



REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN

Aprobado con Resolución Administrativa Nro. 22/2022
de fecha 19 de diciembre de 2022

SANTA CRUZ - BOLIVIA

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 22/2022
DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD "SINEC"

a, 19 de diciembre de 2022

1

VISTOS:

Mediante Comunicación Interna GG. CI. N° 360/2022, se remite el **"REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN"** adjuntando toda documentación que ver convino se tuvo presente; y

CONSIDERANDO:

Que, la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia establece en su artículo 37 *"El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades"*.

Que, los Parágrafos I y II del Artículo 45 de la Constitución Política del Estado, establecen que todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social; y que la seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.

Que, la Ley N° 1178 de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO) tiene como objeto regular los Sistemas de Administración y de Control de los Recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública.

Que, el inc. b) del Artículo 7 de la Ley N° 1178 Ley de Administración y Control Gubernamentales determina que **"Toda entidad pública organizará internamente, en función de sus objetivos y la naturaleza de sus actividades, los sistemas de administración y control interno de que trata esta Ley"**.

Que, el Artículo 27 del cuerpo legal citado precedentemente establece: "Cada entidad del Sector Público elaborará en el marco de las normas básicas dictadas por los órganos rectores, los reglamentos específicos para el funcionamiento de los sistemas de Administración y Control Interno regulados por la presente Ley y los sistemas de Planificación e Inversión Pública".

CONSIDERANDO:

Que, el Código de la Seguridad social establece en su Artículo 1 **"El Código de Seguridad Social es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la**

continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar."

Que, el Decreto Ley 13214 en su artículo 2, establece: *Todo empleador está obligado a registrarse en la Entidad Gestora de acuerdo con el "Código de Ramas de Actividad Económica" para lo cual utilizará el formulario de "AVISO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR"*. 2

Que, el Decreto Supremo 3008 de 07 de diciembre de 2016, en su Artículo Único. - modifica el Parágrafo III del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 25714, de 23 de marzo de 2000, con el siguiente texto: *"III. El incumplimiento o el retraso en la presentación del "Aviso de Baja de Asegurado" se sancionará con una multa del cinco por ciento (5%) del salario cotizante del trabajador del mes anterior a su desvinculación."*

Que, el artículo 117 del Reglamento del Código de la Seguridad Social establece: *"Todo empleador sujeto al campo de aplicación del Código tiene la obligación, a tiempo de contratar a sus trabajadores, de constatar su estado de salud mediante los exámenes médicos, radiográficos y de laboratorio que se transcribirán en el respectivo "Certificado de Salud de Ingreso". El original y una copia de dicho Certificado serán remitidos a la Administración Regional de la Caja con el respectivo "Parte de Ingreso"*.

Que, mediante Decreto Supremo N° 3561 de 16 de mayo de 2018 se crea la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo, cuya denominación es "ASUSS", con la finalidad de regular, controlar, supervisar y fiscalizar la Seguridad Social de Corto Plazo, en base a sus principios, protegiendo los intereses de los trabajadores asegurados y beneficiarios, en el marco del Código de Seguridad Social su Reglamento y normas conexas

Que, dentro de las atribuciones de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo ASUSS, establece en su inciso b) artículo 11 "Emitir normativa regulatoria para la Seguridad Social de Corto Plazo" (...)

Que, el Reglamento Específico de Afiliación, Reafiliación y Desafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo – ASUSS, Aprobado mediante Resolución administrativa N° 0038/2022, del 16 de mayo del 2022, establece en su Artículo 1 *"El Reglamento tiene como objeto regular y normar los procesos y procedimientos de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación de la Seguridad Social a Corto Plazo"*.

Que, en el reglamento ya citado en su artículo 25 establece: Del examen pre ocupacional y post ocupacional: a) De conformidad al Art. 117 y 124 del Reglamento del Código de la Seguridad Social, el Empleador está en la obligación de constatar el estado de salud de sus trabajadores al ingreso y retiro; b) El monto del examen pre ocupacional y post ocupacional, será cubierto íntegramente por el empleador; c) El examen pre ocupacional deberá ser realizado

o programado hasta en un máximo de treinta (30) días calendario; pasado dicho termino, si el trabajador no acude a la realización del e los exámenes, pagara un monto similar por los mismos.; **d)** El Examen pos ocupacional deberá ser realizado o programado hasta en un máximo de sesenta (60) días calendario posteriores a la desvinculación laboral, pasado el termino, el trabajador pagara un monto similar para realizar dicho examen. **e)** A efectos de los exámenes pre ocupacional y post ocupacional, el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO), también se encuentra facultado para realizar los mismos.

CONSIDERANDO:

Que, Decreto Supremo N° 26474 del 22 de diciembre de 2001 (norma de creación del SINEC). Norma jurídica que establece que el SINEC es una institución de naturaleza desconcentrada, tal y como lo señala el Art. 2, que dice: "I. el Seguro Integral de Salud (SINEC) es una institución Pública Descentralizada, que asume funciones operativas especializadas en materia de salud. II. El SINEC con la tipología de Institución Pública Descentralizada, cuenta con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa, financiera y técnica y con competencia de ámbito nacional; bajo tuición del Ministerio de Salud a través de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de corto plazo, cuya denominación es "ASUSS" creado en el marco del Decreto Supremo N° 3561 de fecha 16 de mayo de 2018.

Que, el Artículo 26.- (Administración) del cuerpo legal citado precedentemente establece "La administración del SINEC, está sujeta a los Sistemas de la Ley N° 1178, disposiciones reglamentarias y Normas Básicas establecidas para cada uno de los Sistemas SAFCO; así como a la normativa establecida por la LOPE y sus Disposiciones Reglamentarias".

CONSIDERANDO:

Que, en atención a la nota de la Jefe de Planificación del Seguro Integral de Salud – SINEC, mediante Comunicación Interna JP/C.I./143/2022, remite para su validación y aprobación el "Reglamento de Seguro y Afiliación", el mismo que ha sido elaborado por la Unidad de Planificación en coordinación con el área de Afiliación y el Encargado de Seguro y Vigencia de Derecho.

Que, el Reglamento de Seguro y Afiliación en su artículo 1 objetivo: tiene el de "establecer un marco normativo, compuesto de principios, disposiciones y procedimientos que permitan operativizar y garantizar el adecuado manejo de los recursos, definiendo los costos de los exámenes post y pre ocupacional; multas a las instituciones o empresas afiliadas que no reporten sus bajas en los tiempos establecidos; costos de formularios; definición de requisitos y descripción de procesos del área de afiliación y Seguro y Vigencia de Derechos; con el fin de optimizar los recursos y definir responsabilidades que mejoren la gestión institucional".

Que, el Proyecto de "Reglamento de Seguro y Afiliación", se encuentra compuesto por un total de tres (3) Capítulos y Veintisiete (27) artículos y cinco (5) Anexos consistente en 9 formularios y Listado de Precios de los servicios de laboratorio.

Que, de la revisión y análisis efectuados a los antecedentes y normativa legal aplicable al presente caso se tiene que, el presente "Reglamento de Seguro y Afiliación", ha sido elaborado de acuerdo a la organización administrativa de la institución, por lo que corresponde su aprobación a través de Resolución Administrativa. 4

Que, el Decreto Supremo N° 26474 del 22 de diciembre del 2001, es la norma jurídica que regula la creación y funcionamiento del Seguro Integral de Salud - SINEC, en este sentido, y al amparo de lo establecido en los incisos a) c), y o) del Artículo 18° (Funciones) Son funciones del Gerente General: "Dirigir a la institución en todas sus actividades administrativas, financieras, legales, reglamentarias y técnico operativas especializadas en el marco de la misión institucional y atribuciones establecidas para el SINEC"; "Cumplir y hacer cumplir las normas legales establecidas y otras disposiciones institucionales para llevar adelante la misión institucional y funcionamiento del SINEC"; y "Otras que el permitan el cumplimiento de sus funciones".

POR TANTO:

La Gerente General es la máxima autoridad ejecutiva del Seguro Integral de Salud SINEC establecidas y otorgadas por el artículo 15, en uso de sus legítimas funciones señaladas en el artículo 18 del Decreto Supremo de creación del SINEC N° 26474 de fecha 22 de diciembre del 2001.

RESULEVE:

ARTÍCULO PRIMERO:

APROBAR el "**REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN**", del Seguro Integral de Salud SINEC, compuesto por: Tres (3) Capítulos, Veintisiete (27) artículos y cinco (5) Anexos consistente en (nueve) 9 formularios, Notificación y Listado de Precios de los servicios de laboratorio.

ARTÍCULO SEGUNDO:

INSTRUIR que el "**REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN**", es de cumplimiento y aplicación obligatoria por las áreas y unidades organizacionales del SINEC, que tengan responsabilidades definidas en el presente documento y las empresas o instituciones afiliadas al Seguro Integral de Salud – SINEC

ARTÍCULO TERCERO:

Quedan encargadas de la verificación de la aplicación, cumplimiento y seguimiento del presente "REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN", la Gerencia de Servicio General en coordinación con el área de Gestión de Calidad y Auditoría Interna del SINEC.

ARTÍCULO CUARTO:

Queda como responsable de la difusión del presente "REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN" el área de Planificación realizara la difusión a las áreas organizacionales dependientes del SINEC; y el área de Relaciones Publicas realizara la difusión a las instituciones y empresas afiliadas al SINEC.

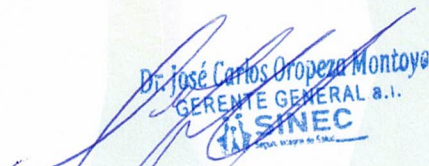
ARTÍCULO QUINTO:

Se abroga el Reglamento de Seguro y Afiliación aprobado mediante Resolución Administrativa N° 011/2022 de fecha 29 de abril de 2022 y se abrogan y derogan las disposiciones internas contrarias a la presente Resolución Administrativa.

ARTÍCULO SEXTO:

La presente Resolución Administrativa entra en vigencia a partir del 19 de Diciembre del presente año.

PUBLÍQUESE, NOTIFÍQUESE, REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE.



Dr. José Carlos Oropeza Montoya
GERENTE GENERAL a.i.
SINEC

Dr. José Carlos Oropeza Montoya
GERENTE GENERAL a.i. SINEC

INDICE

INDICE	1
CAPITULO I	2
ASPECTOS GENERALES.....	2
Artículo 1º Objetivo	2
Artículo 2º Base Legal.....	2
Artículo 3º Ámbito de Aplicación	3
Artículo 4º Aprobación y Vigencia	3
Artículo 5º Difusión	3
Artículo 6º Verificación.....	3
CAPITULO II	3
DEFINICION DE COSTO, VALIDES, REQUISITOS Y MULTAS.....	3
Artículo 7º Costo de los Exámenes Post ocupacional y Pre ocupacional.....	3
Artículo 8º Vigencia y Revalidación del Comprobante de Pago.....	3
Artículo 9º Validez del Examen Post y Pre ocupacional.....	4
Artículo 10º Formularios y Talonarios Impresos.....	4
Artículo 11º Formularios Digitales	4
Artículo 12º Costo del Formulario Digital.....	5
Artículo 13º Control de los Formularios y Códigos.....	5
Artículo 14º Requisitos para Programación de Examen Post - Ocupacional.....	5
Artículo 15º Examen Intra-Ocupacional.....	5
Artículo 16º Estudios Complementario y Costo para Examen Pre- ocupacional	5
Artículo 17º Requisitos para dar de Baja a un Asegurado.....	5
Artículo 18º Las Instituciones o Empresas Afiliadas que no Reporten sus Bajas en los Tiempos Establecidos.....	6
Artículo 19º Empresas o Instituciones con Aportes en Mora.....	6
Artículo 20º Atención de Asegurados de Empresas o Instituciones con Aportes en Mora .	6
Artículo 21º Prestaciones en Dinero en el Seguro de Enfermedad y Maternidad.....	6
Artículo 22º Empresa en Mora.....	6
Artículo 23º Formulario de Solicitud y Autorización para Recibir Atención Medica en Regional Distinta a la de Adscripción.....	7
Artículo 24º Proceso de Autorización para Recibir Atención Medica en Regional Distinta a la de Adscripción.....	7
Artículo 25º Temporalidad de Autorización para Recibir Atención Medica en Regional Distinta a la de Adscripción.....	7
CAPITULO III	7
PROCESOS	7
Artículo 26º Proceso de Notificación para la Baja del Asegurado cuando lo Retiran de la Empresa o Institución	7
Artículo 27º Proceso de Baja en el Sistema del SINEC Cuando Muere el Asegurado Titular en la Clínica	8

CAPITULO I ASPECTOS GENERALES

Artículo 1º Objetivo

El presente Reglamento tiene como objetivo establecer un marco normativo, compuesto de principios, disposiciones y procedimientos que permitan operativizar y garantizar el adecuado manejo de los recursos, definiendo los costos de los exámenes post y pre ocupacional; multas a las instituciones o empresas afiliadas que no reporten sus bajas en los tiempos establecidos; costos de formularios; definición de requisitos y descripción de procesos del área de afiliación y Seguro y Vigencia de Derechos; con el fin de optimizar los recursos y definir responsabilidades que mejoren la gestión institucional.

Artículo 2º Base Legal

El presente Reglamento, está sustentado por la siguiente base legal:

- a) Constitución Política del Estado, de fecha 7 de febrero de 2009.
- b) Ley N° 1178, de Administración y Control Gubernamentales y sus Reglamentos, de fecha 20 de julio de 1990.
- c) Ley N° 31, Marco de Autonomías y Descentralización, de fecha 19 de julio de 2010.
- d) Ley Financiera que aprueba el Presupuesto Institucional.
- e) Decreto Supremo Nro. 21364, Reglamento a Ley Financiera, de fecha 20 de agosto de 1986.
- f) Decreto Supremo Nro.23318-A, de Responsabilidad por la Función Pública, de fecha 3 de noviembre de 1992.
- g) Decreto Supremo Nro. 26237 de Modificación al Reglamento de Responsabilidad por la Función Pública de fecha 29 de junio de 2001.
- h) Decreto Supremo Nro. 181, Normas Básicas del Sistema de Bienes y Servicios, de fecha 28 de junio de 2009 y su Reglamento.
- i) Resolución Suprema Nro. 222957, Normas Básicas del Sistema de Contabilidad Gubernamental Integrada, de fecha 4 de marzo de 2005.
- j) Resolución Suprema Nro. 225558, Normas Básicas del Sistema de Presupuesto, de fecha 01 de diciembre de 2005.
- k) Resolución Suprema CGR 1/070/2000, Principios, Normas Generales y Normas Básicas de Control Interno Gubernamental, de fecha 21 de septiembre 2000.
- l) Directrices para el Cierre de Gestión.
- m) Resolución Ministerial Nro. 1729, de aprobación de Escala Salarial de fecha 23 de diciembre de 2019.
- n) Resolución de Directorio Nro. 008/2019, de aprobación de Escala Salarial del Seguro Integral de Salud SINEC, de fecha 14 de agosto de 2019.
- o) Decreto Supremo Nro. 25714, que regula la efectivización y cumplimiento de las cotizaciones devengadas a los entes gestores, de fecha 23 de marzo de 2000.
- p) Ley Nro. 890, modificatoria al Decreto Ley Nro. 13214, contenido del Aviso de Baja de Asegurado, de fecha 26 de enero de 2017.
- q) Decreto Supremo Nro. 3008, modifica el Decreto Supremo Nro. 25714, el incumplimiento o el retraso en la presentación del "Aviso de Baja de Asegurado, de fecha 07 de diciembre de 2016.

Artículo 3º Ámbito de Aplicación

El presente Reglamento es de cumplimiento y aplicación obligatoria por las áreas y unidades organizacionales del SINEC, que tengan responsabilidades definidas en el presente documento y las empresas o instituciones afiliadas al Seguro Integral de Salud – SINEC.

Artículo 4º Aprobación y Vigencia

El presente Reglamento será aprobado por la Gerencia General, mediante disposición expresa.

Artículo 5º Difusión

La difusión del presente apartado será responsabilidad del área de Planificación del SINEC.

Artículo 6º Verificación

El grado de aplicación del presente Reglamento podrá ser verificado por la Gerencia de Servicio General, el área de Gestión de Calidad y por Auditoría Interna del SINEC, de acuerdo a disposiciones legales en vigencia.

CAPITULO II DEFINICION DE COSTO, VALIDES, REQUISITOS Y MULTAS

Artículo 7º Costo de los Exámenes Post ocupacional y Pre ocupacional

El costo del examen post ocupacional será de 200 UFV. -

Para el examen pre ocupacional será de 200 UFV. -

Artículo 8º Vigencia y Revalidación del Comprobante de Pago

El comprobante de pago por cualquier examen ya sea post ocupacional o pre ocupacional, tendrá una vigencia de 90 días calendario, durante la gestión, siendo automáticamente inválido pasada esta fecha para ser utilizada.

Pudiendo ser revalidado el comprobante de pago en la gestión que fue emitido, previo proceso de autorización por el área de contabilidad.

Su revalidación solo será autorizada a nombre de la misma persona que figura en el comprobante; no pudiendo ser utilizado por otra persona.

Artículo 9º Validez del Examen Post y Pre ocupacional

Si fuera el caso de que un funcionario o trabajador; le dieran una baja y posteriormente contratado en el periodo de 60 días calendario en la misma gestión y en la misma institución, el examen post ocupacional, servirá para realizar el pre ocupacional, pagando un costo de Bs. 100.- (Cien 00/100 bolivianos) para su llenado del formulario con los datos de la historia médica y por ende su validación.

Excepcionalmente los Exámenes Post Ocupacionales emitidos del 01 de diciembre de una gestión en curso, podrán ser validados y servir para realizar el Pre Ocupacional hasta el 31 de enero de la siguiente gestión.

Artículo 10º Formularios y Talonarios Impresos

Los diferentes formularios que se manejan tendrán el siguiente costo de acuerdo al detalle siguiente:

DETALLE	TALONARIO (10 UNIDADES) (Bolivianos)	TALONARIO (25 UNIDADES) (Bolivianos)	TALONARIO (50 UNIDADES) (Bolivianos)
Formulario de Aviso de Afiliación del Trabajador	30	50	90
Formulario de Aviso de Reingreso del Trabajador	30	50	90
Formulario de Aviso de Baja del Asegurado	30	50	90
Formulario de Pago de Aportes	30	50	90

Debiendo ser Responsabilidad de la administración hacer los descargos el área de Contabilidad.

Se encuentran como (Anexo 1) los siguientes Formularios:

- ✓ Aviso de Afiliación del Trabajador
- ✓ Aviso de Reingreso del Trabajador
- ✓ Aviso de Baja del Asegurado
- ✓ Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica)
- ✓ Aviso de Novedades del Empleador
- ✓ Solicitud de Información a los Entes Gestores de Salud
- ✓ Aviso de Afiliación del Empleador

Todos los formularios no tienen costo para el manejo institucional.

Artículo 11º Formularios Digitales

Los formularios que a continuación se detallan podrán ser llenados de acuerdo al formato digital adjunto; para que pueda ser recepcionado por el área de Afiliación del SINEC, deberá contar con el código QR o el número que corresponde al comprobante de pago.

- ✓ Aviso de Afiliación del Trabajador
- ✓ Aviso de Reingreso del Trabajador
- ✓ Aviso de Baja del Asegurado

Artículo 12º Costo del Formulario Digital

Los formularios que se llenen en el formato que entrega el SINEC y que podrán utilizar de manera impresa tendrá un costo de Bs. 2.- (Dos 00/100 bolivianos) por temas de insumos, materiales y otros utilizados en procesos administrativos.

Artículo 13º Control de los Formularios y Códigos

El área de Contabilidad deberán contar con un registro de los formularios digital; por concepto de valorados.

El área de Activo Fijo deberán contar con un registro de los formularios físico; por concepto de valorados.

Artículo 14º Requisitos para Programación de Examen Post - Ocupacional

Los requisitos para solicitar la programación del Examen Post Ocupacional, son:

- ✓ Solicitud de Programación puede ser grupal o individual (cuando sea grupal el listado presentado no podrán ser más de 10 trabajadores por día) esta deberá contar con el sello y firma autorizada como el Responsable o Delegado del área de Recursos Humanos de la Institución u Empresa.
- ✓ Comprobante de Pago.

Artículo 15º Examen Intra-Ocupacional

La empresas o instituciones pueden solicitar al SINEC., la programación y realización de acuerdo con los riesgos de la actividad del empleado, para pretenden evaluar los posibles efectos sobre la salud del trabajador de los riesgos a los que están expuestos en el tiempo y detectar enfermedades de origen común para darles manejo preventivos; también podrán solicitar cada vez que cambie de puesto laboral, ambiente laboral o cuando se aumente el riesgo, todo con el fin de garantizar su estado de salud.

El costo será el igual de un Examen Pre y Post Ocupacional y se realizaran los mismos exámenes clínicos.

Artículo 16º Estudios Complementario y Costo para Examen Pre- ocupacional

El médico encargado, posterior al examen clínico y de acuerdo a criterio, para cada trabajador podrá solicitar otros estudios, costo que será sumado de acuerdo al número de estudios realizados y de a la lista de precios establecidos

Artículo 17º Requisitos para dar de Baja a un Asegurado

El área de Afiliación deberá realizar una revisión detallada de los documentos que acompañan el proceso de desafiliación, debiendo verificar la siguiente documentación que debe acompañar el proceso:

- Listado del personal con baja. (original)
- Comprobante del Pago por examen post ocupacional (original)
- Informe Examen Post- ocupacional o nota de desistimiento o formulario de excepción de presentación (original)
- Formulario de Aviso de Baja del Seguro (original)
- Fotocopia de Carnet de Identidad. (copia)

El responsable del orden y la habilitación será del que recibe y procesa la información.

Artículo 18° Las Instituciones o Empresas Afiliadas que no Reporten sus Bajas en los Tiempos Establecidos

Las empresas e instituciones que no reporten las bajas en el plazo de 30 días calendarios como lo establece el artículo único de la Ley 890 de fecha 26 de enero 2017, y el trabajador de su empresa haya utilizado las prestaciones de salud en el SINEC, fuera del periodo de cesantía; estas deberán ser cubiertas por el empleador, toda vez que es responsabilidad de este dar cumplimiento a lo establecido en la norma.

Artículo 19° Empresas o Instituciones con Aportes en Mora

Las empresas e instituciones que se evidencia que tienen 1 mes de aportes en mora, el área de Seguro y Vigencia de Derechos del SINEC., procederá al corte de atenciones en la consulta externa a los asegurados hasta que regularice el pago del mismo.

Artículo 20° Atención de Asegurados de Empresas o Instituciones con Aportes en Mora

De acuerdo al artículo 49, del “Reglamento Único de Afiliación y Prestaciones del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo” establece que las empresas en mora, deberán pagar el doble del costo de los servicios prestados a sus afiliados.

Artículo 21° Prestaciones en Dinero en el Seguro de Enfermedad y Maternidad

Las prestaciones en dinero en casos de enfermedad y maternidad con cargo al Seguro Integral de Salud SINEC. son:

- a) Para tener derecho a las prestaciones en dinero en el Seguro de Enfermedad, el o la asegurada titular, deberá acreditar dos (2) cotizaciones mensuales previas a la enfermedad.
- b) Para tener derecho a las prestaciones en dinero en el Seguro de Maternidad el o la asegurada deberá acreditar cuatro (4) cotizaciones previas a la fecha de emisión del Certificado de Incapacidad Temporal (Baja Médica) pre y post natal por Maternidad.

Artículo 22° Empresa en Mora

Las empresas o instituciones que se encuentren en mora con una o más aportaciones; las partes de Bajas Médicas emitidas a sus trabajadores no serán sujetas a reembolso por parte del Seguro Integral de Salud - SINEC.

Artículo 23° Formulario de Solicitud y Autorización para Recibir Atención Médica en Regional Distinta a la de Adscripción

Los asegurados Titulares o Beneficiarios que se encuentren en tránsito (ir de un lugar a otro por vías o parajes públicos), en otro lugar distinta al de adscripción; se autorizará las atenciones médicas llenado el Formulario de Solicitud Autorización para Recibir Atención Médica en Regional Distinta a la de Adscripción (Anexo 4).

Artículo 24° Proceso de Autorización para Recibir Atención Médica en Regional Distinta a la de Adscripción

Los asegurados Titulares o Beneficiarios que requieran la atención en un lugar diferente al de la adscripción, deberán seguir el siguiente procedimiento:

- a) El asegurado Titular o Beneficiario, deberá presentar el Formulario de Autorización para Recibir Atención Médica en Regional Distinta a la de la Adscripción, entregando el Formulario al área de Seguro y Vigencia de Derecho del SINEC., para la autorización.
- b) El área de Seguro y Vigencia de Derecho recibe el Formulario de Solicitud Autorización para Recibir Atención Médica en Regional distinta a la de Adscripción (Anexo 4) y procede a verificar el estado de la empresa (alta, baja, en mora, multas y otros); así, como coordina con el área de Servicios Médicos en Provincia para ver la cobertura de atención, para aprobar o rechazar la solicitud.
- c) Una vez verificado coloca sello aprobado o rechazado; se queda con copia del formulario para sus archivos correspondiente.
- d) El área de Seguro y Vigencia de Derecho, deberá diariamente enviar (vía correo) un listado de las autorizaciones otorgadas al área de Servicios Médicos en Provincia.

Artículo 25° Temporalidad de Autorización para Recibir Atención Médica en Regional Distinta a la de Adscripción

Se otorgara por el lapso de 90 días calendarios la autorización de atención y prestación de servicios a los beneficiarios que se encuentren fuera del lugar de residencia.

**CAPITULO III
PROCESOS**

Artículo 26° Proceso de Notificación para la Baja del Asegurado cuando lo Retiran de la Empresa o Institución

a) Área de Afiliación

Recibe la Baja de Afiliación de él o los trabajadores afiliados de manera oficial, procede a la baja en sistema, coloca el plazo de la cobertura del seguro previsto de acuerdo a norma y finaliza el proceso.

Cuando la información de las bajas no llega en los plazos establecidos, debe realizar un reporte de todas las bajas del mes por empresa y entregar al área de Seguro y Vigencia de Derechos con hoja de ruta; para su cuantificación.

La unidad de afiliación debe realizar la verificación de planillas otorgadas por la unidad de Vigencia de Derecho cada 2 meses, para identificar trabajadores que no aportan, debe realizar el bloqueo respectivo.

b) Área de Seguro y Vigencia de Derechos

Recibe el reporte, procede a cuantificar la multa, elabora la Nota de Cobro y procede a notificar a la empresa.

Remite copia al Área de Contabilidad, para su proceso devengar.

c) Empresa o Institución Afiliadas

Recibe la notificación y una vez realizado el pago de la multa, presenta el comprobante al SINEC., a Gerencia de Servicios Generales.

d) Gerencia de Servicios Generales

Recibe y procede a derivar a Caja y unidad de Seguro y Vigencia de Derechos para conocimiento.

Artículo 27º Proceso de Baja en el Sistema del SINEC Cuando Muere el Asegurado Titular en la Clínica

a) La Clínica del SINEC:

Cuando exista baja por deceso (fallecimiento) de un asegurado en la Clínica del SINEC, se deberá notificar a través de correo oficial al área de Afiliación, con un plazo máximo de 24 horas posterior al deceso; adjuntando el certificado de óbito del asegurado fallecido escaneado.

Paralelamente deberá hacer llegar de manera oficial la documentación.

En caso de tener beneficiarios, se notificará oficialmente llenando el Formulario de Notificación, (Anexo 3) y deberá hacer firmar el mismo, como constancia de la notificación.

b) Área de Afiliación:


Recibe la notificación por correo y procede a llenar en el sistema del SINEC., la baja, con el estado que corresponde del afiliado.

En caso de tener beneficiarios, se coloca en el sistema los plazos que le corresponde como derecho habiente de la cesantía.


La documentación recibida de manera oficial, quedara en resguardo del área para fines de control posterior.

ANEXO 1


 FORMULARIO Nro. 1
 AVISO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR


 AVISO AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR										N° _____	
I. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR											
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres			Nro. de Matricula		
Datos de Nacimiento					Sexo	Edad	Estado Civil	Nro. C.I.	Ext.		
Nacionalidad	Ciudad	Día	Mes	Año							
Datos del Domicilio											
Localidad			Zona			Calle			Nro.		
II. DATOS DEL EMPLEADOR											
Nombre o Razón Social del Empleador										Nro. del Empleador	
III. DATOS DEL AVISO DE AFILIACIÓN											
Fecha de Ingreso			Cargo a Ocupar			Salario (Bs.)		Tipo de Contratación			
Día	Mes	Año									
								<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Eventual			
IV. El campo es llenado solo por instituciones públicas, si el afiliado pertenece a: (Caso contrario no debe llenar)											
Programa o Proyecto				<input type="checkbox"/>	Nombre:						
Entidad Desconcentrada				<input type="checkbox"/>	Nombre:						
										Seguro Integral de Salud - SINEC	
Lugar y fecha de Presentación											
Firma y sello del Empleador				Firma del trabajador				Sello y fecha de recepción			


 Original - SINEC
 Primera Copia - Empresa
 Segunda Copia - Trabajador

 AVISO REINGRESO DEL TRABAJADOR										N° _____	
I. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR											
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres			Nro. de Matricula		
Datos de Nacimiento					Sexo	Edad	Estado Civil		Nro. C.I.		Ext.
Nacionalidad	Ciudad	Día	Mes	Año							
Datos del Domicilio											
Localidad			Zona			Calle			Nro.		
II. DATOS DEL EMPLEADOR											
Nombre o Razón Social del Empleador										Nro. del Empleador	
III. DATOS DE AVISO DE REINGRESO											
Fecha de Ingreso			Cargo a Ocupar			Salario (Bs.)		Tipo de Contratación			
Día	Mes	Año									
								<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Eventual			
Su reingreso es en el periodo de cesantía (60 días)						Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
En la misma institución:						Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Si marco NO indique el nombre o razón social del anterior empleador:											
IV. El campo es llenado solo por instituciones públicas, si el afiliado pertenece a: (Caso contrario no debe llenar)											
Programa o Proyecto			<input type="checkbox"/>	Nombre:							
Entidad Desconcentrada			<input type="checkbox"/>	Nombre:							
										Seguro Integral de Salud - SINEC	
Lugar y fecha de Presentación											
Firma y sello del Empleador						Firma del trabajador			Sello y fecha de recepción		

 Original - SINEC
 Primera Copia - Empresa
 Segunda Copia - Trabajador

				AVISO DE BAJA DEL ASEGURADO			N° _____
I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO							
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		Nro. de Matricula	
II. DATOS DEL EMPLEADOR							
Nombre o Razón Social del Empleador						Nro. del Empleador	
III. DATOS DE AVISO DE BAJA							
Fecha de Baja			Cargo	Salario del mes anterior al retiro (Bs.)	Motivo		
Día	Mes	Año					
					Seguro Integral de Salud - SINEC		
Lugar y fecha de Presentación			Firma del Empleador		Sello y fecha de recepción		
<small>Original - SINEC Primera Copia - Empresa Segunda Copia - Trabajador</small>							

		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (BAJA MEDICA)		N°
DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nro. de Matricula
PARTE DE BAJA				
Lugar de Atención en:		Tratamiento a:		Contingencia:
<input type="checkbox"/> Consulta Externa		<input type="checkbox"/> Domicilio		<input type="checkbox"/> Enfermedad Común
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Hospitalización		<input type="checkbox"/> Maternidad
	<input type="checkbox"/> Internación			<input type="checkbox"/> Riesgos Laborales:
				Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Riesgos Extraordinarios		
Periodo de Incapacidad		N° días (Numeral): _____ (Literal): _____		
Desde _____ / _____ / _____		Hasta _____ / _____ / _____		
Datos del Médico Tratante		Seguro Integral de Salud - SINEC		RECIBIDO
Nombre: _____		Autoridad: _____		
Fecha: ____/____/____				
Hora: _____				
Firma y Sello		Firma y Sello	Firma y Sello	Firma Asegurado
El presente Formulario, deberá ser presentado al empleador por el trabajador u otra persona, en el término máximo de 24 horas de haberse practicado la consulta. Caso contrario perderá el salario o subsidio por el tiempo de retraso. (Art. 60 RCSS)				Original - Empleador Copia - SINEC

FORM.A.S.V.D. 00 _____																													
 FORMULARIO AVISO DE NOVEDADES DEL EMPLEADOR																													
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR:	NÚMERO DEL EMPLEADOR: _____ FECHA DE NOVEDAD: _____																												
INDICAR CAMBIOS DE ESTADO DE LA EMPRESA O INSTITUCION																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">BAJAS</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">ALTAS</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">TEMPORAL <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Día Mes Año</td> <td style="text-align: center;">FECHA</td> <td style="text-align: center;">Día Mes Año</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DEFINITIVA <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Día Mes Año</td> <td style="text-align: center;">MOTIVO</td> <td style="text-align: center;">Día Mes Año</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MOTIVO</td> <td colspan="2">MOTIVO</td> </tr> </table>	BAJAS		ALTAS		TEMPORAL <input type="checkbox"/>	Día Mes Año	FECHA	Día Mes Año	DEFINITIVA <input type="checkbox"/>	Día Mes Año	MOTIVO	Día Mes Año	MOTIVO		MOTIVO		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">FUSION DE EMPRESAS</td> <td style="text-align: center;">SI <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">FECHA</td> <td style="text-align: center;">Día Mes Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">MOTIVO</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	FUSION DE EMPRESAS		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA	Día Mes Año			MOTIVO			
BAJAS		ALTAS																											
TEMPORAL <input type="checkbox"/>	Día Mes Año	FECHA	Día Mes Año																										
DEFINITIVA <input type="checkbox"/>	Día Mes Año	MOTIVO	Día Mes Año																										
MOTIVO		MOTIVO																											
FUSION DE EMPRESAS		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>																										
FECHA	Día Mes Año																												
MOTIVO																													
CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FUSION DE EMPRESAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																												
CAMBIO DE ACTIVIDAD ECONOMICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																													
CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																													
NOMBRES Y APELLIDOS _____ N° CÉDULA DE IDENTIDAD _____																													
CAMBIO DE DOMICILIO LEGAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																													
CIUDAD/LOCALIDAD: _____ CALLE: _____ ZONA: _____ TELEFONO: _____																													
APERTURA DE SUCURSAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nro. de Sucursales: _____																													
SUCURSAL 1: _____ CIUDAD/LOCALIDAD: _____ CALLE: _____ ZONA: _____ TELEFONO: _____																													
SUCURSAL 2: _____ CIUDAD/LOCALIDAD: _____ CALLE: _____ ZONA: _____ TELEFONO: _____																													
Santa Cruz / / Lugar y Fecha de Presentación Sello y Firma del Empleador	SELLO DE RECEPCIÓN DEL SINEC 																												
NOTA: EL EMPLEADOR ESTA OBLIGADO A COMUNICAR LOS CAMBIOS AL ENTE GESTOR MEDIANTE EL PRESENTE FORMULARIO ADJUNTANDO SUS RESPECTIVOS RESPALDOS EN UN PLAZO DE 5 DIAS HÁBILES DE ACONTECIDA LA VARIACION.																													

INSTITUCIONES		SI	NO	SELLO DPTO. Y/O INSTITUCION	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	FECHA U OBSERVACIONES
CAJA DE SALUD BANCA PRIVADA						
Doble Vía la Guardia entre 4to y 5to anillo						
Calle Eucalipto, paralela lado izquierdo						
Atención: 8:30 a 12:00 am.						
CAJA PETROLERA DE SALUD						
Calle España						
Telef.: 334-2528						
Atención: 8:00 a 12:00 am.						
CAJA NACIONAL DE SALUD						
Calle Ballivian 334						
Telef.: 337-0708						
ATENCIÓN 08:00 a 12:00 am.						
CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A.						
Canal Cotoca - 3er. Anillo externo						
Telef.: 346-1111						
Atención: 8:00 a 12:00 am.						
COSSMIL.						
Calle Florida N° 444						
Entre Calle Sara y Santa Bárbara						
Telef.: 333-3778						
Atención: 9:00 a 11:00 am.						
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO						
Calle Colón 58 Planta Baja						
Telef.: 339-2827 339-2810						
Atención: 8:00 a 12:00 am y 15:00 a 18:30 pm						
CAJA DE SALUD CORDES.						
Calle Teniente Vega						
Por la ex feria Barrio Lindo						
Atención: 8:00 a 12:00 am.						
						Fecha de emisión:
NOTA: El presente formulario tiene validéz de 60 días calendario a partir de la fecha de emisión.						

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR									
Nombre o Razón Social del Empleador:									
Número del Empleador:									
Departamento:			Dirección:						
Localidad:			Teléfono:		Fax:				
Nombre de Propietario o Representante Legal:					Carnet de Identidad:				
Actividad Económica:				Fecha de Inicio de Actividades:					
N° de NIT:		N° Licencia de Funcionamiento:		Cantidad de Trabajadores:					
SUCURSAL		SI		NO		N° de Sucursales:			
SUCURSAL 1									
CIUDAD / LOCALIDAD									
Calle:			Zona:		Teléfono:				
SUCURSAL 2									
CIUDAD / LOCALIDAD									
Calle:			Zona:		Teléfono:				
Sello y Fima del Representante de la Empresa					Sello SINEC				
Lugar y Fecha				_ / _ / _					
<p>Notificación: La empresa cuando realice el cambio de representate legal, cambio de domicilio, baja temporal, baja definitiva, cambio de razón social, reinicio de actividades, fusión de empresa o apertura de sucursal, deberá avisar al Ente Gestor de Salud en el lapso de cinco (5) días mediante el formulario de Aviso de Novedades, el caso omiso serían pasibles a una sanción de acuerdo al Art. 593 del Código de la Seguridad Social. (D.L. 13214 Art. 3 y Art. 4)</p>									

ANEXO 3

NOTIFICACIÓN

En la ciudad de _____; siendo las _____ horas del día _____ de _____ de _____, se procede a la notificación con el presente documento, Mediante la cual se pone en conocimiento, a la o (el) futuro derecho habiente, que habiendo suscita el hecho de fallecimiento del Titular asegurado el mismo deberá cumplir ciertos requisitos, para tener acceso directo al Seguro de Salud de este ente Gestor de Salud del SINEC.

En cumplimiento del Reglamento Específico de Afiliación, Re-afiliación y Desafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo, emitido por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS).

Debiendo de realizar el trámite administrativo, la presentación de los siguientes requisitos:

AFILIACIÓN DE DERECHO HABIENTE			
Nro.	DETALLE	ESTADO	CANTIDAD
DOCUMENTOS DEL BENEFICIARIO COMO DERECHO HABIENTE			
1	Carnet de Identidad (vigente)	Copia	1
2	Certificado de Nacimiento	Original	1
3	Fotos Fondo Rojo (3x3)	Original	2
4	Formulario del Ente Gestor. (Debidamente sellado por los demás Entes Gestores del Sistema, que acredite no pertenecer a ninguno de ellos).	Original	1
5	Resolución de Derecho Habiente (AFPs o dictamen de la entidades aseguradas)	Original	1
6	Boleta de Pago a nombre del titular del Derecho Habiente	Copia	1
OTROS			
7	Comprobante de Pago (Caja del SINEC)	Original	1

Nota.- Estos requisitos deberán ser presentados dentro de los 60 días calendarios a partir del fallecimiento del titular, pasado el plazo perentorio se tomara como no presentado y se procederá a la debida inhabilitación del sistema de este ente gestor de salud SINEC.

Firma y Nombre (Derecho Habiente)



Firma y Nombre del personal del SINEC

	<h1>REGLAMENTO DE SEGURO Y AFILIACIÓN</h1>
---	--

ANEXO 4

FORMULARIO Nro. 8

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN REGIONAL DISTINTA A LA DE LA ADSCRIPCIÓN

	SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN REGIONAL DISTINTA A LA DE ADSCRIPCIÓN				
SOLICITUD DEL ASEGURADO					
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres			
Número del Empleador	Número de Asegurado	Regional de Adscripción			
Yo solicito la atención médica en la: _____ Ciudad - Departamento					
Así como a los siguiente(s) beneficiario(s) que se detalla(n) a continuación: desde: __/__/__ hasta: __/__/__					
BENEFICIARIOS					
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES	CÓDIGO	PARENTESCO	Fecha de Nacimiento		
			Día	Mes	Año
Firma del Asegurado			Dpto. de Vigencia y Derecho		
 <h2 style="text-align: center;">AUTORIZACIÓN</h2>					
DATOS DEL ASEGURADO					
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres			
Número del Empleador	Número de Asegurado	Regional de Adscripción			
Autorización para la atención y prestación de servicio médicos. Así como a los siguiente(s) beneficiario(s) que se detalla(n) a continuación:					
BENEFICIARIO (S)					
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES	CÓDIGO	PARENTESCO	Fecha de Nacimiento		
			Día	Mes	Año
En: _____ DEPARTAMENTO O PROVINCIA DONDE SE OTORGARA EL SERVICIO			AUTORIZADO		
Desde: __/__/__ hasta: __/__/__					



SOLICITUD DE SEGURO Y DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

Sírvase llenar este formulario y realice su declaración con toda tranquilidad y franqueza, si tiene alguna enfermedad, manifiéstela de forma clara y detallada. La falta de declaración completa y verdadera llevará a una evaluación equivocada de su salud. En todo caso, una declaración auténtica nunca será discutida por el SINEC., que tomó conocimiento del riesgo aceptado.

1) DATOS DEL TITULAR:

Nombres y apellidos: _____
 Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: (D/M/A) _____ Edad: _____
 Sexo: M F Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Nacionalidad: _____
 Cédula de Identidad: _____ Ciudad: _____
 Dirección de la residencia habitual o domicilio legal: _____
 Barrio: _____ Calle y N°: _____ Departamento: _____
 Teléfonos: _____ Celular: _____ E-mail: _____
 Nombre de la Empresa o Institución de trabajo: _____

2) DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

2.1 De acuerdo a su conocimiento SI NO EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR

- a) ¿Practica Ud. alguno de los siguientes deportes: Paracaidismo, Andinismo, Montañismo, Alas Delta, Buceo, Carreras de Velocidad (Auto/Moto), Salto Elástico u otro? SI NO
- b) Indique detalladamente lo siguiente: Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg
- c) Su presión arterial es: Alta Baja Normal Ignora
- d) ¿Fuma Usted? ¿Cuánto fuma diariamente? SI NO
- e) ¿Dejó de fumar? ¿Cuánto fumaba diariamente? SI NO
- f) ¿Ingiere usted vino, licores, cerveza u otras bebidas alcohólicas? Indique la frecuencia SI NO
- g) ¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción? Especifique SI NO
- h) ¿En los últimos 5 años se ha practicado algún examen?
 ¿Cuáles?: Sangre Orina Electrocardiograma Rayo X Otro (Especifique) _____
 Resultados _____ Motivo _____ Fecha (___/___/___)

- i) ¿Ha sido hospitalizado? Indique diagnóstico _____ Fecha (___/___/___) SI NO
- j) ¿Ha sufrido algún accidente que haya requerido ser tratado por médicos? SI NO
- k) ¿Ha sido sometido a intervención quirúrgica? Especifique Fecha ___/___/___ SI NO
- l) ¿Tiene Ud. hospitalización pendiente? Indicar SI NO
- m) ¿Está Ud. actualmente sometido a algún tratamiento o terapia o tomando medicamentos de cualquier tipo? Especifique _____ Fecha (___/___/___) SI NO

2.2 Ha padecido o tiene conocimiento de sufrir de: SI NO EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR

- n) ¿Vértigos, convulsiones, epilepsia, parálisis, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos o jaquecas? SI NO
- o) ¿Tos crónica, enfisema, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio? SI NO
- p) ¿Presión alta, soplos en el corazón, arritmia u otras enfermedades del corazón? SI NO
- q) ¿Cálculo en el riñón, próstata o vías urinarias, o cualquier otra enfermedad relacionada a la vejiga y vías urinarias? SI NO
- r) ¿Artritis, reumatismo, columna, huesos, músculos o extremidades o cualquier otra enfermedad relacionada a las articulaciones? SI NO



- | | SI | NO | EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR* |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| s) ¿Hemofilia, alteraciones de coagulación, hemorragias persistentes o cualquier otra enfermedad relacionada de la sangre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| t) ¿Bodío, colesterol elevado, enfermedad de las glándulas endocrinas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| u) ¿Cáncer, quistes, úlceras varicosas u otras enfermedades de igual naturaleza, hernias de cualquier tipo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| v) ¿El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| w) ¿Se ha realizado el test diagnóstico de SIDA? Fecha (dd/mm/aa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| x) ¿Tiene Ud. alguna anomalía de constitución, deformación, amputación u otro defecto físico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| y) ¿Tiene Ud. conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| z) Cuando se trate de mujer: ¿Se encuentra embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Si su respuesta es positiva. ¿De cuántos meses? ¿Su embarazo ha evolucionado sin problemas? ¿Cuántos partos o cesáreas ha tenido? | | | |
| Partos: Fecha del último: ___/___/___ Cesáreas: Fecha de la última: | | | |
| ¿Cuándo se realizó el último Papanicolaou? Fecha: ___/___/___ Resultado: | | | |

Autorizo a SINEC, a solicitar informes sobre mi salud, tanto a médicos que me han asistido o me asistan en el futuro, como a cualquier institución médica a dar informes sobre mi historia clínica, en tanto se relacione con este seguro. Todas las declaraciones e informes dados en este documento son ciertos y servirán de base para mi historia clínica con SINEC sujeto a las condiciones generales y particulares.

Aclaración de Firma:

 Firma del Asegurado

Lugar y Fecha: _____

ANEXO 5

SERVICIOS EN SALUD
AREA DE LABORATORIO

LISTA DE SERVICIOS DE LABORATORIO		
Nro.	DETALLE	PRECIO
1	HEMATOLOGIA	
	HEMOGRAMA MANUAL COMPLETO	30
	HEMOGRAMA COULTER COMPLETO	35
	HEMATOCRITO	10
	HEMOGLOBINA	10
	ERITROSEDIMENTACIÓN	10
	RECUENTO DE PLAQUETAS	30
	FROTIS DE SANGRE PERIFERICA	10
	TIEMPO DE SANGRIA	5
	TIEMPO DE COAGULACIÓN	5
	TIEMPO DE PROTROMBINA	35
	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA	30
	FIBRINOGENO	30
	GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	30
	RECUENTO DE RETICULOCITOS	30
	RECUENTO DE EOSINOFILOS	30
	GOTA GRUESA (PLASMODIUM)	10
	STROUT (T. CRUZI)	20
	CELULAS LE	20
	COOMBS DIRECTO	30
	COOMBS INDIRECTO	30
	DIMERO D	200
	RETRACCION DE CUAGULO	30
2	QUIMICA SANGUINEAS	
	GLUCOSA	35
	GLUCOSA POSPANDRIAL A 2 HRS. DEL DESAYUNO	35
	GLUCOSA POST. PRANDIAL (16 HRS.)	35
	GLUCOSA POST CARGA DE 2 HORAS	60
	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA	100
	HEMOGLOBINA GLICOSILADA - AUTOMATIZADA	70
	HEMOGLOBINA GLICOSILADA - MANUAL	70
	UREA	15
	CREATININA	35
	ACIDO URICO	30
	COLESTEROL TOTAL	35
	COLESTEROL HDL	20
	COLESTEROL LDL	20

	TRIGLICERIDOS	40
	VLDL	20
	BILIRRUBINA TOTAL Y PARCIAL	35
	TRANSAMINASA TGO	25
	TRANSAMINASA TGP	27
	FOSFATASA ALCALINA	35
	AMILASA	25
	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	30
	LACTATO DESHIDROGENASA	35
	CK TOTAL	35
	CKMB	55
	HIERRO SERICO	30
	PROTEINAS TOTALES	22
	ALBUMINA	25
	GLOBULINA	30
	CALCIO TOTAL	35
	CALCIO IÓNICO	36
	SODIO	20
	POTASIO	20
	COLORO	20
	FOSFORO	20
	SODIO, POTASIO, CLORO	40
	MAGNESIO	20
	GASOMETRIA	80
	LIPASA	25
3	SEROLOGÍA	
	PROTEINA C REACTIVA	35
	ASTO (ASO – LATEX)	45
	LATEX RA	30
	TROPONINA	60
	REACCION DE WIDAL	33
	CARDIOLIPINA VDRL	20
	HAI TOXOPLASMOSIS	25
	HAI CHAGAS	35
	VDRL SIFILIS	15
	HEPATITIS A IGM -IGG	50
	TEST RAPIDO PARA HEPATITIS B - HBSAG	60
	ANTIGENO PARA COVID19	80
	COVID IGG-IGM	70
	COMPLEMENTO C3	60
	COMPLEMENTO C4	60
	TEST RAPIDO PARA HELICOBACTER PYLORI	50
	INMUNOGLOBULINAS IGA	60
	INMUNOGLOBULINAS IGM	60

	NMUNOGLOBULINAS IGG	60
	TEST RAPIDO PARA HEPATITIS C (HCV)	50
	TEST RAPIDO PARA HIV 1-2	30
	HCG (TEST DE EMBARAZO)	15
	DENGUE DUO NS1/IGG/IGM	30
	REACCION DE HUDELSON	30
	REACCION DE PAUL BUNNEL	40
	REACCION DE W. FELIX	30
4	URIANALISIS	
	EXAMEN GENERAL DE ORINA	20
	PROTEINURIA DE 24 HORAS	30
	DEPURACION DE CREATININA ENDOGENA	30
	GLUCOSURIA CUALITATIVA EN ORINA	15
	ESPERMOGRAMA	60
	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS	20
	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	20
	MICROALBUMINURIA EN 24 HORAS	90
	DENSIDAD URINARIA	10
	CLORO URINARIO EN 24 HORAS	60
	SODIO URINARIO EN 24 HORAS	60
	POTASIO URINARIO EN 24 HORAS	60
	DIMORFISMO ERITROCITARIO	10
	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES EN ORINA	10
	ESAPERMATOZOIDES EN ORINA POST-EYACULACIÓN	10
5	HORMONAS	
	TSH	50
	TSH NEONATAL	50
	T3	64
	T4	64
	T4L	74
	INSULINA	50
	INSULINA HOMA	50
	INSULINA 30	50
	INSULINA 60	50
	INSULINA 90	50
	INSULINA 120	50
	INSULINA 180	50
	INSULINA POST PRANDIAL	50
	PEPTIDO C	160
	CORTISOL BASAL	55
	CORTISOL PM	55
	LH	50
	FSH	50
	ESTRADIOL	50

	PROLACTINA	55
	PROGESTERONA	81
	HCG CUANTITATIVA	120
	TESTOSTERONA	50
	TESTOSTERONA LIBRE	90
	DHEA- SULFATO	60
	ANDROSTENEDIONA	150
	ANTICUERPOS ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRH)	100
	HORMONA DE CRECIMIENTO GH	80
6	MARCADORES TUMORALES	
	ANTI-TPO	100
	ANTI-TG	100
	AFP	100
	CEA	80
	CA-125	100
	CA-15.3	100
	CA-19.9	100
	PSA TOTAL	120
	PSA LIBRE	120
	TIROGLOBULINA	110
7	PRUEBAS ESPECIALES	
	ACTH	165
	PTH	155
	DHEA-S	110
	FERRITINA	30
	VITAMINA D	180
	VITAMINA B 12	50
	FOLATO U ACIDO FOLICO	50
	TOXOPLASMOSIS IGG	180
	TOXOPLASMOSIS IGM	180
	EPSTEIN BARR IGG	100
	EPSTEIN BARR IGM	100
	CITOMEGALOVIRUS IGG	100
	CITOMEGALOVIRUS IGM	100
	RUBEOLA IGG	100
	RUBEOLA IGM	100
	HERPES SIMPLE IGG	100
	HERPES SIMPLE IGM	100
	HEPATITS A (ELISA)	100
	HEPATITIS B ANTICORE (ELISA)	100
	HEPATITIS B (HBSAG) (ELISA)	60
	HEPATITIS C (ELISA)	60
	HELICOBACTER PYLORI IGA	70
	HELICOBACTER PYLORI IGG	70

	HELICOBACTER PYLORI IGM	70
	CHAGAS IGG (ELISA)	70
	CHAGAS IGM (ELISA)	70
	CLAMIDYA IGA(ELISA)	70
	CLAMIDYA IGG (ELISA)	80
	CLAMIDYA IGM (ELISA)	80
	ANTI- CCP	90
	ANTI -ANA	80
	ANTI- DNADS	100
	ENA PERFIL	
	P-ANCA	120
	C-ANCA	120
	ANTI-SS A (RO)	204
	ANTI-SS B (LA)	204
	ANTICUERPO ANTIMITOCONDRIAL	204
	ANTICUERPO ANTI-MUSCULO LISO ASMA	160
	INMUNOGLOBULINA IGE	90
8	PARASITOLOGIA	
	PARASITOLOGICO SIMPLE	15
	PARASITOLOGICO SERIADO	49
	MOCO FECAL	11
	SANGRE OCULTA EN HECES	20
	TEST DE GRAHAM - ANAL SWAB	10
	METODO DE BAERMAN	15
	SUBSTANCIAS REDUCTORAS	25
	PH FECAL	15
	BUSQUEDA DE AMEBAS	15
	HELICOBACTER PYLORI EN HECES	80
	SANGRE OCULTA EN HECES	50
	ROTAVIRUS EN HECES	30
	ADENOVIRUS EN HECES	55
9	BACTERIOLOGIA	
	EXAMEN DIRECTO DE SECRECION VAGINAL	20
	CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE SECRECION VAGINAL	140
	UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	80
	HEMOCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	180
	CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE HERIDAS	30
	CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE LIQUIDOS	50
	BACIOSCOPIA SIMPLE	11
	CULTIVO MICOLOGICO	85
	BACIOSCOPIA SERIADA	35
	COPROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	80
	CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE SECRECION BRONQUIAL	30
	CITOGRAMA NASAL	15

	CULTIVO DE OIDO	30
9	OTRAS PRUEBAS	
	CITOQUIMICO DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	60
	CITOQUIMICO DE LIQUIDO PLEURAL	60
	CITOQUIMICO DE LIQUIDO ASCISTICO	90
	CITOQUIMICO DE LIQUIDO PERICARDICO	60
	CITOQUIMICO DE LIQUIDO PERITONEAL	90
	ADA EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	100
	ADA EN LIQUIDO PLEURAL	100
	ADA EN LIQUIDO ASCISTICO	220
	ANTICOAGULANTE LUPICO	220
	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS	130

NOTA: Los precios fijados para el área de Laboratorio están en el marco de la Resolución Ministerial Nro. 132

OTROS SERVICIOS

DETALLE DE SERVICIOS MEDICOS CONTRATADOS GESTION 2022			
Nro.	DETALLE	PRECIO REFERENCIAL (en bolivianos)	
		SIN CONTRASTE	CON CONTRASTE
RESONANCIA MAGNETICA CON Y SIN CONTRASTE			
1	CRANEO	1,734.70	2,174.70
2	SILLA TURCA	1,734.70	2,174.70
3	MACIZO CRANEO FACIAL	1,734.70	2,174.70
4	ORBITAS	1,734.70	2,174.70
5	RESONANCIA PROTOCOLO ACV (DIFUSION PERFUSION)	1,734.70	2,174.70
6	RESONANCIA SENOS PARANASALES	1,734.70	2,174.70
7	ATM (BOCA ABIERTA-CERRADA)	1,734.70	2,174.70
8	COLUMNA CERVICAL	1,734.70	2,174.70
9	COLUMNA DORSAL	1,734.70	2,174.70
10	COLUMNA LUMBAR SACRA	1,734.70	2,174.70
11	PLEXO BRAQUIAL	1,734.70	2,174.70
12	TORAX	1,734.70	2,174.70
13	MIEMBROS INFERIORES	1,734.70	2,174.70
14	EXTREMIDADES RODILLA	1,734.70	2,174.70
15	EXTREMIDADES HOMBRO	1,734.70	2,174.70
16	EXTREMIDADES CODO	1,734.70	2,174.70
17	EXTREMIDADES MUÑECA	1,734.70	2,174.70
18	EXTREMIDADES MANO	1,734.70	2,174.70
19	EXTREMIDADES TOBILLO	1,734.70	2,174.70
20	EXTREMIDADES PIE	1,734.70	2,174.70
21	DEDO	1,734.70	2,174.70
22	OJO	1,734.70	2,174.70
23	COLANGIO RESONANCIA	1,734.70	2,174.70
24	ABDOMEN	1,734.70	2,174.70
25	PELVIS	1,734.70	2,174.70
26	CADERA	1,734.70	2,174.70
27	CUELLO	1,734.70	2,174.70
28	FETAL INTRAUTERINA	1,734.70	2,174.70
29	ESTADIFICACION DE TU	1,734.70	2,174.70
30	PROTOCOLO PARA EPILEPSIA	1,734.70	2,174.70
31	RESONANCIA ONCOLOGICA	1,734.70	2,174.70
32	ANGIORESONANCIA CEREBRAL	1,734.70	2,174.70
33	ANGIORESONANCIA DE AORTA ABDOMINAL	1,734.70	2,174.70
34	ANGIORESONANCIA DE VASOS DEL CUELLO	1,734.70	2,174.70
35	ANGIORESONANCIA DE TRONCOS SUPRA- AORTICOS	1,734.70	2,174.70

SERVICIOS DE TOMOGRAFIA		
1	TOMOGRAFIA CRANEO S/C	418.00
2	TOMOGRAFIA SENOS PARANASALES S/C	418.00
3	TOMOGRAFIA OIDO S/C	418.00
4	TOMOGRAFIA CODO S/C	418.00

5	TOMOGRAFIA MANOS S/C	418.00
6	TOMOGRAFIA HOMBRO S/C	418.00
7	TOMOGRAFIA TOBILLO S/C	418.00
8	TOMOGRAFIA PIE S/C	418.00
9	TOMOGRAFIA RODILLA S/C	418.00
10	TOMOGRAFIA TORAX S/C	418.00
11	TOMOGRAFIA ABDOMEN S/C	418.00
12	TOMOGRAFIA PELVIS S/C	418.00
13	COLUMNA LUMBO-SACRA S/C	418.00
14	COLUMNA SACRO COCCIX S/C	418.00
15	COLUMNA CERVICAL S/C	418.00
16	COULMA DORSAL S/C	418.00
17	COLUMNA LUMBAR S/C	418.00
18	TOMOGRAFIA ABDOMEN Y PELVIS S/C	854.70
19	COLUMNA TRES CUERPOS VERTEBRALES S/C	414.70
20	TOMOGRAFIA CRANEO C/C	880.00
21	TOMOGRAFIA SENOS PARANASALES C/C	880.00
22	TOMOGRAFIA SILLA TURCA C/C	880.00
23	TOMOGRAFIA CUELLO C/C	880.00
24	TOMOGRAFIA ORBITAS C/C	880.00
25	TOMOGRAFIA TORAX C/C	880.00
26	TOMOGRAFIA ABDOMEN C/C	880.00
27	TOMOGRAFIA PELVIS C/C	880.00
28	COLUMNA LUMBO-SACRA C/C	880.00
29	COLUMNA SACRO COCCIX C/C	880.00
30	COLUMNA CERVICAL C/C	880.00
31	COULMA DORSAL C/C	880.00
32	COLUMNA LUMBAR C/C	880.00
33	UROTOMOGRAFIA S/C	700.70
34	UROTOMOGRAFIA C/C	1,287.00
35	TOMOGRAFIA ABDOMEN Y PELVIS C/C	1,287.00
36	TOMOGRAFIA TRIFASICO CON CONTRASTE	854.70
37	ANGIOTOMOGRAFIA CEREBRAL	2,174.70
38	ANGIOTOMOGRAFIA PULMONAR	2,174.70
39	ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMINAL	2,174.70
40	ANGIOTOMOGRAFIA PERIFERICA MMII	2,174.70
41	ANGIOTOMOGRAFIA VASOS SUPRA-AORTICOS	2,174.70
42	ANGIOTOMOGRAFIAS DE CUELLO	2,174.70
43	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVIS	2,174.70
44	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	2,174.70
45	ANGIOTOMOGRAFIA DE ARTERIAS RENALES	2,174.70
46	FLEBOGRAFIA DE MMII	2,174.70
47	ANGIOTOMOGRAFIA CARDIACA	3,274.70
48	ANGIOTOMOGRAFIA PERIFERICA MMSS	2,174.70

ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS		
ESTUDIO CITOPATOLOGICO		
1	PAPANICOLAOU (NORMAL) CUANDO DEJAN LAMINAS	27.50
2	CITOLOGIA NORMAL	132.00
3	CITOLOGIA DE ESPUTO	132.00
4	CITOLOGIA DE MAMA	242.00
5	CITOLOGIA DE TIROIDES	242.00
6	CITOLOGIA DE LIQUIDOS CORPORALES (PLEURA, LIQUIDO ASCITICO, ETC)	132.00
ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO		
7	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO	275.00
8	CONO LEEP CERVICAL	308.00
9	BIOPSIA DE MAMA (PUNCION)	275.00
10	BIOPSIA QUISTE DE OVARIO	308.00
11	NODULECTOMIA DE MAMA	308.00
12	MASTECTOMIA RADICAL	588.50
13	BIOPSIA DE ENDOMETRIO (LEGRADO)	275.00
14	BIOPSIA DE UTERO SIN ANEXOS	330.00
15	BIOPSIA DE UTERO Y ANEXOS	357.50
16	BIOPSIA DE POLIPOS ENDOCERVICALES	275.00
17	BIOPSIA DE PLACENTA (ORGANO)	418.00
18	BIOPSIA DE PLACENTA (FRAGMENTOS)	357.50
GASTROENTEROLOGIA		
19	BIOPSIA DE LENGUA	275.00
20	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR	275.00
21	BIOPSIA DE APENDICE CECAL	275.00
22	BIOPSIA DE ESTOMAGO E INVESTIGACION DE HELYCOBACTERY PILORY (FRAGMENTOS)	275.00
23	GASTRECTOMIA TOTAL	473.00
24	BIOPSIA POR PUNCION DE COLON (FRAGMENTOS)	308.00
25	BIOPSIA DE COLON (COLECTOMA PARCIAL)	473.00
26	BIOPSIA DE HIGADO POR PUNCION	357.50
27	BIOPSIA DE HIGADO (LOBECTOMIA PARCIAL)	462.00
28	BIOPSIA DE HEMORROIDES	275.00
29	BIOPSIA DE EPIPLON	275.00
30	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO (ENTERECTOMIA PARCIAL)	418.00
31	BIOPSIA DE ESOFAGO (FRAGMENTOS)	275.00
32	BIOPSIA DE RECTO POR PUNCION	308.00
33	BIOPSIA DE DIVERTICULO DE ESOFAGO	308.00
DERMATOLOGIA		
34	BIOPSIA DE TEJIDO ADIPOSEO (LIPOMA)	308.00
35	BIOPSIA DE PIEL	308.00
36	BIOPSIA DE NEVO (LUNAR)	275.00
NEUMOLOGIA		
38	BIOPSIAS BRONQUIALES	308.00

39	BIOPSIA DE PLEURA	275.00
40	BIOPSIA DE PULMON (LOBECTOMIA PARCIAL)	473.00
UROLOGIA		
41	BIOPSIA DE PENE (FRAGMENTOS)	275.00
42	BIOPSIA DE PENE	308.00
43	BIOPSIA DE TESTICULO	385.00
44	BIOPSIA DE VEJIGA (ORGANO)	330.00
45	BIOPSIA DE VEJIGA (FRAGMENTOS)	308.00
46	BIOPSIA DE PROSTATA (POR PUNCION)	308.00
47	BIOPSIA DE PROSTATA (PROSTATECTOMIA)	385.00
48	BIOPSIA DE RIÑON (POR PUNCION)	275.00
49	BIOPSIA DE RIÑON (NEFRECTOMIA TOTAL)	473.00
TRAUMATOLOGIA		
50	BIOPSIA DE FRAGMENTO OSEO	385.00
51	BIOPSIA DE GANGLION	275.00
52	BIOPSIA DE PARTES BLANDAS	308.00
53	BIOPSIA DE HUESO	440.00
54	BIOPSIA DE CARTILAGO	308.00
VARIOS		
55	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	308.00
56	BIOPSIA DE TIROIDES POR PUNCION	275.00
57	BIOPSIA DE TIROIDES (ORGANO)	495.00
58	BIOPSIA DE BAZO	440.00
59	INMUNOHISTOQUIMICA	2,035.00
ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS		
1	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR	517.00
2	ECOGRAFÍA DOPPLER CAROTIDAS Y VERTEBRALES	517.00
3	ECOGRAFÍA ARTERIAL MIEMBRO SUPERIOR	517.00
4	ECOGRAFÍA DOPPLER ARTERIAL MIEMBRO INFERIOR	517.00
5	ECOGRAFÍA DOPPLER VENOSO MIEMBRO INFERIOR	517.00
6	ECOGRAFÍA DOPPLER VENOSO MIEMBRO SUPERIOR	517.00
7	M.A.P.A	517.00
8	TEST ERGOMETRICO O PRUEBA DE ESFUERZO	517.00
9	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	1,870.00
10	ECOCARDIOGRAMA CON ESTRÉS FARMACOLÓGICO	2,640.00
11	ECOCARDIOGRAMA CON ESTRÉS FÍSICO	2,420.00
12	TILT TEST O TEST DE INCLINACION	627.00
13	ECOGRAFÍA DOPPLER ARTERIA AORTA ABDOMINAL E ILIACAS	517.00
14	ECOGRAFÍA DOPPLER ARTERIAS MESENTÉRICAS	517.00
15	ECOGRAFÍA DOPPLER ARTERIAS RENALES BILATERALES	517.00
16	ECOGRAFÍA DOPPLER VENOSO CENTRAL	517.00
17	ECOGRAFÍA DOPPLER PRE-OPERATORIO DE FISTULA ARTERIO VENOSA (EX. 2 BRAZOS ART Y VEN)	990.00
18	ECOGRAFÍA DOPPLER POST-OPERATORIO DE FISTULA ARTERIO - VENOSA (EXAMEN DE CONTROL)	715.00

19	HOLTERS 24. HRS.	517.00
ESTUDIOS DE MAMOGRAFIA		
1	MAMOGRAFIA	260.70
2	MAMOGRAFIA UNILATERAL	154.00
3	COMPRESION UNILATERAL	88.00
4	COMPRESION BILATERAL	172.70
5	MAGNIFICACION UNILATERAL	90.20
6	MAGNIFICACION BILATERAL	183.70
ESTUDIOS OFTALMOLOGICOS		
1	PANFOTOCOAGULACION CON LASER VERDE (por sesión)	1,100.00
2	BIOMETRIA AMBOS OJOS	220.00
3	CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA	220.00
4	ECOGRAFIA OCULAR AMBOS OJOS	308.00
5	YAG LASER AMBOS OJOS	1,320.00
6	TOMOGRAFIA OCULAR / COHERENCIA OPTICA	550.00
7	RETINOFLUORESCINOGRAFIA	803.00
8	ANGIOGRAFIA OCULAR	792.00
9	RECUENTO ENDOTELIAL AMBOS OJOS	275.00
10	APLICACION DE AVASTIN POR SESION (Bevacizumab)	1,980.00
11	ANGIOTOMOGRAFIA AMBOS OJOS	770.00
ESTUDIOS CARDIOLÓGICOS		
1	CINECORONOGRAMA DIAGNOSTICA	4,209.70
2	CATERISMO CARDIACO	4,198.70
3	ANGIOPLASTIA POR 1 VASO TERAPEUTICO	14,615.70
4	STENT CONVENCIONAL ADICIONAL	3,472.70
5	STENT LIBERADOR DE DROGA	6,398.70
6	ARTERIOGRAFIA MMII	4,264.70
ESTUDIOS ENDOSCÓPICOS		
1	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	550.00
2	ENDOSCOPIA CON BIOPSIA	660.00
3	ENDOSCOPIA P/ PASAJE DE Sonda NASO ENTERAL	880.00
4	ENDOSCOPIA CON ESCLEROSIS	1,100.00
5	ENDOSCOPIA CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO	1,100.00
6	ENDOSCOPIA CON DILATAION	1,320.00
7	ENDOSCOPIA CON POLIPECTOMIA	1,540.00
8	ENDOSCOPIA CON LIGADURA ELASTICA (con ligas incluidas)	2,200.00
9	ENDOSCOPIA CON COLOCACION DE PROTESIS (sin prótesis)	3,300.00
10	GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA (sin set de gastrostomía)	3,300.00
11	LARINGOSCOPIA DIAGNOSTICA	550.00
12	LARINGOSCOPIA CON BIOPSIA	660.00
13	COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA	1,210.00
14	COLONOSCOPIA CON BIOPSIA	1,210.00
15	COLONOSCOPIA CON ESCLEROSIS	1,320.00
16	COLONOSCOPIA CON POLIPECTOMIA	1,540.00

17	COLONOSCOPIA CON RETIRADA DE CUERPO EXTRAÑO	1,540.00
18	COLONOSCOPIA CON DILATACION	1,540.00
19	BRONCOSCOPIA	1,100.00
20	BRONCOSCOPIA CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO	1,650.00
21	E.R.C.P + PAPILOTOMIA	3,300.00
22	E.R.C.P + STENT (sin stent)	3,850.00
SERVICIOS DE HEMODIALISIS		
1	SESIONES DE HEMODIALISIS PACIENTE LIMPIO (por sesión)	649.00
2	SESIONES DE HEMODIALISIS PCTES. COVID-19 ESTABLES (por sesión)	1,595.00
3	SESIONES DE HEMODIALISIS PORTATIL PACIENTE LIMPIO (por sesión)	2,750.00
4	SESIONES DE HEMODIALISIS PORTATIL PACIENTE COVID-19 (por sesión)	5,500.00
ESTUDIOS CONTRASTADOS		
1	COLANGIOGRAFIA	1,287.00
2	COLON POR ENEMA	1,210.00
3	ESOFAGOGASTRODUODENAL	1,089.00
4	ESOFAGOGRAMA	1,089.00
5	FLEBOGRAFIA DE MMII	2,200.00
6	HISTEROSALPINGOGRAFIA	1,287.00
7	SCANOMETRIA DE MIEMBROS INFERIORES	374.00
8	TRANSITO INTESTINAL	1,287.00
9	URETROCISTROGRAFIA	1,287.00
10	URETROGRAFIA RETROGRADA	1,287.00
11	UROGRAFIA EXCRETORA	1,287.00
12	DENSITOMETRIA OSEA	407.00
ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS UROLOGICOS		
1	URODINAMIA	1,980.00
2	UROFLUJOMETRIA	330.00
3	CALIBRACION URETRAL POR SESION	165.00
SERVICIOS DE AUDIOMETRIA		
1	AUDIOMETRIA TONAL	132.00
2	AUDIOMETRIA CONDICIONADA	220.00
3	AUDIOMETRIA A CAMPO LIBRE	220.00
4	IMPEDANCIOMETRIA - TIMPANOMETRIA	132.00
5	LOGOAUDEMIA	88.00
6	ACUFENOMETRIA	88.00
7	OTOEMISIONES ACUSTICAS	330.00
8	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	330.00
ESPECIALIDADES PEDIATRICAS		
1	Consulta médica por consulta externa por Cardiopediatria (lunes a viernes)	330.00
2	Consulta médica paciente internado en piso/terapia (lunes a viernes de 07:00 a 17:00)	385.00
3	Consulta médica paciente internado en piso/terapia (fuera de horario)	550.00

4	Ecocardiograma doppler color infantil en consultorio	990.00
5	Ecocardiograma doppler color infantil portátil pcte. internado	1,100.00
6	Ecocardiograma doppler color fetal en consultorio	1,650.00
7	Ecografía pediátrica y neonatal doppler cerebral	715.00
8	Ecografía Doppler pediátrica y neonatal partes blandas	715.00
9	Ecografía pediátrica y neonatal doppler renal	715.00
10	Ecografías pediátricas en consultorio	363.00
11	Ecografías pediátricas portátiles	715.00
12	Consulta médica en consultorio urología pediátrica	330.00
13	consulta interhospitalaria urología pediátrica	385.00
14	Cirugías de la especialidad de urología pediátrica	POR UMA (colegio médico)
ESTUDIOS NEUROFISIOLOGIA		
1	ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES, SUPERIORES O 4 EXTREMIDADES	550.00
2	ELECTROENCEFALOGRAMA (NIÑOS-ADULTO)	330.00
3	ELECTROENCEFALOGRAMA TERAPIA INTENSIVA	990.00
4	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	440.00
5	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES	440.00
6	POTENCIALES DE EVOCADO MOTOR	440.00
7	ELECTRORETINOGRAMA	440.00
8	MAPEO CEREBRAL	770.00
9	CONSULTA NEUROPEDIATRICA	165.00
10	INTERCONSULTA HOSPITALARIA NEUROPEDIATRICA	220.00
RAYOS X DENTAL		
1	ESTANDAR O RX PANORAMICA	143.00
2	PEDIATRICA O RX PANORAMICA	143.00
SERVICIOS DE FONOAUDIOLOGIA		
1	TERAPIA DE PSICOPEDAGOGIA (sesión de 30 minutos)	110.00
2	TERAPIA DE LENGUAJE (sesión de 30 minutos)	110.00
3	TERAPIA DE HABLA (sesión de 30 minutos)	110.00
4	PATOLOGIAS DE LA RESPIRACION (sesión de 30 minutos)	110.00

NOTA: La lista de precios establecidos para estos servicios es de acuerdo a la compra de servicios.

Los Servicios auxiliares de diagnóstico, servicios médicos especializados, servicios especializados neonatales y pediátricos, cirugías en las diferentes especialidades y otros que no se encuentren dentro del listado de precios serán cobrados en base al arancel de honorarios médicos del colegio médico de Santa Cruz de la Sierra, más un recargo del 10% de los honorarios resultantes de los servicios esto por tramites administrativo realizados por el Seguro Integral de Salud – SINEC.