

Material Imprimible

Curso de Facturación de Prestaciones Médicas

Módulo 2

**Contenidos:**

- Facturación de prestaciones ambulatorias
- Normativas
- Codificación de prestaciones de radiología, laboratorios, consultas, rehabilitación y estudios
- Ejercicios

### Prestaciones ambulatorias

Para empezar, es importante recordar que las prestaciones médicas implican la ejecución de acciones de salud que persiguen, como resultado final, confirmar un diagnóstico, efectuar un tratamiento y realizar el seguimiento de un determinado problema de salud. Además, habíamos dicho que son consideradas ambulatorias cuando se trate de la atención o tratamientos que se llevan a cabo en un consultorio, con tiempos breves de atención, ubicados en una o varias consultas. En este sentido, podemos decir que las prestaciones ambulatorias son, específicamente, aquellos servicios que brindan las instituciones sanatorias y que no requieren el uso de hotelería por parte del paciente. Entonces, para comprender mejor lo que estamos diciendo, será necesario que realicemos algunas otras definiciones... En primer lugar, podemos destacar que se identifica a la consulta como la atención médica que brinda el profesional en un consultorio externo ambulatorio.

Pero, además, otra característica de la atención ambulatoria es que no requiere mantener al paciente internado. De hecho, lo que sucede en estos casos es que el paciente acude al centro de salud, entra a su consulta o recibe la sesión que le corresponde de acuerdo al tratamiento que lleva, y regresa a su casa. Es por este motivo que, algunas de las prácticas consideradas ambulatorias son:

- Los servicios de cirugía ambulatoria
- Las consultas externas
- El hospital de día
- Y las visitas médicas a domicilio.

Quizás se pregunten por qué mencionamos a las cirugías ambulatorias dentro de estas prácticas... Esto se debe a que se trata de un servicio en el que el paciente es operado y dado de alta el mismo día. Es decir, la recuperación no es de riesgo y se puede realizar en el mismo domicilio. De cualquier manera, es importante destacar que este tipo de cirugías son menores en comparación con una cirugía de alta complejidad, en la cual se requiere de mayores cuidados y de personal calificado.

La principal ventaja de los servicios ambulatorios es que no se le exige al paciente un cambio de entorno, lo cual les permite a las personas continuar con sus actividades cotidianas después de culminada la sesión. Pero, además, las intervenciones ambulatorias implican un ahorro de recursos para las instituciones de salud, ya que no se hace uso de habitación, ropa de cama, insumos, y cuidados de enfermería.

Otras prestaciones ambulatorias que podemos mencionar son:

- Las prácticas de laboratorio,
- Las resonancias magnéticas,
- Las tomografías y
- Las radiografías.
- Algunas cirugías especializadas, como por ejemplo las oftalmológicas,
- Los tratamientos de quimioterapia,
- La rehabilitación después de una cirugía
- Y la fisioterapia.

Luego, las prácticas especializadas también forman parte de las prestaciones ambulatorias, y hacen referencia a la atención de prácticas médicas o estudios solicitados por el profesional en la consulta, como es el caso de un electrocardiograma, por ejemplo. Es decir que se le realiza al paciente el estudio solicitado, se obtiene un resultado y se lo traduce a un informe realizado por un médico especialista, que, en este caso, sería un cardiólogo.

Por lo tanto, es importante que, al momento de facturar las prestaciones ambulatorias, realicemos un análisis previo de la documentación presentada. Como vimos antes, estas prácticas suelen ser consultas, estudios, laboratorios, cirugías menores, o sesiones de rehabilitación. Entonces, para cada una de ellas nos tendrán que presentar las órdenes de atención, de prácticas, partes quirúrgicos, detalle de sesiones o informes de estudios.

### **Facturación**

Vamos a detenernos en la manera correcta de facturación de las prestaciones ambulatorias para evitar rechazos o débitos. Para ello, es importante que veamos cómo armar y enviar la documentación correspondiente. En primer lugar, tenemos que saber que, en estos casos, además de emitir la factura, con el valor parcial y total correspondiente, debemos realizar otra planilla con un detalle de las prestaciones facturadas, en donde describiremos:

- La fecha en que se realizaron las consultas
- El código correspondiente
- La descripción del tipo de prestación
- El valor que corresponda a la fecha en que se realizó la prestación
- Y el nombre del profesional que la efectuó.

- Cabe destacar que, en muchos casos, y dependiendo de las normas de trabajo del lugar, cada consulta tendrá además la firma del paciente.

Entonces, con toda la documentación recopilada, podremos facturar cada atención realizada asignándole el código correspondiente. Así, podemos, por ejemplo, utilizar el 42.01.01 de consulta en consultorio. En esos casos, la documentación adjunta podrá contar con resúmenes de atención o de historia clínica de cada paciente atendido, con su nombre y apellido, obra social a la cual pertenece, el plan, su número de afiliado, la fecha, el diagnóstico, la firma del médico y el sello. Es importante señalar que en el sello debe constar el nombre y el apellido del profesional interviniente, así como su especialidad y el número de matrícula legible. Y también pueden ser adjuntados los cupones de atención con los mismos datos antes mencionados.

Cabe señalar que se facturará un solo código por consulta. Esto quiere decir que si, por ejemplo, un médico atendió a 20 pacientes en un día, serán 20 códigos 42.01.01 con su respectivo valor unitario y, al final del detalle de facturación, se hará la suma y se informará el importe total de las consultas.

Por otro lado, es importante que no olvidemos de armar correctamente la documentación que será adjuntada. Además, debemos hacer la revisión de cada orden emitida por el médico, para que no falte ninguno de los datos mencionados anteriormente, de manera que, si faltase algún dato, podamos solicitarle al médico que lo complete. De esta forma estaremos haciendo nuestro trabajo correctamente y evitaremos débitos prestacionales por falta de datos o documentación.

Veamos qué ocurre en el caso de los estudios, como pueden ser las radiografías, las resonancias, las tomografías, las ecografías, los electrocardiogramas o estudios de medicina nuclear... En estos casos, será necesario contar la siguiente información:

- Por un lado, el pedido de estudio efectuado por el médico
- Así como la autorización correspondiente, si hiciese falta, solicitada a la obra social, prepaga o aseguradora
- Y el informe del estudio realizado.

Es importante tener en cuenta que el pedido médico de estudios también deberá tener los mismos datos ya mencionados. Es decir: el nombre y apellido del paciente, su obra social, plan y número de afiliado, el diagnóstico, y la fecha, firma y sello del médico.

Entonces, la documentación a presentar será:

- La solicitud o pedido médico de estudios
- El informe del estudio realizado, firmado por el médico especialista interviniente, con los datos del paciente y las imágenes de los estudios realizados, en forma física o digital.
- Además, será necesaria la autorización emitida por la obra social
- Y el detalle de las prestaciones.

Ahora bien, se preguntarán cuál es el código que se utilizará en estos casos... Se deberá considerar aquel que corresponda a cada estudio particular, según se trate de radiografías, tomografías, resonancias, ecografías o cualquier otro estudio diagnóstico. Y, para su facturación, se deberá consignar la fecha en la que fueron realizados, junto con el valor unitario correspondiente a la fecha de vigencia.

Pasemos a la facturación de las sesiones de rehabilitación, como pueden ser las de kinesiología o fisioterapia. En estos casos, tendremos que adjuntar a la factura un detalle con todos los datos del paciente, las fechas y la cantidad de sesiones realizadas, así como el precio por sesión y la sumatoria total. A esto le adjuntaremos una planilla con la fecha en que se realizó cada sesión, la descripción de la práctica, la firma del paciente y del profesional que lo atendió en esas fechas. Además, si fuese necesario, también se adjuntará la autorización del tratamiento emitida por la obra social, prepaga o aseguradora.

Por último, analicemos el caso de las cirugías ambulatorias... Cuando debemos facturar estas prácticas, realizaremos un detalle con los datos del paciente, la cirugía realizada, el código correspondiente a la práctica y el valor vigente.

Luego, como documentación será imprescindible el parte quirúrgico, que es un informe con los datos del paciente y la fecha de la cirugía, donde el cirujano describe el diagnóstico, el procedimiento a realizar, el nombre de la cirugía y un relato de la práctica quirúrgica desde su inicio hasta su final. Este parte quirúrgico deberá tener la firma y sello de cirujano, así como los datos del anestesista, si hubiese participado. Y, también, se adjuntará la autorización correspondiente a la cirugía.

Tener en cuenta el detalle de cada una de las prestaciones es fundamental al momento de llevar adelante la facturación, porque el correcto armado y envío de la documentación facturada evitará tener faltantes que serán motivo de débito, así como cualquier error de facturación. Por esta razón deberemos tener especial cuidado en el momento de

codificar las prestaciones, asignando a cada práctica el código correspondiente del Nomenclador.

Ya sabemos que el Nomenclador establece determinadas normativas para la facturación de algunas prestaciones, y estas normativas deben ser aplicadas para no generar errores o prácticas mal facturadas. Por lo tanto, a medida que vayamos viendo cada tipo de prestación a facturar, mencionaremos cuáles son las normativas que el Nomenclador les aplica.

### **Prácticas radiológicas**

Como dijimos anteriormente, el Nomenclador Nacional establece determinadas normas que se aplicarán en el momento de facturar. Entonces, así como vimos las que se aplican a las prácticas médicas, es importante que analicemos, ahora, qué ocurre en el caso de las prácticas radiológicas.

En primer lugar, debemos mencionar que las prestaciones radiológicas se encuentran en el capítulo 34 del Nomenclador Nacional. A partir de allí, nos podemos encontrar con los siguientes subcapítulos:

- El 34.01 que corresponde a radioscopía
- El 34.02 al aparato esquelético
- El 34.03 que implica el aparato respiratorio
- Luego, nos encontramos con el 34.04 que refiere al aparato respiratorio, digestivo y cavidad abdominal.
- El 34.05 al aparato urinario
- Y el 34.06 de aparato genital femenino y mamas.
- El código 34.07 que corresponde a neurorradiología
- El 34.08 a angiocardiorradiología
- El 34.09 a cinerradiología, radiología en quirófano y domicilio.
- El 34.10 que es una Tomografía Axial Computada, también conocida como TAC
- Y el 34.20 que implica una Resonancia Magnética Nuclear.

Entonces, para la facturación de prestaciones radiológicas, se deberá tener en cuenta que la normativa establecida en el Nomenclador Nacional dice que:

“A) Las exposiciones radiográficas podrán ser efectuadas según el procedimiento convencional, o con cámara de 70 a 100 mm., de acuerdo a la potencia y complejidad de

los aparatos que se utilizan para realizar los estudios radiológicos, se establecen categorías, cuya letra, en mayúsculas, se coloca al final de cada código. Ello significa que los estudios mencionados en cada uno de ellos deberán ser realizados por equipos que posean las especificaciones de la categoría o por un equipo de mayor rendimiento o complejidad y nunca por otro menor”.

Asimismo, indica que:

“B) Las prácticas de radiología y/o radioterapia podrán ser facturadas únicamente cuando se efectúen en las condiciones descritas a continuación” y, para ello, enumera las siguientes posibilidades. En primer lugar, establece que el acto radiográfico “es la toma de placas radiográficas con fines de diagnóstico médico. Deben ir acompañadas de informe efectuado y firmado por un médico radiólogo. Copia del informe deberá ser archivada por el médico actuante. Este acto debe ser efectuado en un centro radiológico”.

Por otro lado, explica que el acto radioscópico “es el estudio del paciente a través de pantallas de radioscopia, intensificador de imágenes y/o circuitos de TV. Debe ser realizado por un médico radiólogo en un servicio radiológico” y aclara que “el médico radiólogo deberá acreditar ante su entidad primaria 5 años de actuación radiológica oficial o privada, o poseer título universitario habilitante”.

Luego, en cuanto al acto de radioterapia cobaltoterapia indica que se trata de “la aplicación de radiaciones ionizantes con fines terapéuticos. Deberá ser supervisada en forma ininterrumpida por médico radioterapeuta”. Y, al igual que los médicos radiólogos, “el médico radioterapeuta deberá acreditar ante su entidad primaria 5 años de actuación radiológica oficial o privada, o poseer título universitario habilitante”.

Por último, en cuanto a los servicios radiológicos, indica que “todo lugar donde funcionen equipos de radiodiagnóstico y/o radioterapia. Deben estar dirigidos por un médico radiólogo, quien será responsable del servicio. Todo servicio radiológico deberá contar con la presencia de un médico radiólogo al menos durante el 30% del tiempo de atención semanal”.

Posteriormente, el apartado “c” de la norma indica que “cuando el acto radiológico y/o de radiocobalto terapia sea efectuado sin reunir todos los requisitos enunciados, no podrá ser facturado. Salvo en el siguiente caso: cuando no exista un centro radiológico en un radio de 40 km. En este caso se facturará solamente el gasto, no pudiendo facturarse estudios que requieren radioscopia”.

También tenemos que:

“D) En las prácticas que requieran especialistas, los honorarios de estos últimos serán facturados por separado. Cuando el radiólogo efectúe la práctica del especialista, percibirá solo los honorarios de radiología.

E) En los aranceles no están incluidos sustancias de contraste ni otros fármacos.

F) Los estudios marcados con # necesariamente deberán ser efectuados con radioscopía, la cual no está incluida debiendo ser facturada por separado con los rubros 34.01.01, 02 o 03 no acumulables según sea lo empleado en cada estudio.

G) No podrán facturarse radioscopías ordenadas por el mismo radiólogo.

Y H) Los gastos del código 34, en su totalidad deberán de facturados de acuerdo al valor de la unidad radiológica”.

Entonces, hasta acá estuvimos analizando las normativas del Nomenclador, pero también habrá que tener en cuenta que los estudios radiológicos contrastados deben acompañarse siempre por el código 34.01.03, que es el de uso de aparato con circuito cerrado de TV. Y, además, a los estudios acompañados por el signo numeral, como lo describe la normativa del Nomenclador, se le debe sumar este código también. De esta manera, si por ejemplo tenemos el código 34.04.02, correspondiente a estudio seriado de esófago, y se le aplica el código anterior, es porque es necesario el uso del aparato de circuito cerrado de TV para poder realizarlo.

### **Posiciones radiográficas**

Además de las particularidades que vimos anteriormente, con respecto a los códigos de radiología, también es importante que sepamos reconocer el nombre de determinadas posiciones radiográficas, para poder codificarlas posteriormente.

En primer lugar, mencionaremos a las radiografías o RX de senos paranasales, denominadas SPN. Luego, también se encuentran las llamadas frontonasoplaca, o FNP, que es una posición para observar los senos frontales. Y, por último, destacaremos la mentonasoplaca, o MNP, que se utiliza para reflejar los senos maxilares, o cavum, que es la porción alta de la faringe.

Entonces, en estos casos, se codificará con el número 34.02.01, correspondiente a RX del cráneo, cara, senos paranasales o cavum para la primera posición, y con el código 34.02.02 de exposición subsiguiente para la siguiente placa radiográfica.



Cabe destacar que algunas radiografías son mencionadas, usualmente, por sus abreviaturas, como las que mencionamos antes; SPN, FNP y MNP. Otra posibilidad es SGD, que es una RX seriada gastroduodenal, o SEGD que es una RX seriada esófago gastroduodenal.

Entonces, si, por ejemplo, tenemos que codificar una radiografía de cráneo y frontonasoplaca o FNP, serán dos placas radiográficas y codificaremos 34.02.01 por la primera, y 34.02.02 por la segunda.

Veamos qué sucede en el caso de las RX de columna. En este caso, es importante tener en cuenta que pueden abarcar distintas porciones, que son: la columna cervical, dorsal, lumbar, sacra y coxígea. Y, a su vez, pueden ser combinadas. Es decir: cervicodorsal, dorsolumbar, lumbosacra y sacrococcigea. En estos casos, se codificará con el número 34.02.09 correspondiente a RX de raquis para la primera posición y 34.02.10 de exposición subsiguiente, para las siguientes.

Para comprender mejor estas codificaciones, pongamos un ejemplo... Supongamos que tenemos una radiografía de columna cervical, una de columna dorsal, y una de columna sacrococcigea. La forma de codificarlas será: 34.02.09 por la primera, que es la de columna cervical, 34.02.10 por la de columna dorsal, y repetiremos la segunda exposición, que es 34.02.10, por la de columna sacrococcigea.

Es importante tener en cuenta que la primera exposición de una región siempre es x 1 y solo se usa una vez. Esto quiere decir que nunca se multiplica. Solamente se multiplican las segundas exposiciones por la cantidad requerida, como vimos en el caso anterior, en donde el 34.02.09 solo se usó para la primera placa y el 34.02.10 para las subsiguientes.

Otra característica importante es que las radiografías de columna, según la zona, pueden tener diferentes nombres. En el caso de las de columna cervical pueden ser: columna cervical frente, perfil, ambas oblicuas (oblicua derecha e izquierda), y perfil en máxima extensión y flexión. Mientras que, para la columna lumbar pueden ser: columna lumbar frente, perfil y Ferguson. Esta última es una posición desde un ángulo determinado para comprobar si existen patologías lumbares.

Analicemos qué ocurre en otras situaciones... Por ejemplo, las radiografías de hombro pueden ser frente, perfil, o vuelo de pájaro, que es una postura con el brazo extendido. Mientras que las de húmero serán de frente, perfil o transtorácica. La placa transtorácica implica una posición con el brazo levantado sobre la cabeza del paciente.

Luego, las radiografías de cadera pueden ser: cadera frente, perfil, alar, obturatriz, y Lowenstein. Cabe señalar que la proyección oblicua obturatriz permite evaluar la

columna anterior y la pared posterior de la cadera, mientras que la proyección oblicua alar, mostrará la columna posterior y la pared anterior. Y, por su parte, la proyección Lowenstein es una postura con las piernas flexionadas y las plantas de los pies en contacto.

Habiendo realizado estas consideraciones, debemos saber que hay también algunas variables en la codificación de radiología, que es imprescindible que las conozcamos para llevar adelante la facturación correctamente. Veamos algunos ejemplos. El código 34.02.13, correspondiente a RX de antebrazo, codo, mano, rodilla, pierna, tobillo y pie, contiene 2 posiciones por placa. Por lo tanto, si tenemos una placa de rodilla, frente y perfil, el código será 34.02.13, porque abarca las dos exposiciones.

Luego, el código 34.06.01 de Mamografía senografía corresponde a una mamografía unilateral, al igual que el 34.06.02 de mamografía, proyección axilar, o prolongación axilar unilateral. Entonces, ¿qué creen que tendremos que hacer en estos casos? Si tenemos que facturar una mamografía bilateral, o de mama derecha e izquierda, además de una proyección axilar bilateral, cada uno de los códigos mencionados, es decir, el 34.06.01 y el 34.06.02, serán x 2.

### **Codificación**

En esta oportunidad, nos detendremos en algunas consideraciones importantes al momento de codificar las prestaciones médicas. Por eso, es que veamos qué ocurre en determinados casos, en los que ciertos códigos llevan, además, otros sumados. Por ejemplo, en el caso del número 34.06.04 correspondiente a una histerosalpingografía, se le deberán sumar los códigos 34.01.03 de radioscopia con circuito cerrado de televisión y 22.01.07 de instilación de sustancia radiopaca, ya que ese estudio requiere del uso de esa aparatología y sustancia.

Lo mismo ocurre con el código 34.07.02 correspondiente a una ventriculografía por inyección de medio de contraste líquido o gaseoso. En este caso, se le deberá agregar el 01.07.01 de ventriculografía por inyección de un medio de contraste, como procedimiento neurorradiológico.

Veamos otras posibilidades:

- Por ejemplo, el código 34.08.01 de control radioscópico para colocación de marcapasos transitorio con electrodo endocavitario, siempre debe ir acompañado por el código 07.01.12 correspondiente a cateterismo de

corazón para colocación de marcapaso transitorio, porque es un procedimiento quirúrgico que acompaña a esta práctica.

- Y, para el código 34.08.02, de control radioscópico para colocación de marcapaso definitivo con electrodo endocavitario, siempre le adicionaremos el código 07.01.03 que es el de colocación de marcapaso definitivo con electrodo endocavitario, como complemento de esa prestación.

Luego, otro dato importante a tener en cuenta es que el código 34.09.01 de Tomografía lineal, no es la Tomografía Axial Computada o T.A.C. usado habitualmente. Entonces, se preguntarán dónde podemos encontrar esa práctica... Bueno, la Tomografía Axial Computada está a partir del capítulo 34.10 y comienza con el código 34.10.01 de T.A.C. Cerebral hasta el 34.10.13 T.A.C. de columna.

Además, en relación con este estudio, debemos saber que la T.A.C. de columna abarca tres cuerpos vertebrales consecutivos. Teniendo en cuenta que la columna vertebral está compuesta por 7 vértebras cervicales, 12 dorsales, 5 lumbares, 5 sacras y 5 coccígeas, habrá que examinar cuántas vértebras abarca el estudio para codificarlo correctamente. Veamos un ejemplo para comprenderlo mejor.

Si tenemos una T.A.C. cérvico dorsal, en la que se abarcaron 3° y 4° cervical, y 1°, 2° y 3° dorsal, deberemos utilizar el código 34.10.13 x 2, ya que un código abarca la tercera y cuarta cervical, así como la primera dorsal, y el segundo código abarcará la segunda y tercera dorsal. Luego, en una TAC dorso lumbar que abarcó 11° y 12° dorsal y 1° lumbar, se facturará 34.10.13 x 1, porque son tres vértebras las que están contenidas en un solo código.

Cabe señalar que esta última diferenciación de tres vértebras por cada código de T.A.C. es la forma correcta de codificar, pero en la práctica casi no se utiliza. ¿Saben, entonces, cuál es la forma más común de facturar las tomografías? Por zonas. Es decir, si tenemos T.A.C. de columna cervical, dorsal, lumbar y sacrococcigea, serán 34.10.13 T.A.C. de columna x 4, ya que es la forma más práctica de hacerlo cuando no hay detalle de las vértebras que comprende cada estudio y facilita una rápida codificación.

Además de los códigos de prácticas radiológicas vistas, el código 34.09.05 correspondiente a radiografía en quirófano o habitación, es uno de los más utilizados, ya que corresponde a las prácticas radiológicas que deban efectuarse con pacientes internados que no puedan ser trasladados. También se utiliza en aquellas cirugías que

requieran radiología en quirófano, que se realizarán mediante el uso de un aparato portátil de rayos.

Y, por último, debemos tener en cuenta que el código 34.10.01 es el de TAC cerebral y el 34.10.02 el de TAC cerebral reforzada, que es cuando se inyecta una sustancia de contraste que se facturará por separado. Lo que sucede es que, en algunas ocasiones, se administra un medio de contraste radiopaco para efectuar la tomografía.

Los medios de contraste son sustancias que se pueden ver en las radiografías y que ayudan a distinguir un tejido de otro. Además, es importante tener en cuenta que el medio de contraste se puede inyectar en una vena o administrarse, tanto por vía oral, como por vía rectal. Ahora bien, se preguntarán en qué caso se utilizará cada uno... Bueno, en realidad los medios de contraste utilizados dependen del tipo de examen que se realice y de la parte del organismo que se esté valorando.

Por otro lado, cabe señalar que existen varios tipos de materiales de contraste. Algunos de ellos son: los compuestos yodados y los de sulfato de bario, que se utilizan en los exámenes por imágenes de rayos X y Tomografía Axial Computada. Pero lo que debemos tener en cuenta, al momento de realizar la facturación, es que estas sustancias no tienen un código establecido en el Nomenclador Nacional. Por lo tanto, deberán facturarse según código o denominación convenida en la institución donde se realice el estudio. De esta manera, se facturan con el valor farmacológico vigente, y en forma separada del código de tomografía que se haya usado.

### **Capítulos del Nomenclador Nacional**

Es momento de conocer algunos otros capítulos del Nomenclador Nacional que nos resultarán de utilidad para codificar las prestaciones y su posterior facturación. Comencemos con el capítulo 34.20 que corresponde a Resonancia Magnética Nuclear, o RMN. En primer lugar, debemos destacar que abarca desde el código 34.20.01 de Resonancia Magnética Nuclear cerebral, hasta el 34.20.14 de Resonancia Magnética Nuclear de articulaciones. Entonces, como podemos ver, estos códigos, al igual que los de tomografía, corresponden a zonas específicas, como pueden ser una RMN torácica, de abdomen, o TAC de tiroides o mamaria.

Un dato importante a tener en cuenta es que, a diferencia de lo que vimos en el caso de las prácticas radiográficas, este estudio no tiene segundas exposiciones. Entonces, en el caso de las resonancias de las zonas de la columna, se usará un código por cada una, por ejemplo. Y, si tenemos una resonancia de columna cervical, dorsal y lumbar, entonces

---

facturaremos el código 34.20.13 correspondiente a Resonancia Magnética Nuclear de Columna x 3.

Continuemos con el capítulo 18, correspondiente a ecografía y ecodoppler. En este caso, también se trata de prácticas ambulatorias que están relacionadas a las radiológicas, porque los gastos de este código se facturan con unidad de gastos radiológicos. Además, según las Normas del Nomenclador Nacional sobre estos códigos, para poder efectuar las prácticas de ecografía el médico deberá aportar antecedentes y tener certificación habilitante dada por autoridad competente, o acreditar seis meses de concurrencia de posgrado en una institución pública o privada reconocida, nacional o extranjera. Luego, para efectuar y facturar una ecocardiografía, deberá ser también médico cardiólogo. Y, para poder efectuar y facturar la ecografía oftalmológica, deberá ser también oftalmólogo.

Este capítulo abarca desde el código 18.01.01 de ecocardiograma completo, hasta el 18.01.18 de ecografía pancreática o suprarrenal y comprende todos los estudios ecográficos. Y, posteriormente, tenemos el código 18.06.01 que corresponde a ecografía de partes blandas.

Además, entre los códigos anteriormente mencionados, nos encontramos con los códigos 18.02, 18.03 y 18.05 que corresponden a otros ecodoppler. Detengámonos en algunos de los más utilizados...

- El 18.02.02 es de ecodoppler periférico color
- El 18.03.01 de ecodoppler cardíaco color
- El 18.03.02 que corresponde a ecocardiograma de stress físico y/o farmacológico, o eco stress
- Y el 18.05.01 de ecodoppler cardíaco fetal.

Una ecografía Doppler, o un ecodoppler, es una prueba no invasiva que calcula el flujo de la sangre a través de los vasos sanguíneos. Para llevar a cabo este estudio, el dispositivo combina un ultrasonido regular, que rebota las ondas sonoras de los objetos, con el efecto Doppler, para determinar la velocidad a la que se mueven los objetos que, en este caso, son los glóbulos rojos.

Entonces, se preguntarán cómo se realiza la práctica... Se pasa un dispositivo sobre la piel en el área que se va a examinar. De esta manera, el dispositivo envía ondas sonoras de alta frecuencia para rebotar en los glóbulos rojos, midiendo el flujo sanguíneo en un vaso sanguíneo particular.

---

Pasemos, ahora al capítulo 26, correspondiente a medicina nuclear, que es también una de las prácticas ambulatorias de estudio más utilizadas. Algunas de las prestaciones de este capítulo se realizan con la participación de material radioactivo. Este aspecto es muy importante, porque según la norma del Nomenclador, en todos los casos en que no esté aclarado, el costo del material radioactivo no se halla incluido en el honorario y se fijará de acuerdo con la lista de precios oficiales que rige en la Comisión Nacional de Energía Atómica y se tomará como base el envío mínimo que esta comisión efectúa.

A su vez, los materiales radioactivos están clasificados según estudio realizado y por aplicación, por la Cámara de Entidades de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio, o CEDIM. Esta entidad publica, periódicamente, una tabla con los valores actualizados de todos los materiales radioactivos utilizados para realizar estos estudios de medicina nuclear, que van desde la curva de captación tiroidea a los centellogramas. De hecho, el Nomenclador Nacional contiene códigos que incluyen y mencionan el tipo de material usado que se facturará por separado según el listado de CEDIM.

¿Qué les parece si vemos, entonces, algunos de los códigos que incluyen la descripción del material radioactivo utilizado?

- Por ejemplo, el código 26.01.02 corresponde a estudio completo de la función tiroidea con iodo 131.
- Luego, el código es de 26.01.34 relación perfusión ventilación con XE133
- El 26.02.31 es de Spect cardíaco coronario estudio de perfusión con Talio 201 esfuerzo y redistribución.
- Y el código 26.02.34 corresponde a estudio de la función ventricular izquierda y perfusión miocárdica con Spect reposo, esfuerzo con Mibi TC99m.

De cualquier manera, hay otros códigos, como por ejemplo el 26.01.07 de dosis terapéutica en tirotoxicosis, o el 26.01.08 de tratamiento de carcinoma de tiroides, que, además de tener expresado el valor a través de las unidades del Nomenclador multiplicadas por honorarios y otros gastos, también podrán ser encontrados en el listado de materiales del CEDIM, en donde están replicados los mismos códigos con la cantidad de unidades de material radioactivo y su valor vigente.

Por ejemplo, el código 26.01.07 detalla que puede ser solución o cápsulas del material requerido, con una medida que va desde los 20 a los 40 mCi, que es la unidad de medida de la radioactividad. O el código 26.01.08 que también expresa la presentación del material con una medida de 20 a 400 mCi, y detalla los precios vigentes de cada medida,

que son los valores que utilizaremos para facturar estos materiales, además del valor propio del código de la práctica. Por lo tanto, cada vez que facturemos códigos de medicina nuclear, tendremos que buscar en el listado de materiales del CEDIM para corroborar si el material está valorizado y usaremos ese precio para su facturación.

### **Prestaciones de laboratorio**

Anteriormente, estudiamos cómo se facturan las prácticas radiológicas y qué consideraciones deben tenerse, de acuerdo con las normas del Nomenclador y las particularidades que presentan algunos códigos. Por eso, es momento de que aprendamos acerca de las prestaciones de laboratorio.

Como ya habíamos visto, los análisis clínicos tienen un Nomenclador aparte que coexiste con el Nomenclador Nacional. Recordemos que, en este caso, se llama Nomenclador Bioquímico Único o NBU, y que surgió con la necesidad de agregar nuevas determinaciones y simplificar la valorización de cada una de ellas.

Además, es importante tener en cuenta que los códigos que presenta son los mismos del Nomenclador Nacional y, los que son nuevos, corresponden a prácticas agregadas. Ahora bien, algunas diferencias se dan por motivos de simplificación. Por ejemplo, en el NBU los códigos 677 material descartable para la extracción de sangre y 998 recepción y toma de muestra del Nomenclador Nacional se reemplazan con el código 001 que los agrupa con el nombre de acto bioquímico.

Pero se preguntarán a qué hace referencia este código... De acuerdo con las normativas del NBU, el acto bioquímico se aplica a toda prescripción médica que indique pruebas de sobrecarga, de inhibición o de estímulo. Por eso, es importante tener en cuenta que, desde la toma de muestra hasta la interpretación y entrega de los resultados, con el asesoramiento posterior, en el caso que sea necesario, se incluye solo un material descartable adicional. Y esta es la referencia que se aplica a todas las prestaciones.

De cualquier manera, nosotros nos detendremos en las prestaciones de laboratorio correspondientes al Nomenclador Nacional. Analicémoslas juntos. Lo que debemos tener en cuenta, en primer lugar, es que el Nomenclador contiene normas bioquímicas que aplican a las prácticas de laboratorio. Por ejemplo, la norma 3 indica que la indicación “a domicilio”, sólo se realizará cuando resulte perjudicial para la salud del usuario su traslado hasta el laboratorio.

Luego, la segunda norma de mayor importancia es la número 9, que dice que el código 998 de recepción y toma de muestra, se adicionará en la facturación a todo código

---

facturable. Sin embargo, detalla algunas excepciones, que son los códigos 272, 273 y 999 de extracción a domicilio, a domicilio fuera del radio urbano y urgencia respectivamente. Entonces, por cada código de prestación que facturemos, deberemos agregar un código 998, y éste se repetirá tantas veces como códigos tengamos.

Veamos un ejemplo. Si tenemos las siguientes prácticas:

- Hemograma
- Glucemia
- Uremia
- Uricemia
- Y orina completa

Los códigos correspondientes serán:

- 66.04.75
- 66.04.12
- 66.09.02
- 66.09.04
- Y 66.07.11, respectivamente.

Y, luego, a estos códigos se le sumará el código 998 x 5. Esto quiere decir que se repite por la cantidad de determinaciones solicitadas. Cabe destacar que éste es el único código que se repite por cada código facturado.

Pasemos, ahora, a la norma número 19. Allí se establece que el código 677 de material descartable para la extracción de sangre, “será reconocido por cada orden médica u odontológica que prescriba una o más prácticas que requieran la extracción de muestras de sangre”. Esto quiere decir que, en este caso, se agrega una sola vez por cada orden médica.

Entonces, teniendo en cuenta el ejemplo anterior donde teníamos las siguientes determinaciones:

- El código 66.04.75 de hemograma
- El 66.04.12 correspondiente a glucemia
- El 66.09.02 de uremia
- El 66.09.04 de uricemia



- Y el 66.07.11 para orina completa

agregaremos el código 677 por el material descartable para la extracción de sangre que se utiliza una sola vez, además del código 998 x 5 mencionado anteriormente.

Otra norma importante a tomar en consideración es la número 17, que dice que las prácticas bioquímicas identificadas con un asterisco o, como sucede en algunos nomencladores, con la frase “en urgencia sumar código 999” podrán ser facturadas con el agregado del código 999 de urgencia, recargo por cada determinación, toda vez que sean prescriptas como “urgentes”. Esto quiere decir que aquellas prácticas que no tengan este asterisco no serán reconocidas como “urgentes”, aunque se integren en una misma prescripción.

Y, por último, la norma número 12 dice que a los efectos de la presentación de la facturación se deben tener en cuenta las siguientes normas de trabajo:

- En primer lugar, saber que “el hemograma completo comprende: recuento de glóbulos rojos, recuento de glóbulos blancos, hematocrito, hemoglobina y fórmula leucocitaria”.
- Luego, “el hepatograma completo incluye: bilirrubina directa o indirecta, colesterol, transaminasas (GOT y GPT, transaminasa oxalacética y glutámico pirúvica), fosfatasa alcalina, proteínas totales, relación albúmina globulina y tiempo de protrombina”.

A su vez, explica que:

- “El ionograma plasmático comprende: sodio, potasio, cloro, bicarbonato y hematocrito”.
- Mientras que, “la curva de glucemia comprende: determinación de glucemia basal, tres glucemias post ingestión de glucosa y tres glucosurias”.
- Y, finalmente, el coagulograma comprende: tiempo de coagulación o TC, tiempo de sangría o TS, tiempo de protrombina o PT y tiempo de protrombina con Kaolin o KPTT, así como recuento de plaquetas y prueba de lazo.

Entonces, ¿saben por qué hacemos hincapié en la importancia de conocer estas normas? Porque las debemos tener en cuenta al momento de codificar y facturar determinaciones

de laboratorio, para evitar la facturación doble de códigos, que luego serán motivo de débito.

Para comprender mejor lo que estuvimos estudiando, veamos el siguiente ejemplo.

Supongamos que tenemos para facturar:

- Hepatograma completo
- Colesterol
- Glucemia
- Proteínas totales
- Y orina completa

Entonces la codificación correcta será:

- 66.04.81 para hepatograma completo
- 66.04.12 para glucemia
- Y 66.07.11 para orina completa.
- Además de 677 de material descartable y 998 de recepción y toma de muestra x 3, que es la cantidad de prácticas codificadas.

Ahora bien, habrán notado que no incluimos ningún código para colesterol y proteínas totales. ¿Saben por qué ocurre eso? Porque esas prácticas no serán codificadas, en este caso, porque se encuentran incluidas dentro del hepatograma completo. Entonces, si las pusiéramos aparte, se duplicarían.

Por otro lado, debemos señalar que los estudios de análisis clínicos los encontramos desde el código 66.00.01 al 66.11.95 y, generalmente, se los menciona con los últimos tres dígitos. Es decir, en el caso del hemograma, cuyo código es 66.04.75, lo podemos encontrar mencionado como 475. Lo mismo ocurre con el código 66.04.12 de glucemia, que lo podemos encontrar con los números 412 o los triglicéridos, cuyo código es 66.08.76, y se lo menciona como 876. Hacemos hincapié en esto porque esta forma de mencionarlos y de codificarlos en los detalles de facturación, es generalmente aceptada y se puede hacer sin que represente ningún inconveniente que sea motivo de rechazo o débito.

Esta simplificación de códigos es la forma de hacerlos más sencillos para la codificación e identificación, pero es importante saber que éstas son las únicas prestaciones que se

aceptan con esta modalidad. Entonces, es común que los códigos de laboratorio los veamos expresados y los utilicemos con los últimos tres dígitos.

Otro detalle que debe ser tenido en cuenta con respecto a las prácticas de laboratorio son las abreviaturas más utilizadas, porque es común que los médicos, al momento de solicitar un laboratorio, lo hagan con abreviaturas, en especial cuando son muchos los análisis requeridos. Esto se debe a que se busca la manera de que puedan quedar todas contenidas en el formato de una receta.

En el material complementario encontrarán un listado detallado de las abreviaturas más utilizadas para nombrar a las prácticas de laboratorio y que son necesarias para reconocer la práctica solicitada o descrita, y poder asignarle del código del Nomenclador correcto. Pero lo que podemos ver, ahora, es el significado de algunos de los términos que se utilizan, Por ejemplo:

- “Emia” corresponde a sangre
- “Uria” refiere a orina
- y “grama” es un estudio.

### **Proceso de facturación**

Como ya sabemos el proceso de facturación se inicia con la documentación que se nos presenta a la oficina de facturación por los distintos sectores, ya sea consultorios de atención ambulatoria o internaciones. Por lo tanto, en el caso de las prestaciones ambulatorias, lo primero que tenemos que hacer es corroborar que todas las órdenes o informes estén completos y que no tengan algún dato faltante.

Si faltase algún dato que pueda ser completado desde nuestro sector, lo haremos. ¿Saben cuáles pueden ser algunos ejemplos de esto? Una posibilidad son aquellos datos del paciente que podamos obtener de la base de datos. Pero, en el caso de que falten detalles médicos, firmas o sellos, tendremos que solicitar al personal administrativo que les pida al o los médicos intervinientes que los completen.

Una vez revisada toda la documentación, y si está completa y no tiene faltantes ni errores, comenzaremos a codificar las prestaciones que necesitamos facturar. A cada práctica realizada le corresponderá un código del Nomenclador que se describirá en el detalle de facturación, además de la fecha en que se realizó, y el valor vigente convenido entre prestador y prestataria.

Cabe destacar que, generalmente, toda la información de tipo de prestaciones, fechas, pacientes, con sus respectivos datos, y valores, están cargados en el sistema de gestión o

de carga que se utilizan en las diferentes instituciones. Entonces, si bien estos sistemas de carga de facturación no son los mismos en todos lados, con algunas diferencias, todos nos permitirán el ingreso por campos de:

- Los datos del paciente
- El número de afiliado o de documento
- La obra social, prepaga o aseguradora a la que pertenece
- La fecha en que se realizó la prestación
- Así como el código del Nomenclador Nacional que le corresponde a dicha prestación.

De esta manera, en la mayoría de los sistemas se informa automáticamente la descripción del tipo de práctica una vez que cargamos el código, y también arroja el valor vigente según el código y según la fecha de realización, de acuerdo con los valores cargados en la base de datos.

Pero, si bien no es muy común, puede suceder que no tengamos los valores disponibles en el sistema. Entonces, tendremos que cargar el valor manualmente, haciendo el cálculo de honorarios y gastos multiplicados por el valor acordado entre las partes, con vigencia en la fecha en que se realizó la práctica. Como ya dijimos, esto puede ser una excepción, pero por eso es importante que recordemos que cada código tiene unidades de honorarios y de gastos que son los que usaremos para obtener el valor final de la práctica. Luego, una vez que se haya cargado toda la información de facturación, se cerrará la factura y se sacará un detalle de las prestaciones facturadas, que podrá hacerse por sistema. Pero, se preguntarán cómo podemos hacer si no tuviéramos disponible esa posibilidad en nuestro sistema de gestión... Bueno, en ese caso nosotros podremos confeccionar un Excel con los datos de la facturación y este detalle se adjuntará a la factura, además de toda la documentación respaldatoria de las prácticas.

Para finalizar, al momento del cierre de la facturación, se volverá a revisar que esté todo completo, sin errores y sin faltantes, ya que esto puede generar débitos, y eso es precisamente lo que trataremos de evitar. De cualquier manera, no se preocupen porque más adelante hablaremos del proceso a seguir si llegara a ocurrir que tuviéramos un débito por errores o faltantes en la documentación.

## Ejemplos

Teniendo en cuenta todos los conocimientos que hemos adquirido, es momento de empezar a aplicarlos en una forma práctica.

En primer lugar, vamos a ver determinadas cirugías, daremos su significado y les otorgaremos el código correspondiente del Nomenclador Nacional. La primera de ellas es una cardiografía, que es una sutura de una herida en el miocardio. Entonces, ¿qué es lo primero que tenemos que hacer? Para comenzar debemos acudir al Nomenclador Nacional y buscar el capítulo correspondiente a esta práctica que, en este caso, está en la primera parte, porque recordemos que las cirugías estaban descriptas en los capítulos 1 al 13.

Una vez hecho esto, debemos encontrar el código específico. Para ello, empezaremos por determinar el sistema correspondiente. En este caso, se trata de una práctica del sistema cardiovascular, por lo que lo encontraremos en el capítulo 07. Luego, en el subcapítulo 07.01 encontraremos las operaciones en el corazón y el pericardio. Y, así, llegaremos al código correspondiente que es el 07.01.08. Si se fijan en el Nomenclador, verán que ese número corresponde a cardiografía, sutura de corazón, herida, traumatismo.

Pasemos al caso de una colostomía, que es un procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura, o estoma, hecha en la pared abdominal. Esta cirugía se encuentra en el capítulo 08 de operaciones en el aparato digestivo y abdomen. Una vez que encontramos eso, iremos al subcapítulo 08.05 de operaciones en el colon y recto, y, así, llegaremos al código 08.05.21 de colostomía temporaria o definitiva única intervención.

Luego, para una mastoplastia, que es una cirugía de reconstrucción de la mama, iremos al capítulo 06 de operaciones en la mama, subcapítulo 06.01, que también corresponde a operaciones en la mama, y codificaremos la práctica con el código 06.01.05 de mastoplastia. En el caso de este código, debemos tener en cuenta que se trata de una práctica unilateral. Entonces, ¿saben cómo podemos hacer si la cirugía es bilateral, es decir, de ambas mamas? Bueno, en ese caso se codificará como 06.01.05 x 2.

Continuemos con una histerectomía, que es una operación para extraer el útero. En este caso, deberemos buscar el capítulo 11 de operaciones en el aparato genital femenino y obstetricia, subcapítulo 11.02 de operaciones en el útero, y el código es el 11.02.01 de Histerectomía radical; colpoanexohisterectomía total.

Por último, analicemos el caso de una blefaroplastia, es un tipo de cirugía que se realiza para reparar los párpados caídos y puede consistir en la eliminación de exceso de piel,

músculo y grasa. ¿Saben dónde lo encontramos? Bueno, en este caso debemos acudir al capítulo 02 de operaciones en el aparato de la visión. Una vez allí, encontraremos el subcapítulo 02.02 de operaciones en los párpados, y así llegaremos al código 02.02.02 de blefaroplastia, que, al igual que la mastoplastía, es unilateral. Entonces, como vimos, si se trata de operaciones en ambos ojos, se facturará el código 02.02.02 x 2.

Continuando con la aplicación práctica de la teoría, es momento de codificar una serie de radiografías, recordando que “radiología” se encuentra en el capítulo 34, y las normas de facturación que ya aprendimos. La primera será RX de cráneo frente y perfil. Entonces, una vez que estemos en el capítulo 34 debemos buscar el subcapítulo 34.02 de aparato esquelético, y, así veremos, que el código es el 34.02.01 de RX del cráneo, cara, senos paranasales o cavum + el 34.02.02 por exposición subsiguiente. De esta forma, el primer código corresponde a la primera exposición radiográfica, el frente, y el segundo a la segunda exposición, que es el perfil.

Veamos qué ocurre en el caso de una RX de senos paranasales. En este caso, también iremos al subcapítulo 34.02 y el código que corresponde a esta práctica también será el 34.02.01 de RX del cráneo, cara, senos paranasales o cavum.

Continuemos con una RX MNP y FNP. Recordemos que estas siglas corresponden a mentonasoplaca y frontonasoplaca. En este caso, también corresponde buscar en el subcapítulo 34.02. Allí, encontraremos que los códigos que corresponden son el 34.02.01 para la mentonasoplaca y el 34.02.02 para la frontonasoplaca como segunda exposición. Recordemos que estas dos exposiciones corresponden, a su vez, en otro ángulo a cara y senos paranasales.

Para codificar una RX de columna cervical frente y perfil + RX de columna dorsal frente y perfil, iremos al subcapítulo 34.02 de aparato esquelético, y los códigos que corresponden son el 34.02.09 de RX de raquis, o columna, para la primera placa o exposición que es columna cervical frente, y 34.02.10 x 3, para las demás exposiciones subsiguientes que son: RX de columna cervical perfil, RX de columna dorsal frente y perfil. Tengamos en cuenta que el código de la primera exposición se usa una sola vez, y el código de la segunda exposición es el que multiplica tantas veces como placas de columna tengamos. Pasemos, ahora, al caso de una RX de cadera derecha frente y perfil. En este caso, también comenzará buscándose en el subcapítulo 34.02 y, entonces, los códigos serán: 34.02.11 de RX de hombro, húmero, pelvis, cadera y fémur, para la exposición cadera frente + 34.02.12 por la segunda exposición cadera perfil.

Ahora bien, se preguntarán qué debemos hacer en el caso de que tengamos que codificar una RX de ambas caderas, izquierda y derecha, frente y perfil... En ese caso, los códigos serán el 34.02.11 por la primera exposición, cadera izquierda frente y 34.02.12 x 3 por las exposiciones subsiguientes. Es decir, por cadera izquierda perfil y cadera derecha frente y perfil, teniendo en cuenta la multiplicación solo de la segunda exposición.

Luego, para la codificación de RX de ambos hombros frente y perfil, y vuelo de pájaro, seguiremos en el subcapítulo 34.02. Allí encontraremos que los códigos son: 34.02.11 de RX de hombro para la primera placa, es decir, RX de hombro derecho frente, y 34.02.12 x 5 para las exposiciones subsiguientes, que son: hombro derecho perfil, hombro izquierdo frente y perfil y vuelo de pájaro para ambos hombros.

Y, para una RX de ambas manos, frente y perfil, el código será el 34.02.13 correspondiente a RX de antebrazo, codo, mano, rodilla, pierna, tobillo y pie x 2. Es importante tener en cuenta que este código tiene dos exposiciones por placa, por lo que para mano derecha frente y perfil le corresponde un código y para la mano izquierda frente y perfil, otro. Lo mismo sucedería si tuviéramos que codificar una RX de ambas rodillas frente y perfil, en las que aplicaríamos el código 34.02.13 x 2.

Por último, para codificar una mamografía bilateral con proyección axilar, iremos al subcapítulo 34.06 de aparato genital femenino y mamas. Allí encontraremos los códigos correspondientes, que son 34.06.01 Mamografía senografía x 2 ya que este código abarca solo una mamografía unilateral + 34.06.02 Mamografía, proyección axilar x 2 ya que este código también es unilateral.

Es momento de continuar con las prestaciones de laboratorio. Veamos qué sucede si tenemos que codificar las siguientes prestaciones:

- Hemograma
- Glucemia
- Uremia
- Uricemia
- Orina completa
- Creatinina
- Colesterol
- TG (o triglicéridos)
- Colesterol HDL
- Colesterol LDL

- CPK-MB
- Ionograma
- Antígeno prostático (o PSA)
- T4 libre
- Inmunoglobulina G (o IGG)
- VDRL
- HIV carga viral
- Y TSH

Veamos cuáles son los códigos correspondientes a las prácticas solicitadas:

- 475 para hemograma
- 412 para glucemia
- 902 para uremia
- 904 para uricemia
- 711 para orina completa
- 192 para creatinina, en orina o sangre
- 174 para colesterol total
- 876 para triglicéridos
- 1035 para colesterol HDL
- 1040 para colesterol LDL
- 1045 para CPK-MB, que son isoenzimas cardíacas
- 546 para ionograma plasmático
- 1000 para antígeno prostático total PSA
- 867 para T4 libre tiroxina efectiva
- 540 para inmunoglobulina G
- 934 para VDRL cuantitativa
- 1105 para HIV carga viral
- Y 865 para TSH tirotrófina.

Es importante recordar que a esto se le debe agregar el código 677 por el material descartable de la extracción + 998 x 18, que es el código de recepción y toma de muestra que se multiplica por la cantidad de determinaciones que tengamos. Recordemos,



también, que en las prácticas de laboratorio utilizamos solo los 3 últimos dígitos del código, o los últimos 4 en el caso de que sean las prestaciones mayores a 66.09.99.

Luego, si se nos presenta un caso en el que un paciente concurre a realizarse glucemia pre y post prandial, la codificación será  $412 \times 2$  por las dos glucemias realizadas, una antes de la ingesta de un alimento, y la otra posteriormente, que es a lo que se refiere el término prandial, +  $677 \times 2$ , porque se le realizaron dos extracciones y se usó material descartable dos veces +  $998 \times 2$ , porque son dos determinaciones.

Por último, si tenemos que codificar consultas médicas realizadas en consultorio, iremos al capítulo 42 de asistencia en consultorio, domicilio e internación, y usaremos el código 42.01.01 de Consulta en consultorio, tantas veces como consultas tengamos. Es decir, si un médico realizó 20 consultas en un día de atención, se codificará  $42.01.01 \times 20$ .

Luego, si además el paciente concurre a realizar sesiones de kinesiología, iremos al capítulo 25 de rehabilitación médica, y usaremos el código 25.01.02 de Kinesioterapia, multiplicado por la cantidad de sesiones que se hayan realizado. Por lo tanto, si se hicieron 10 sesiones, codificaremos el código  $25.01.02 \times 10$ .