

# Aranceles de Obras Sociales 2024

**Aumentos MARZO**

Modificado al 03/24

[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: 01/03/2024

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA A CONSULTORIO:**  
\$ 4164,00  
COD. 25.01.01

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA A DOMICILIO:**  
\$ 4274,00  
COD.25.01.02

**Coseguro:**  
\$1444,00  
(A cargo afiliado, que deberá de cobrar el profesional)

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA + NEBULIZACIÓN:**  
\$ 3275,00  
COD. 25.01.03

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA CON MAGNETO:**  
\$ 4348,00  
COD. 25.01.05

**SESIÓN NEUROLÓGICA SIN CERTIFICADO:**

\$ 5030,00

COD. 25.01.06

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

**APROSS**

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

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA A CONSULTORIO:**

\$ 2500.00

COD. 25.01.01

**Coseguro: \$ 2200.00**

**SESIÓN FISIO KINÉSICA A DOMICILIO:**

\$ 2700.00

COD. 25.01.06

**Coseguro: \$ 2200.00**

**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: 01/02/2024

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

**SESIÓN CONSULTORIO:** \$ 4176,00

912501: \$ 1357,20 (MÁSTER)

(912501-912502)

COSEGURO: \$ 730,80 (AFILIADO)

912502: \$ 1357,20(MÁSTER)

COSEGURO: \$ 730,80 (AFILIADO)

**SESIÓN DOMICILIO:** \$ 539,73

250111: \$ 350,83 (MÁSTER)

COSEGURO: \$ 188,90 (AFILIADO)

**SESIÓN NEBULIZACIÓN COMÚN:** \$ 400,90

(MÁSTER) COMÚN: \$ 260,59

COSEGURO: \$ 140,31 (AFILIADO)

**SESIÓN NEBULIZACIÓN ULTRASONIDO: \$ 801,80**

430402: \$ 521,17 (MÁSTER)

COSEGURO: \$ 280,63 (AFILIADO)

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

\$ 33132,00 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: 01/03/2024

**SESIÓN A CONSULTORIO:**

**AGENTES FISICOS Y FISIOTERAPIA: \$ 2250.00**

COD. 250101

**TERAPIA FISICA Y KINESIOTERAPIA: \$ 2250.00**

COD. 250102

**KINESIO Y FISIOTERAPIA A DOMICILIO: \$ 4958.80**

COD. 25.01.06

**SESIÓN CON LASER Y/ O MAGNETO: \$ 2089.78**

COD. 25.01.08

**SESIÓN KINESICA + NEBULIZACIÓN: \$ 1859.55**

COD. 25.01.02 + 43.04.02



**REHAB. NEUROLÓGICA A CONSULTORIO: \$ 6729.80**  
COD. 25.01.10

**RPG. C/ AUTORIZACIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA: \$ 6729.80**  
COD. 25.01.17

**DRENAJE LINFÁTICO MANUAL: C/ CERTIF. AUDITORÍA MÉDICA: \$ 6789.80**  
COD. 25.01.15

**DISCAPACIDAD A VALOR APE**

## INTEGRAL SALUD - GILSA SA

Con vigencia desde: 01/03/2024

**SESIÓN FISIOKINÉSICA CONSULTORIO: \$ 4500,00**  
COD. 25.01.01/02

**SESIÓN FISIOKINÉSICA DOMICILIO: \$ 4500,00**  
COD. 25.01.01/02 +06

**SESIÓN FISIOKINÉSICA + NEBULIZACION: \$ 4250,00**  
COD. 25.01.02+43.04.02 COD. 43.04.01

**SESIÓN NEUROLÓGICA S/CERT A CONS.: \$ 4500,00**  
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: 01/03/2024

**SESIÓN MODULO FISIO/KINES/MAGNETO: \$ 4546.00**

COD. 25.01.72

**SESIÓN FISIO TERAPIA Y / O KINESIOTERAPIA A DOMICILIO: \$ 4546.00**

COD. 25.01.06

**SESIÓN KINESIO + NEBULIZACIONES INCL. OXÍGENO: \$ 2208.00**

COD. 43.04.01

**DISCAPACIDAD: VALOR SUR**

## LA SEGUNDA ART

Con vigencia desde: 01/03/2024

**MOD. FISIO-KINÉSICO + LASER Y/O MAGNETO:** \$4200.00

COD. INT 25.60.17 + 25.01.07 + 25.50.01

**M.FISIO-KINÉSICO A DOMICILIO:** \$ 6100.00

COD. 25.60.11 INCLUYE COD. 25.01.01 + 25.01.02 + 25.01.06

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA:** \$ 6100.00

COD. INT. 25.60.23

**HIDROTERAPIA:** \$ 4600.00

COD. 25.60.23

**PRÁCTICA ESPECIALIZADA EN CONSULTORIO:** \$ 6500.00

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: 01/03/2024

**MOD. FISIO-KINÉSICO + LASER Y/O MAGNETO:** \$4200.00

COD. INT 25.60.17 + 25.01.07 + 25.50.01

**M.FISIO-KINÉSICO A DOMICILIO:** \$ 6100.00

COD. 25.60.11 Incluye COD. 25.01.01 + 25.01.02 + 25.01.06

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA:** \$ 6100.00

COD. INT. 25.60.23

**HIDROTERAPIA: \$ 4600.00**  
COD. 25.60.23

**PRÁCTICA ESPECIALIZADA EN CONSULTORIO: \$ 6500.00**

**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: 01/03/2024**

**GRUPO 1/2/3**

**TRATAMIENTO KINÉSICO SIMPLE:** \$ 5209,00  
(250101 / 250102) COD. 860

**TRATAMIENTO KINÉSICO COMPLEJO (F/K/LÁSER/MAGNETO):** \$ 5395,00  
(25.01.01 + 25.01.02 + 25.50.01) COD. 861

**KINESIO O FISIO A DOMICILIO (CON AUTORIZACIÓN):** \$ 1697,00  
25.01.06

**KINESIO + NEBULIZACIÓN:** \$ 4241,00  
(250102+430402) COD. 978

**DRENAJE LINFÁTICO SÓLO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS (CON AUTORIZACIÓN DE MF):**  
\$ 4399,00  
25.01.03

**NEUROREHABILITACIÓN (CON AUTORIZACIÓN DE MF):**  
\$ 4399,00  
25.01.16

**BIOFEEDBACK URINARIO TRAT. COMPLETO:** \$ 11361,00  
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: 01/03/2024

### SESIÓN FISIO-KINESICA A CONSULTORIO:

\$ 4542.00

COD. 25.50.13

### SESIÓN FISIO-KINESICA A DOMICILIO:

\$ 6035.00

COD. 25.01.06

### SESIÓN NEUROLÓGICA PROGRAMADA:

\$ 7034.00

COD. 29.90.55

## OSADEF

Con vigencia desde: 01/03/2024

### SESIÓN FISIO-KINESICA EN CONSULTORIO CON/SIN MAGNETO/LÁSER: \$ 4000.00

COD. 25.01.07

### SESIÓN FISIO-KINESICA A DOMICILIO: \$ 4100.00

COD. 25.01.06

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

### SESIÓN FISIO-KINESICA + NEBULIZACIÓN: \$ 2500

COD. 43.04.02

### DRENAJE LINFÁTICO: \$ 4250.00

### SESIÓN NEUROLÓGICA SIN CERTIFICADO: \$ 4250.00

COD. 25.01.16

### RPG (CON AUTORIZACIÓN): \$ 4650.00

COD. 25.01.17

### HIDROTERAPIA (CON AUTORIZACIÓN): \$ 4250.00

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: 01/03/2024

**SESIÓN FISIO-KINÉSICA A CONSULTORIO FINAL: \$ 4984,37**  
COD. 25.01.02  
MENOS COSEGURO IMPRESO EN LA AUTORIZACIÓN

**SESIÓN NEUROLÓGICA EN CONSULTORIO FINAL: \$ 4984,37**  
COD. 25.01.08  
MENOS COSEGURO IMPRESO EN LA AUTORIZACIÓN

**SESIÓN DOMICILIO FINAL: \$ 5336,00**  
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. CORDOBA (Obra Social del Personal de Estaciones de Servicios, Playas de Estacionamientos, Garages, Gomerías y Lavaderos)**

**Con vigencia desde: 01/03/2023**

**SESIÓN KINESIOTERAPIA A CONSULTORIO: \$4000.00**  
COD. 25.01.01+02

**SESIÓN FISIOKINÉSICA DOMICILIO: \$4300.00**  
MÁS COPAGO A CARGO DEL AFILIADO DE \$450  
COD. 25.01.06

**TRAT. NEUROLÓGICO SIN CERTIFICADO: \$4000.00**  
MÁS COPAGO A CARGO DEL AFILIADO DE \$450  
COD. 25.01.16

**OSSEG SEGUROS**

**Con vigencia desde: 01/03/2024**

**SESIÓN KINESIOTERAPIA A CONSULTORIO: \$ 2250,00**  
COD. 25.01.02

**SESIÓN FISIOTERAPIA A CONSULTORIO: \$ 2250,00**  
COD. 25.01.01

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO C/ AUTO: \$ 5000,00**  
COD. 25.01.06

**SESIÓN FISIOKINÉSICA RESPIRATORIA + NEBULIZACIÓN: \$ 3407,49**  
COD. 25.01.02+43.04.02

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 4543,31**  
COD. 25.01.15

**TRATAMIENTO NEUROLÓGICO EN CONSULTORIO: \$ 4543,31**  
COD. 25.01.16

**TRATAMIENTO NEUROLÓGICO EN DOMICILIO: \$ 6739,25**  
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: 01/03/2024**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO FINALES: \$ 4480.00**

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO FINALES: \$ 5600.00**

**PRACTICAS ESPECIALIZADAS EN CONSULTORIO FINALES: \$ 6720.00**

**ARANCEL PARA PRÁCTICAS EN PACIENTES SECUELAS POST COVID FINALES: \$ 6720.00**

**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: 01/03/2024**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO FINALES: \$ 4480.00**

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO FINALES: \$ 5600.00**

**PRACTICAS ESPECIALIZADAS EN CONSULTORIO FINALES: \$ 6720.00**

**ARANCEL PARA PRÁCTICAS EN PACIENTES SECUELAS POST COVID FINALES: \$ 6720.00**

**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: 01/03/2024**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO FINALES: \$ 4480.00**

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO FINALES: \$ 5600.00**

**PRACTICAS ESPECIALIZADAS EN CONSULTORIO FINALES: \$ 6720.00**

**ARANCEL PARA PRÁCTICAS EN PACIENTES SECUELAS POST COVID FINALES: \$ 6720.00**

**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: 01/03/2024**

**SESIÓN FISIOKINESICA CONSULTORIO FINALES: \$ 4480.00**

**SESIÓN FISIOKINESICA DOMICILIO FINALES: \$ 5600.00**

**PRACTICAS ESPECIALIZADAS EN CONSULTORIO FINALES: \$ 6720.00**

**ARANCEL PARA PRÁCTICAS EN PACIENTES SECUELAS POST COVID FINALES: \$ 6720.00**

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

## **PERSONAL INDUSTRIA GRÁFICA (O.P.I.G.P.C.)**

**Con vigencia desde: 01/03/2024**

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

**MAGNETO: \$ 4500.00**

COD.25.01.02

**SESIÓN FISIOKINÉSICA A DOMICILIO: \$ 6000.00**

COD. 25.01.06

**SESIÓN FISIOKINÉSICA + NEBULIZACIÓN: \$ 4200.00**

COD. 43.04.02

**SESIÓN NEUROLÓGICA SIN CERTIFICADO DE**

**DISCAPACIDAD: \$ 6000.00**

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

**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: 01/03/2024

**PRÁCTICA EN CONSULTORIO:**

\$ 3700.00

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

## PROVINCIA ART

Con vigencia desde: 01/03/2024

**MODULO FISIO-KINESICO:** \$ 4295,00

COD. 25.01.01 + 25.01.02

**MODULO A DOMICILIO / INTERNACIÓN:** \$ 5364,00

COD. 25.01.06



**HIDROTERAPIA:** \$ 5364,00  
COD. 25.01.07

**DRENAJE LINFÁTICO:** \$ 6077,00  
COD. 25.01.08

**MODULO NEUROREHABILITACION:** \$ 6077,00  
COD. 25.01.09

**07.01.01 – MÓDULO DE REHABILITACIÓN VIRTUAL (SEMANAL):**  
\$ 13424,00

**07.01.02 – MÓDULO DE REHABILITACIÓN VIRTUAL (QUINCENAL):**  
\$ 25536,00

**07.01.03 – MÓDULO DE REHABILITACIÓN VIRTUAL (CRÓNICOS):**  
\$ 19509,00

## PREVENCIÓN SALUD

Con vigencia desde: 01/03/2024

**MODULO FISIO-KINESICO:** \$ 4400.00  
COD. INT. 25.01.12

**MODULO DOMICILIO:** \$ 5000.00  
COD. 25.01.06

**MODULO FISIO-KINESICO + LASERTERAPIA Y/O MAGNETOTERAPIA:** \$ 5000.00  
COD. INT. 25.01.11

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA:** \$ 5000.00  
COD. INT. 29.01.87

**DRENAJE LINFÁTICO (POR SESIÓN. PLANES HABILITADOS A4-A5-A6):** \$  
4150.00  
COD. 25.01.95

**DISCAPACIDAD A VALOR SUR**

## PREVENCIÓN ART

Con vigencia desde: 01/03/2024

**SESION FISIO-KINESICO A CONSULTORIO CON MAGNETO Y/O LASER: \$ 3900.00**  
COD. INT. 25.01.01/2

**MODULO A DOMICILIO: \$ 4200.00**  
COD. 25.01.06

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 4500.00**  
COD. REHAB:NEU

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 4500.00**  
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: 01/03/2024

**SESION FISIO-KINESICO A CONSULTORIO CON MAGNETO Y/O LASER:** \$ 3900.00  
COD. INT. 25.01.01/2

**MODULO A DOMICILIO:** \$ 4200.00  
COD. 25.01.06

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA:** \$ 4500.00  
COD. REHAB:NEU

**DRENAJE LINFÁTICO:** \$ 4500.00  
COD. DREN:LINF

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

Con vigencia desde: 01/03/2024

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

**MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (F/K/MAGNETO/LÁSER):** \$ 4424.00  
COD. 25.01.83

**MÓDULO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA (KTR):** \$ 4424.00  
COD. 25.01.86 - INCLUYE 25.01.01/25.01.02/43.04.01/43.04.02/31.01.07

**DRENAJE LINFÁTICO:** \$ 5235.00  
COD. 25.01.82

**DOMICILIO:** \$ 2636.00  
COD. 25.01.06

**INTERNACIÓN: \$ 2630.00**  
COD. 25.01.95

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 4965.00**  
COD. 25.01.88

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

**Con vigencia desde: 01/03/2024**

**PLAN S 5000**

**MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (F/K/MAGNETO/LÁSER): \$ 4424.00**  
COD. 25.01.83

**MÓDULO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA (KTR): \$ 4424.00**  
COD. 25.01.86 - INCLUYE 25.01.01/25.01.02/43.04.01/43.04.02/31.01.07

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 5235.00**  
COD. 25.01.82

**DOMICILIO: \$ 2636.00**  
COD. 25.01.06

**INTERNACIÓN: \$ 2630.00**  
COD. 25.01.95

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 4965.00**  
COD. 25.01.88

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

**Con vigencia desde: 01/03/2024**

**PLAN S 2500**

**MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (F/K/MAGNETO/LÁSER): \$ 4424.00**  
COD. 25.01.83

**MÓDULO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA (KTR): \$ 4424.00**  
COD. 25.01.86 - INCLUYE 25.01.01/25.01.02/43.04.01/43.04.02/31.01.07

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 5235.00**  
COD. 25.01.82

**DOMICILIO:** \$ 2636.00  
COD. 25.01.06

**INTERNACIÓN:** \$ 2630.00  
COD. 25.01.95

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA:** \$ 4965.00  
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: 01/03/2024**

**PLAN S 5000**

**MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (F/K/MAGNETO/LÁSER):** \$ 4424.00  
COD. 25.01.83

**MÓDULO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA (KTR):** \$ 4424.00  
COD. 25.01.86 - INCLUYE 25.01.01/25.01.02/43.04.01/43.04.02/31.01.07

**DRENAJE LINFÁTICO:** \$ 5235.00  
COD. 25.01.82

**DOMICILIO:** \$ 2636.00  
COD. 25.01.06

**INTERNACIÓN:** \$ 2630.00  
COD. 25.01.95

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA:** \$ 4965.00  
COD. 25.01.88

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

**Con vigencia desde: 01/03/2024**

**PLAN S 2500, S 3000**

**MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (F/K/MAGNETO/LÁSER): \$ 4424.00**

COD. 25.01.83

**MÓDULO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA (KTR): \$ 4424.00**

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

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 5235.00**

COD. 25.01.82

**DOMICILIO: \$ 2636.00**

COD. 25.01.06

**INTERNACIÓN: \$ 2630.00**

COD. 25.01.95

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 4965.00**

COD. 25.01.88

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

**Con vigencia desde: 01/03/2024**

**PLAN S 2500, S 3000**

**MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (F/K/MAGNETO/LÁSER): \$ 4424.00**

COD. 25.01.83

**MÓDULO DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA (KTR): \$ 4424.00**

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

**DRENAJE LINFÁTICO: \$ 5235.00**

COD. 25.01.82

**DOMICILIO: \$ 2636.00**

COD. 25.01.06

**INTERNACIÓN: \$ 2630.00**

COD. 25.01.95

**REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA: \$ 4965.00**

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: 01/03/2024

### 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 S6000/S5000/ S4500/S4065/ S4000/S3500/ S3000/S3000B/ S3000R/S2000/ S1500/S1500B/ S1500R/S1000/ S1000B/S1000R	PLANES S800/S700 /S500/C F800/F800 E/F700
25.01.83	MÓDULO FISIOKINESIOTERAPIA (FISIO/KINESIO/MAGNETO/L ÁSER)	\$ 4424.00	\$ 4218.00
25.01.82	DRENAJE LINFÁTICO	\$ 5235.00	\$ 4424.00



CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PLANES S6000/S5000/ S4500/S4065/ S4000/S3500/ S3000/S3000B/ S3000R/S2000/ S1500/S1500B/ S1500R/S1000/ S1000B/S1000R	PLANES S800/S700 /S500/C F800/F800 E/F700
25.01.06	DOMICILIO (CON AUTORIZACIÓN DEL MÓDULO DE FISIOK)	\$ 2636.00	\$ 1952.00
25.01.86	SES. KINESITERAPIA RESPIRATORIA (MÓDULO KTR- INCLUYE 25.01.01/25.01.02/43.04.0 1/43.04.02/31.01.07)	\$ 4424.00	\$ 4218.00
25.01.95	INTERNACIÓN	\$ 2630.00	\$ 1952.00
25.01.88	REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA (PLAN C SIN COBERTURA)	\$ 4965.00	\$ 4881.00

**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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b>		
UNIMED	PROSALUD S 40	Presenta ORDEN DE PRACTICA
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 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 Autorización
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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: "RESPONSABLE INSCRIPTO"</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: "RESPONSABLE INSCRIPTO"</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: "RESPONSABLE INSCRIPTO"</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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> <b>Condición Frente al Iva: “EXENTO”</b> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b> <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>  <b>Condición Frente al Iva: “EXENTO”</b>  <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b>  <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>  <b>Condición Frente al IVA: “EXENTO”</b>  <b>Cuit: 30-70947466-5</b>  <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> <b>Condición Frente al IVA: "EXENTO"</b> <b>Cuit: 30-70947466-5</b> <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> <b>Condición Frente al Iva: "Responsable Inscripto"</b> <b>Cuit:: 30-70816021-7</b> <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> <b>Condición Frente al Iva: “Responsable Inscripto”</b> <b>Cuit:: 30-70816021-7</b> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “A” ó “C”</b>		
OSME	PLAN 1	S/COSEGURO
<b>Facturar a Nombre de: UNIMED S.A.</b> <b>Condición Frente al Iva: “Responsable Inscripto”</b> <b>Cuit:: 30-70816021-7</b> <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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b>		
UNIMED	PROSALUD S 40	ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR
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	ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR
UNIMED/OSPOCE	HORUS 20	ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR
UNIMED/OSPOCE	HORUS 26	ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR
UNIMED/OSPOCE	HORUS 32	Sin Coseguro - Presenta RP y Autorización
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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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- DESCONTAR AL FACTURAR
UNIMED/OSSDEB	HORUS 20	ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR
UNIMED/OSSDEB	HORUS 26	ABONA COSEG \$10- 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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b>		
UNIMED/OSCEP	HORUS PMO	ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR
UNIMED/OSCEP	HORUS 20	ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR
UNIMED/OSCEP	HORUS 26	ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR
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	ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR
UNIMED/OSEIV	HORUS 20	ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR

OBRA SOCIAL	PLAN	MODALIDAD DE ATENCIÓN
<b>FACTURAR A NOMBRE DE: UNIMED S.A.</b> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <b>TIPO DE COMPROBANTE: FACTURA “A” Ó “C”</b>		
UNIMED/OSEIV	HORUS 26	ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR
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	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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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- DESCONTAR AL FACTURAR
UNIMED/OSME	HORUS 20	ABONA COSEG \$10- DESCONTAR AL FACTURAR
UNIMED/OSME	HORUS 26	ABONA COSEG \$10- 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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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> <b>Condición Frente al Iva: “EXENTO”</b> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b> <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>  <b>Condición Frente al Iva: “EXENTO”</b>  <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b>  <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>  <b>Condición Frente al IVA: “EXENTO”</b>  <b>Cuit: 30-70947466-5</b>  <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>  <b>Condición Frente al IVA: "EXENTO"</b>  <b>Cuit: 30-70947466-5</b>  <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>  <b>Condición Frente al Iva: "Responsable Inscripto"</b>  <b>Cuit:: 30-70816021-7</b>  <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>  <b>Condición Frente al Iva: "Responsable Inscripto"</b>  <b>Cuit:: 30-70816021-7</b>  <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> <b>Condición Frente al Iva: “Responsable Inscripto”</b> <b>Cuit:: 30-70816021-7</b> <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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: "RESPONSABLE INSCRIPTO"</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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> <b>CONDICIÓN FRENTE AL IVA: “RESPONSABLE INSCRIPTO”</b> <b>CUIT: 30-70816021-7</b> <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> <b>Condición Frente al Iva: “EXENTO”</b> <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b> <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>  <b>Condición Frente al Iva: “EXENTO”</b>  <b>Tipo de Comprobante: FACTURA “B” o “C”</b>  <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>  <b>Condición Frente al IVA: “EXENTO”</b>  <b>Cuit: 30-70947466-5</b>  <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>  <b>Condición Frente al IVA: "EXENTO"</b>  <b>Cuit: 30-70947466-5</b>  <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>  <b>Condición Frente al Iva: "Responsable Inscripto"</b>  <b>Cuit:: 30-70816021-7</b>  <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>  <b>Condición Frente al Iva: "Responsable Inscripto"</b>  <b>Cuit:: 30-70816021-7</b>  <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> <b>Condición Frente al Iva: "Responsable Inscripto"</b> <b>Cuit:: 30-70816021-7</b> <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