODULO FISIO-KINESICO:** \$ 4000.00

COD. INT. 25.01.12

**MODULO DOMICILIO:** \$ 4500.00

COD. 25.01.06

**MODULO FISIO-KINESICO + LASERTERAPIA Y/O MAGNETOTERAPIA:** \$ 4500.00

COD. INT. 25.01.11

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA:** \$ 4500.00

COD. INT. 29.01.87

**DRENAJE LINFÁTICO (PLANES HABILITADOS A4-A5-A6):** \$ 3600.00

COD. 25.01.95

**DISCAPACIDAD A VALOR SUR**

## PREVENCIÓN ART

Con vigencia desde: 01/02/2024

**SESION FISIO-KINESICO A CONSULTORIO CON MAGNETO Y/O LASER:** \$ 3250.00

COD. INT. 25.01.01/2

**MODULO A DOMICILIO:** \$ 3000.00

COD. 25.01.06

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA:** \$ 4100.00

COD. REHAB:NEU

**DRENAJE LINFÁTICO:** \$ 4100.00

COD. DREN:LINF

## SADAIC

Con vigencia desde: 01/12/2023

**SESION FISIOKINESICA LASER/MAGNETO:** \$2600.00

**SESION FISIOKINESICA A DOMICILIO:** \$2800.00

**SESION FISIOKINESICA + NEBULIZACIÓN: \$ 1600.00**

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 2800.00**

**SESION NEUROLÓGICA SIN CERTIFICADO: \$ 2800.00**

**RPG (CON AUTORIZACIÓN): \$ 2800.00**

## **SANCOR SEGUROS INTEGROS**

**Con vigencia desde: 01/02/2024**

**SESION FISIO-KINESICO A CONSULTORIO CON MAGNETO Y/O LASER: \$ 3250.00**  
COD. INT. 25.01.01/2

**MODULO A DOMICILIO: \$ 3000.00**  
COD. 25.01.06

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 4100.00**  
COD. REHAB:NEU

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 4100.00**  
COD. DREN:LINF

## **- SANCOR SALUD medicina privada - OSCONARA (Obra Social de Conductores Navales de la República Argentina)**

**Con vigencia desde: 01/01/2024**

**PLANES S 1000, S2500, S 3000 Y S 4000**

**MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (F/K/MAGNETO/LÁSER): \$ 3179.00**  
COD. 25.01.83

**MÓDULO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA (KTR): \$ 3179.00**  
COD. 25.01.86 - INCLUYE 25.01.01/25.01.02/43.04.01/43.04.02/31.01.07

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 3762.00**  
COD. 25.01.82

**DOMICILIO: \$ 1894.00**  
COD. 25.01.06

**INTERNACIÓN: \$ 1890.00**

COD. 25.01.95

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 3568.00**

COD. 25.01.88

**- SANCOR SALUD medicina privada -  
OSCICA (Obra Social de la Cámara de la Industria Curtidora Argentina)**

**Con vigencia desde: 01/01/2024**

**PLAN S 5000**

**MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (F/K/MAGNETO/LÁSER): \$ 3179.00**

COD. 25.01.83

**MÓDULO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA (KTR): \$ 3179.00**

COD. 25.01.86 - INCLUYE 25.01.01/25.01.02/43.04.01/43.04.02/31.01.07

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 3762.00**

COD. 25.01.82

**DOMICILIO: \$ 1894.00**

COD. 25.01.06

**INTERNACIÓN: \$ 1890.00**

COD. 25.01.95

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 3568.00**

COD. 25.01.88

**- SANCOR SALUD medicina privada -  
MICA (Mutual de la Industria Curtidora Argentina)**

**Con vigencia desde: 01/01/2024**

**PLAN S 2500**

**MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (F/K/MAGNETO/LÁSER): \$ 3179.00**

COD. 25.01.83

**MÓDULO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA (KTR): \$ 3179.00**

COD. 25.01.86 - INCLUYE 25.01.01/25.01.02/43.04.01/43.04.02/31.01.07

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 3762.00**

COD. 25.01.82

**DOMICILIO:** \$ 1894.00

COD. 25.01.06

**INTERNACIÓN:** \$ 1890.00

COD. 25.01.95

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA:** \$ 3568.00

COD. 25.01.88

**- SANCOR SALUD medicina privada -  
FRUTOS DEL PAIS (Obra Social del Personal de Dirección de Empresas que  
actúan en Frutos Rojos)**

**Con vigencia desde: 01/01/2024**

**PLAN S 5000**

**MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (F/K/MAGNETO/LÁSER):** \$ 3179.00

COD. 25.01.83

**MÓDULO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA (KTR):** \$ 3179.00

COD. 25.01.86 - INCLUYE 25.01.01/25.01.02/43.04.01/43.04.02/31.01.07

**DRENAJE LINFÁTICO:** \$ 3762.00

COD. 25.01.82

**DOMICILIO:** \$ 1894.00

COD. 25.01.06

**INTERNACIÓN:** \$ 1890.00

COD. 25.01.95

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA:** \$ 3568.00

COD. 25.01.88

**- SANCOR SALUD medicina privada -  
OSDIC (Obra Social del Personal Directivo de la Industria de la Construcción)**

**Con vigencia desde: 01/01/2024**

**PLAN S 2500, S 3000**

**MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (F/K/MAGNETO/LÁSER): \$ 3179.00**  
COD. 25.01.83

**MÓDULO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA (KTR): \$ 3179.00**  
COD. 25.01.86 - INCLUYE 25.01.01/25.01.02/43.04.01/43.04.02/31.01.07

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 3762.00**  
COD. 25.01.82

**DOMICILIO: \$ 1894.00**  
COD. 25.01.06

**INTERNACIÓN: \$ 1890.00**  
COD. 25.01.95

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 3568.00**  
COD. 25.01.88

**- SANCOR SALUD medicina privada -  
FOSDIC (Fundación de la Industria de la Construcción)**

**Con vigencia desde: 01/01/2024**

**PLAN S 2500, S 3000**

**MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (F/K/MAGNETO/LÁSER): \$ 3179.00**  
COD. 25.01.83

**MÓDULO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA (KTR): \$ 3179.00**  
COD. 25.01.86 - INCLUYE 25.01.01/25.01.02/43.04.01/43.04.02/31.01.07

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 3762.00**  
COD. 25.01.82

**DOMICILIO: \$ 1894.00**  
COD. 25.01.06

**INTERNACIÓN: \$ 1890.00**  
COD. 25.01.95

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 3568.00**  
COD. 25.01.88

## SANITAS SALUD – CAPITAS OSMATA

Con vigencia desde: 01/01/2024

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO:** \$ 1650,00  
COD. 250101

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO:** \$ 1650,00  
COD. 250102

**MODULO ÚNICO DE FISIOKINESIOTERAPIA:** \$ 3300,00  
COD. 252010

## SCIS - MEDICINA PRIVADA

Última actualización: 01/02/2024

**SESIÓN FISIO-KINÉSICO LÁSER/ MAGNETO CONSULTORIO FINALES:** \$3000.00  
COD. 25.01.01 + 25.01.02

**SESIÓN FISIO-KINÉSICO LÁSER/MAG. A DOMICILIO FINALES:** \$3150.00  
COD. 25.01.06

**SESIÓN FISIOKINESICA + NEBULIZACIÓN FINALES:** \$3000.00

**\*LOS VALORES ACORDADOS INCLUYEN COSEGURO.**

**\*RECUERDEN AL FACTURAR DESCONTARLOS.**

## UNIMED

Con vigencia desde: 01/12/2023

**SESIÓN FISIOTERAPIA CONSULTORIO:** \$2300.00  
COD. 250101

**SESIÓN KINESIOLOGIA CONSULTORIO:** \$2300.00  
COD. 250102

**SESIÓN FISIOKINESICA A DOMICILIO:** SIN COBERTURA

**SESION NEUROKINESIOLOGIA:** \$ 3565.00  
COD. 25.01.53

**SESIÓN FISIOKINESICA +NEBU:** \$ 2415.00  
COD. 430401/02

**TRAT. FISIOKINESICO+LASER+MAGNETO:** \$ 3565.00  
AUTORIZADA POR UNIMED CON DETALLE LASER + MAGNETO

## ARANCELES OBRA SOCIAL SANCOR SEGÚN PLANES

Con vigencia desde: 01/01/2024

### FECHA DE INGRESO A COLEGIO EL DÍA 8 DE CADA MES

MUY IMPORTANTE: DEBIDO A LA AMPLIA CARTILLA DE PLANES SE EXIGE QUE TANTO LOS PROFESIONALES Y EL AREA DE AUDITORIA DE LAS REGIONALES, VERIFIQUEN EL PLAN DE CADA PACIENTE, REALIZANDO LA CORRESPONDIENTE FACTURACION POR SEPARADO Y RECONOCIENDO SOLO LOS CODIGOS Y PLANES AUTORIZADOS A FIN DE EVITAR DEBITOS POR ERRORES DE PROCEDIMIENTO.

| CÓDIGO   | DESCRIPCIÓN  | PLANES<br>S6000/S5000/<br>S4500/S4065/<br>S4000/S3500/<br>S3000/S3000B/<br>S3000R/S2000/<br>S1500/S1500B/<br>S1500R/S1000/<br>S1000B/S1000R | PLANES<br>S800/S700<br>/S500/C<br>F800/F800<br>E/F700 |
|----------|--|---|---|
| 25.01.83 | MÓDULO<br>FISIOKINESIOTERAPIA<br>(FISIO/KINESIO/MAGNETO/L<br>ÁSER) | \$ 3179.00  | \$ 3031.00  |
| 25.01.82 | DRENAJE LINFÁTICO  | \$ 3762.00  | \$ 3014.00  |



| CÓDIGO   | DESCRIPCIÓN  | PLANES<br>S6000/S5000/<br>S4500/S4065/<br>S4000/S3500/<br>S3000/S3000B/<br>S3000R/S2000/<br>S1500/S1500B/<br>S1500R/S1000/<br>S1000B/S1000R | PLANES<br>S800/S700<br>/S500/C<br>F800/F800<br>E/F700 |
|----------|--|---|---|
| 25.01.06 | DOMICILIO (CON AUTORIZACIÓN DEL MÓDULO DE FISIOK)  | \$ 1894.00  | \$ 1403.00  |
| 25.01.86 | SES. KINESITERAPIA RESPIRATORIA(MODULO KTR-INCLUYE 25.01.01/25.01.02/43.04.01/43.04.02/31.01.07) | \$ 3179.00  | \$ \$ 3031.00   |
| 25.01.95 | INTERNACIÓN  | \$ 1890.00  | \$ 1403.00  |
| 25.01.88 | REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA (PLAN C SIN COBERTURA)  | \$ 3568.00  | \$ 3508.00  |

**UNIMED**  
**CÓRDOBA CAPITAL- VILLA MARÍA**  
**NORMAS DE ATENCION Y FACTURACIÓN DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA**

**LOS PEDIDOS DEBERÁN SER AUTORIZADOS “PREVIAMENTE” POR AUDITORIA MÉDICA DE UNIMED (0351)4444497- 4265306)**

**DETALLO A CONTINUACIÓN LOS OBRAS SOCIALES Y PLANES Y RAZÓN SOCIAL A LA CUAL FACTURAR:**

| OBRA SOCIAL  | PLAN          | MODALIDAD DE ATENCIÓN                        |
|--|---------------|--|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: "RESPONSABLE INSCRIPTO"</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA "A" Ó "C"</b> |               |  |
| UNIMED   | PROSALUD S 40 | Presenta<br>ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED   | PROSALUD S 55 | SIN COSEGURO - PRESENTA<br>RP Y AUTORIZACIÓN |
| UNIMED   | PROSALUD S 75 | SIN COSEGURO - PRESENTA<br>RP Y AUTORIZACIÓN |
| UNIMED   | PROSALUD S 95 | SIN COSEGURO - PRESENTA<br>RP Y AUTORIZACIÓN |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS PMO     | Presenta ORDEN DE PRACTICA                   |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 20      | Presenta ORDEN DE PRACTICA                   |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 26      | Presenta ORDEN DE PRACTICA                   |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 32      | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 45      | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 65      | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |

| OBRA SOCIAL  | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|--|-----------|---|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b> |           |   |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS PMO | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 20  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 26  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |

| OBRA SOCIAL  | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|--|-----------|---|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: "RESPONSABLE INSCRIPTO"</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA "A" Ó "C"</b> |           |   |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS PMO | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 20  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 26  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS PMO | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 20  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |

| OBRA SOCIAL  | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|--|-----------|---|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: "RESPONSABLE INSCRIPTO"</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA "A" Ó "C"</b> |           |   |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 26  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS PMO | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 20  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 26  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |

| OBRA SOCIAL  | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|--|-----------|---|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b> |           |   |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSME  | HORUS PMO | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSME  | HORUS 20  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSME  | HORUS 26  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSME  | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSME  | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSME  | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |

| OBRA SOCIAL   | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|---|-----------|---|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b>  |           |   |
| UNIMED/OSME   | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSME   | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| <b>Facturar a Nombre de: UNIMED FIDEICOMISO OSFOT – OBRA SOCIAL DE FOTOGRAFOS Y FOTOCOPISTAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA</b><br><b>Condición Frente al Iva: “EXENTO”</b><br><b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b><br><b>Cuit: 30-71019172-2</b> |           |   |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS PMO | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 20  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 26  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |

| OBRA SOCIAL   | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|---|-----------|---|
| <p align="center"> <b>Facturar a Nombre de: UNIMED FIDEICOMISO OSFOT – OBRA SOCIAL DE FOTOGRAFOS Y FOTOCOPISTAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA</b><br/> <b>Condición Frente al Iva: “EXENTO”</b><br/> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b><br/> <b>Cuit: 30-71019172-2</b> </p> |           |   |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| <p align="center"> <b>Facturar a Nombre de : UNIMED FIDEICOMISO OSTVA</b><br/> <b>Condición Frente al IVA: “EXENTO”</b><br/> <b>Cuit: 30-70947466-5</b><br/> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b> </p>   |           |   |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS PMO | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 20  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 26  | Presenta ORDEN DE PRACTICA                |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |



| OBRA SOCIAL   | PLAN     | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|---|----------|---|
| <b>Facturar a Nombre de : UNIMED FIDEICOMISO OSTVA</b><br><b>Condición Frente al IVA: "EXENTO"</b><br><b>Cuit: 30-70947466-5</b><br><b>Tipo de Comprobante: FACTURA "B" o "C"</b>   |          |   |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 85 | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 95 | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| <b>Facturar a Nombre de: UNIMED S.A.</b><br><b>Condición Frente al Iva: "Responsable Inscripto"</b><br><b>Cuit:: 30-70816021-7</b><br><b>Tipo de Comprobante: FACTURA "A" ó "C"</b> |          |   |
| OSFOT   | MAXIMUN  | S/COSEGURO                                |
| OSFOT   | XINIUM   | S/COSEGURO                                |
| OSFOT   | PREMIUM  | S/COSEGURO                                |
| OSFOT   | MEDIUM   | S/COSEGURO                                |
| OSEIV   | MAXIMUN  | S/COSEGURO                                |
| OSEIV   | XINIUM   | S/COSEGURO                                |
| OSEIV   | PREMIUM  | S/COSEGURO                                |
| OSEIV   | MEDIUM   | S/COSEGURO                                |

| OBRA SOCIAL   | PLAN    | MODALIDAD DE ATENCIÓN |
|---|---------|-----------------------|
| <b>Facturar a Nombre de: UNIMED S.A.</b><br><b>Condición Frente al Iva: “Responsable Inscripto”</b><br><b>Cuit:: 30-70816021-7</b><br><b>Tipo de Comprobante: FACTURA “A” ó “C”</b> |         |                       |
| OSME  | PLAN 1  | S/COSEGURO            |
| <b>Facturar a Nombre de: UNIMED S.A.</b><br><b>Condición Frente al Iva: “Responsable Inscripto”</b><br><b>Cuit:: 30-70816021-7</b><br><b>Tipo de Comprobante: FACTURA “A” ó “C”</b> |         |                       |
| OSME  | MAXIMUN | S/COSEGURO            |
| OSME  | XINIUM  | S/COSEGURO            |
| OSME  | PREMIUM | S/COSEGURO            |
| OSME  | MEDIUM  | S/COSEGURO            |

- EL AFILIADO DEBERÁ FIRMAR CADA UNA DE LAS SESIONES QUE REALICE INDICANDO LA FECHA DE CADA UNA DE ELLAS.
- EL PROFESIONAL ELECTOR DEBERÁ FIRMAR LAS SESIONES REALIZADAS.
- PARA FACTURAR, SE DEBERÁ PRESENTAR:
  1. FACTURA
  2. PEDIDO ORIGINAL ACOMPAÑADO CON LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN
  3. PLANILLA DE ASISTENCIA

### OTRAS LOCALIDADES DEL INTERIOR (Excepto Río Tercero – Río IV- Villa María)

LOS PEDIDOS DEBERÁN SER AUTORIZADOS “PREVIAMENTE” POR AUDITORIA MÉDICA DE UNIMED (0351)4444497- 4265306)

DETALLO A CONTINUACIÓN LOS OBRAS SOCIALES Y PLANES Y RAZÓN SOCIAL A LA CUAL FACTURAR:

| OBRA SOCIAL  | PLAN          | MODALIDAD DE ATENCIÓN                        |
|--|---------------|--|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b> |               |  |
| UNIMED   | PROSALUD S 40 | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED   | PROSALUD S 55 | SIN COSEGURO - PRESENTA<br>RP Y AUTORIZACIÓN |
| UNIMED   | PROSALUD S 75 | SIN COSEGURO - PRESENTA<br>RP Y AUTORIZACIÓN |
| UNIMED   | PROSALUD S 95 | SIN COSEGURO - PRESENTA<br>RP Y AUTORIZACIÓN |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS PMO     | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 20      | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 26      | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 32      | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 45      | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 65      | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |

| OBRA SOCIAL  | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                      |
|--|-----------|--|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b> |           |  |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS PMO | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 20  | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 26  | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |

| OBRA SOCIAL  | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                        |
|--|-----------|--|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b> |           |  |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS PMO | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 20  | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 26  | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS PMO | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 20  | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |

| OBRA SOCIAL  | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                        |
|--|-----------|--|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b> |           |  |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 26  | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS PMO | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 20  | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 26  | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y<br>Autorización |

| OBRA SOCIAL  | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                      |
|--|-----------|--|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b> |           |  |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |
| UNIMED/OSME  | HORUS PMO | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR |
| UNIMED/OSME  | HORUS 20  | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR |
| UNIMED/OSME  | HORUS 26  | ABONA COSEG \$10-<br>DESCONTAR AL FACTURAR |
| UNIMED/OSME  | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |
| UNIMED/OSME  | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |
| UNIMED/OSME  | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización  |

| OBRA SOCIAL   | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|---|-----------|---|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b>  |           |   |
| UNIMED/OSME   | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSME   | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| <b>Facturar a Nombre de: UNIMED FIDEICOMISO OSFOT – OBRA SOCIAL DE FOTOGRAFOS Y FOTOCOPISTAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA</b><br><b>Condición Frente al Iva: “EXENTO”</b><br><b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b><br><b>Cuit: 30-71019172-2</b> |           |   |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS PMO | ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 20  | ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 26  | ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |



| OBRA SOCIAL   | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|---|-----------|---|
| <p align="center"> <b>Facturar a Nombre de: UNIMED FIDEICOMISO OSFOT – OBRA SOCIAL DE FOTOGRAFOS Y FOTOCOPISTAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA</b><br/> <b>Condición Frente al Iva: “EXENTO”</b><br/> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b><br/> <b>Cuit: 30-71019172-2</b> </p> |           |   |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| <p align="center"> <b>Facturar a Nombre de : UNIMED FIDEICOMISO OSTVA</b><br/> <b>Condición Frente al IVA: “EXENTO”</b><br/> <b>Cuit: 30-70947466-5</b><br/> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b> </p>   |           |   |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS PMO | ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 20  | ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 26  | ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |

| OBRA SOCIAL   | PLAN     | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|---|----------|---|
| <p align="center"> <b>Facturar a Nombre de : UNIMED FIDEICOMISO OSTVA</b><br/> <b>Condición Frente al IVA: "EXENTO"</b><br/> <b>Cuit: 30-70947466-5</b><br/> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA "B" o "C"</b> </p>   |          |   |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 85 | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 95 | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| <p align="center"> <b>Facturar a Nombre de: UNIMED S.A.</b><br/> <b>Condición Frente al Iva: "Responsable Inscripto"</b><br/> <b>Cuit:: 30-70816021-7</b><br/> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA "A" ó "C"</b> </p> |          |   |
| OSFOT   | MAXIMUN  | S/COSEGURO                                |
| OSFOT   | XINIUM   | S/COSEGURO                                |
| OSFOT   | PREMIUM  | S/COSEGURO                                |
| OSFOT   | MEDIUM   | S/COSEGURO                                |
| OSEIV   | MEDIUM   | S/COSEGURO                                |
| <p align="center"> <b>Facturar a Nombre de: UNIMED S.A.</b><br/> <b>Condición Frente al Iva: "Responsable Inscripto"</b><br/> <b>Cuit:: 30-70816021-7</b><br/> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA "A" ó "C"</b> </p> |          |   |
| OSME  | PLAN 1   | S/COSEGURO                                |

| OBRA SOCIAL   | PLAN | MODALIDAD DE ATENCIÓN |
|---|------|-----------------------|
| <b>Facturar a Nombre de: UNIMED S.A.</b><br><b>Condición Frente al Iva: “Responsable Inscripto”</b><br><b>Cuit:: 30-70816021-7</b><br><b>Tipo de Comprobante: FACTURA “A” ó “C”</b> |      |                       |
| OSME  | OSME | OSME                  |
| OSME  | OSME | OSME                  |
| OSME  | OSME | OSME                  |
| OSME  | OSME | OSME                  |

- EL AFILIADO DEBERÁ FIRMAR CADA UNA DE LAS SESIONES QUE REALICE INDICANDO LA FECHA DE CADA UNA DE ELLAS.
- EL PROFESIONAL ELECTOR DEBERÁ FIRMAR LAS SESIONES REALIZADAS.
- PARA FACTURAR, SE DEBERÁ PRESENTAR:
  1. FACTURA
  2. PEDIDO ORIGINAL ACOMPAÑADO CON LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN
  3. PLANILLA DE ASISTENCIA

## OTRAS LOCALIDADES DEL INTERIOR RÍO TERCERO – RÍO CUARTO

### NORMAS DE ATENCION Y FACTURACIÓN DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA

**LOS PEDIDOS DEBERÁN SER AUTORIZADOS “PREVIAMENTE” POR AUDITORIA MÉDICA DE UNIMED (0351)4444497- 4265306)**

**DETALLO A CONTINUACIÓN LOS OBRAS SOCIALES Y PLANES Y RAZÓN SOCIAL A LA CUAL FACTURAR:**

| OBRA SOCIAL  | PLAN          | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|--|---------------|---|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: "RESPONSABLE INSCRIPTO"</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA "A" Ó "C"</b> |               |   |
| UNIMED   | PROSALUD S 40 | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED   | PROSALUD S 55 | SIN COSEGURO - PRESENTA RP Y AUTORIZACIÓN |
| UNIMED   | PROSALUD S 75 | SIN COSEGURO - PRESENTA RP Y AUTORIZACIÓN |
| UNIMED   | PROSALUD S 95 | SIN COSEGURO - PRESENTA RP Y AUTORIZACIÓN |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS PMO     | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 20      | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 26      | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 32      | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 45      | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 65      | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |

| OBRA SOCIAL  | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|--|-----------|---|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: "RESPONSABLE INSCRIPTO"</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA "A" Ó "C"</b> |           |   |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSPOCE  | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS PMO | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 20  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 26  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 32  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSSDEB  | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |

| OBRA SOCIAL  | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|--|-----------|---|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: "RESPONSABLE INSCRIPTO"</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA "A" Ó "C"</b> |           |   |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS PMO | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 20  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 26  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 32  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSCEP   | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS PMO | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 20  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |

| OBRA SOCIAL  | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|--|-----------|---|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: "RESPONSABLE INSCRIPTO"</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA "A" Ó "C"</b> |           |   |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 26  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 32  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSEIV   | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS PMO | ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 20  | ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 26  | ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR   |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 32  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |

| OBRA SOCIAL  | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|--|-----------|---|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b> |           |   |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ASSPE   | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSME  | HORUS PMO | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSME  | HORUS 20  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSME  | HORUS 26  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSME  | HORUS 32  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSME  | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSME  | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |



| OBRA SOCIAL   | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|---|-----------|---|
| <b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b><br><b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b><br><b>CUIT: 30-70816021-7</b><br><b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b>  |           |   |
| UNIMED/OSME   | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSME   | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| <b>Facturar a Nombre de: UNIMED FIDEICOMISO OSFOT – OBRA SOCIAL DE FOTOGRAFOS Y FOTOCOPISTAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA</b><br><b>Condición Frente al Iva: “EXENTO”</b><br><b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b><br><b>Cuit: 30-71019172-2</b> |           |   |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS PMO | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 20  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 26  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 32  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |

| OBRA SOCIAL   | PLAN      | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|---|-----------|---|
| <p align="center"> <b>Facturar a Nombre de: UNIMED FIDEICOMISO OSFOT – OBRA SOCIAL DE FOTOGRAFOS Y FOTOCOPISTAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA</b><br/> <b>Condición Frente al Iva: “EXENTO”</b><br/> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b><br/> <b>Cuit: 30-71019172-2</b> </p> |           |   |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 85  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/OSFOT  | HORUS 95  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| <p align="center"> <b>Facturar a Nombre de : UNIMED FIDEICOMISO OSTVA</b><br/> <b>Condición Frente al IVA: “EXENTO”</b><br/> <b>Cuit: 30-70947466-5</b><br/> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b> </p>   |           |   |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS PMO | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 20  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 26  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 32  | PRESENTA ORDEN DE PRÁCTICA                |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 45  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 65  | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |

| OBRA SOCIAL   | PLAN     | MODALIDAD DE ATENCIÓN                     |
|---|----------|---|
| <p align="center"><b>Facturar a Nombre de : UNIMED FIDEICOMISO OSTVA</b><br/> <b>Condición Frente al IVA: "EXENTO"</b><br/> <b>Cuit: 30-70947466-5</b><br/> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA "B" o "C"</b></p>   |          |   |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 85 | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| UNIMED/ OSTV  | HORUS 95 | Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización |
| <p align="center"><b>Facturar a Nombre de: UNIMED S.A.</b><br/> <b>Condición Frente al Iva: "Responsable Inscripto"</b><br/> <b>Cuit:: 30-70816021-7</b><br/> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA "A" ó "C"</b></p> |          |   |
| OSFOT   | MAXIMUN  | S/COSEGURO                                |
| OSFOT   | XINIUM   | S/COSEGURO                                |
| OSFOT   | PREMIUM  | S/COSEGURO                                |
| OSFOT   | MEDIUM   | S/COSEGURO                                |
| OSEIV   | MEDIUM   | S/COSEGURO                                |
| <p align="center"><b>Facturar a Nombre de: UNIMED S.A.</b><br/> <b>Condición Frente al Iva: "Responsable Inscripto"</b><br/> <b>Cuit:: 30-70816021-7</b><br/> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA "A" ó "C"</b></p> |          |   |
| OSME  | PLAN 1   | S/COSEGURO                                |

| OBRA SOCIAL   | PLAN    | MODALIDAD DE ATENCIÓN |
|---|---------|-----------------------|
| <b>Facturar a Nombre de: UNIMED S.A.</b><br><b>Condición Frente al Iva: "Responsable Inscripto"</b><br><b>Cuit:: 30-70816021-7</b><br><b>Tipo de Comprobante: FACTURA "A" ó "C"</b> |         |                       |
| OSME  | MAXIMUM | S/COSEGURO            |
| OSME  | XINIUM  | S/COSEGURO            |
| OSME  | PREMIUM | S/COSEGURO            |
| OSME  | MEDIUM  | S/COSEGURO            |

- EL AFILIADO DEBERÁ FIRMAR CADA UNA DE LAS SESIONES QUE REALICE INDICANDO LA FECHA DE CADA UNA DE ELLAS.
- EL PROFESIONAL ELECTOR DEBERÁ FIRMAR LAS SESIONES REALIZADAS.
- PARA FACTURAR, SE DEBERÁ PRESENTAR:
  1. FACTURA
  2. PEDIDO ORIGINAL ACOMPAÑADO CON LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN
  3. PLANILLA DE ASISTENCIA

Desde el Ministerio de Salud de Discapacidad se informa el nuevo Valor Sur:

A partir del 05/2023 \$ 3673,31

A partir del 06/2023 \$ 3856,98