



**CONVENIO DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD ENTRE HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO Y EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE
LA POLICIA NACIONAL DEL PERU - SALUDPOL**



Conste por el presente documento, el Convenio de Intercambio Prestacional en Salud, que celebra de una parte el **FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU**, con RUC N°20178922581, con domicilio legal en Calle Tahuantinsuyo N°172 Urb. San Juan Bautista de Villa, distrito de Chorrillos, provincia y departamento de Lima, con Registro en SUSALUD N°10005, representada por el Gerente General Med. **RENZO RENAN ZAVALA URTEAGA**, identificado con DNI N°10181186, designado mediante Resolución de Directorio N°003-2019-IN-SALUDPOL-PD, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS** y de otra el **HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**, con RUC N° 20223149635, con domicilio legal Av. Mansiche Nro. 795, distrito y provincia de Trujillo, y departamento La Libertad, con Registro en SUSALUD N° 00005196, representado por su **DIRECTOR EJECUTIVO M.C. CESAR AUGUSTO FERNÁNDEZ SÁNCHEZ**, identificado con DNI N° 18081851, designado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 432-2021-GRLL/GOB., a quien en adelante se le denominará **LA IPRESS**, en los términos y condiciones siguientes:



CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL



- 
- 
- 
- 
- 
- 1.1 Constitución Política del Perú.
 - 1.2 Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
 - 1.3 Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
 - 1.4 Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
 - 1.5 Decreto Legislativo N°1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
 - 1.6 Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
 - 1.7 Decreto Legislativo N°1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, modificado por los Decretos Legislativos N° 1230 y 1267.
 - 1.8 Decreto Legislativo N°1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2015-IN.
 - 1.9 Decreto Legislativo N°1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
 - 1.10 Decreto Legislativo N°1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.
 - 1.11 Decreto Legislativo N°1466, que aprueba disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del intercambio prestacional en salud en el sistema nacional de salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio por COVID-19.
 - 1.12 Decreto Supremo N°026-2017-IN, "Reglamento del Decreto Legislativo N°1267", Ley de la Policía Nacional del Perú.
 - 1.13 Decreto Supremo N° 008-2010-SA, "Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud",
 - 1.14 Decreto Supremo N° 020-2014-SA, Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
 - 1.15 Decreto Supremo N°031-2014-SA, Reglamento de Infracción y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud — SUSALUD.
 - 1.16 Decreto Supremo N° 003-2015-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional.
 - 1.17 Decreto Supremo N° 002-2019-SA, Aprueban Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.



- 
- 
- 
- 
- 1.18 Decreto Supremo N° 012-2019-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302.
 - 1.19 Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Procedimiento Administrativo General.
 - 1.20 Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA - Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
 - 1.21 Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud".
 - 1.22 Resolución Ministerial N° 158-2019-IN, que aprueba el Manual de Operaciones del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional de Perú — SALUDPOL.
 - 1.23 Resolución Ministerial N° 1270-2019-IN, que modifica el Manual de Operaciones y el Organigrama de SALUDPOL.
 - 1.24 Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S, que aprueba las "Cláusulas Mínimas de los Contratos o Convenios suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) o las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS)".
 - 1.25 Resolución de Superintendencia N° 121-2019-SUSALUD/S y N° 072-2021-SUSALUD/S.
 - 1.26 Resolución de Directorio N° 001-2018-IN-SALUDPOL-PD, se conformó el Comité de Gestión de Riesgos del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú — SALUDPOL.
 - 1.27 Acta de Sesión Ordinaria N° 033-2018, que aprueba el Manual de Gestión de Riesgos de SALUDPOL.
 - 1.28 Resolución de Gerencia General N° 125-2018-IN-SALUDPOL-GG, que aprueba el Documento Técnico "Plan de Salud del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú".
 - 1.29 Resolución de Gerencia General N° 113-2018-IN-SALUDPOL-GG de fecha 28 de junio del 2018, se deja sin efecto la Resolución de Gerencia General N° 170-2017-IN-SALUDPOL-GG del 23 de octubre del 2017, y se aprueba la "Directiva que regula la formulación y suscripción de Convenios entre el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL con Gobierno Regionales, UGIPRESS Públicas e IPRESS Públicas.
 - 1.30 Resolución de Gerencia General N° 0133-2021-IN-SALUDPOL-GG, de fecha 12 de agosto del 2020, se aprueba la actualización del Manual de Procedimientos (MAPRO) denominado Nivel 1: P.M.3.1. Compra de Prestaciones de Salud perteneciente a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud, aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 0170-2020-IN-SALUDPOL-GG.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

Para los efectos del presente convenio, se tendrán como válidas las siguientes definiciones:


- 
- 
- 2.1. **Acreditación de asegurados:** Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a la cobertura de salud brindada por LA IAFAS.
 - 2.2. **Atención de salud:** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a una persona, familia y comunidad, es integral considerando las Unidades Productoras de Servicios de Salud – UPSS y la cartera de servicios del establecimiento.
 - 2.3. **Asegurado o Beneficiario:** Toda persona residente en el país que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Para efectos del presente documento, se entenderá como toda persona titular de la PNP, y familiares derechohabientes, según lo dispuesto en el artículo 19 del D.S. N° 002-2015-IN o el que haga sus veces.
 - 2.4. **Cartera de servicios de salud:** Es el conjunto de diferentes prestaciones de salud que brindan las IPRESS en los tres (03) niveles de atención de acuerdo a su capacidad



resolutiva y capacidad de oferta. Incluye prestaciones de salud en promoción de la salud, prevención del riesgo o enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud.

- 2.5. **Categoría de establecimiento:** Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutiva, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.
- 2.6. **Cobertura:** Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un convenio de aseguramiento.
- 2.7. **Cobros indebidos:** Requerimiento de pago por indicación de la IPRESS a los asegurados, sus representantes y/o familiares, por conceptos de medicamentos, insumos, procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieren para la atención del asegurado, a pesar de encontrarse dentro de la cobertura de salud del asegurado.
- 2.8. **Corrupción:** Es el mal uso del poder público o privado para obtener un beneficio indebido, económico, no económico, ventaja, directa o indirecta; por agentes públicos, privados o ciudadanos, vulnerando principios y deberes éticos, normas y derechos fundamentales.
- 2.9. **Emergencia Prioridad I:** son las atenciones que se brindan a los pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requiere atención inmediata en Sala de Shock Trauma.
- 2.10. **Exclusiones:** Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos, detallados en el plan o programa de salud, según lo dispuesto en el Art. 29 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174 o el que haga sus veces.
- 2.11. **Gestión de Riesgos de Corrupción:** Conjunto de actividades coordinadas que permiten a la entidad identificar, analizar, evaluar, mitigar, eliminar o aceptar la ocurrencia de riesgos de corrupción en los procesos de su gestión. El resultado de todas esas actividades se materializa en el Mapa de Riesgos de Corrupción.
- 2.12. **Guías de Práctica Clínica:** Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica disponible para asistir al personal de salud en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención en salud.
- 2.13. **Mecanismos de Pago:** Es la forma en la que se realiza la retribución económica por los servicios de salud prestados según Convenio entre IAFAS e IPRESS.
- 2.14. **Pago prospectivo:** También conocido como "Pago Adelantado", es el mecanismo de pago a través del cual el importe total es definido por LA IAFAS quien preestablece los volúmenes a ser pagados antes que se realicen las prestaciones, con diferentes grados de evaluación por un determinado periodo, de manera anticipada.
- 2.15. **Pago retrospectivo:** mecanismo de pago a través del cual el importe total de las prestaciones realizadas es definido por la prestación de expedientes o fichas de atención que representen a la prestación realizada previa evaluación de los datos contenidos, y se pagan luego que se brinda la prestación.
- 2.16. **Planes de Aseguramiento en Salud:** Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), Planes Complementarios y Planes Específicos. En tanto los Planes de Salud de SALUDPOL se encuentren en formulación, serán consideradas las inclusiones y exclusiones contenidas en el Decreto Legislativo N° 1174 y su Reglamento o el que haga sus veces.
- 2.17. **Prestación de Salud:** Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los asegurados en las IPRESS registradas en SUSALUD.
- 2.18. **Riesgo:** Aquella posibilidad de que suceda algún evento incierto que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad.




- 
- 2.19. **Riesgo de Corrupción:** Aquella posibilidad que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público para el beneficio privado.
- 2.20. **Rechazo parcial de la prestación:** Se da cuando existe una inconformidad en una prestación autorizada con evidencia de haberse brindado. (por ejemplo, falta de sello, firma, no se evidencia el resultado de un examen auxiliar, etc.). En este caso, se descontará del expediente el monto observado, pero se cancelará el resto de la prestación.
- 2.21. **Rechazo total de la prestación:** Se considera rechazo total del expediente cuando la IPRESS no facilite la historia clínica para su evaluación o cuando no se evidencie el documento de autorización de la IAFAS para la realización de la prestación. En estos casos no se cancelará la prestación.



CLÁUSULA TERCERA. - DE LAS PARTES


LA IAFAS – SALUDPOL: EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ, la que se encuentra inscrita en el Registro de IAFAS de SUSALUD mediante Resolución N° 206-2013-SUNASA/IRAR de la Intendencia de Normas y Autorizaciones, con Certificado Registro N° 10005; es una institución con personería jurídica de derecho público adscrita al Ministerio del Interior que cuenta con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable y tiene como finalidad recibir, captar y gestionar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud dirigidas al personal de la PNP y sus familiares derechohabientes, a través de una cobertura de los riesgos de salud, de conformidad al marco normativo vigente, la cual ha identificado una brecha de demanda insatisfecha respecto a sus asegurados en el departamento de Apurímac.



EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO es una IPRESS pública de la región La Libertad, constituida es una Unidad Ejecutora y se encuentra inscrito en el Registro Nacional de IPRESS de SUSALUD, con Código único de IPRESS N° 00005196 con categoría III-1. De conformidad con el marco legal vigente, ha determinado que cuenta con capacidad de oferta para atender la demanda insatisfecha de la IAFAS.

CLÁUSULA CUARTA. - OBJETO DEL CONVENIO

Por el presente documento, y de conformidad con el marco legal que regula el Intercambio Prestacional en Salud el presente Convenio se rige sobre el D.L. N°1468 y D.L. N°1302 en el que **LA IPRESS (HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO)** se obliga a brindar las prestaciones de salud contenida en la cartera de servicios, estipulados en el **Anexo N° 1**, a los beneficiarios de **LA IAFAS SALUDPOL** que se encuentren debidamente acreditados, de acuerdo a su Plan de Salud.



LA IAFAS SALUDPOL se obliga a pagar a **LA IPRESS** por los servicios de salud que se presten a los beneficiarios, según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre ambas partes.

LA IPRESS, se obliga a garantizar una prestación de salud en condiciones óptimas de calidad y oportunidad a los asegurados, disponiendo para ello del personal idóneo, infraestructura y equipamiento adecuado para tal fin, según las normas vigentes.




CLÁUSULA QUINTA. - ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las partes acuerdan que el presente convenio es de aplicación en la región La libertad, beneficiando a la población asignada a la IAFAS, reconocidos como demanda insatisfecha, con el propósito de optimizar la capacidad instalada e incrementar la oferta de servicios de salud.

CLÁUSULA SEXTA. - ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO


LA IPRESS y **LA IAFAS,** acuerdan gestionar la acreditación de asegurados en el marco a las "Disposiciones del Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de






Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud Modelo SITEDS¹, de acuerdo con lo establecido por SUSALUD.

No obstante, en tanto no se haya realizado implementado el MODELO SITEDS, y/o alguna de las partes no se encuentre operativo para tal implementación, se deberá tomar en cuenta lo siguiente:



Para la prestación del servicio es condición obligatoria que, el beneficiario se identifique con el Documento Nacional de Identidad – DNI además es condición obligatoria que LA IPRESS cuente con el documento de autorización de **PROCEDIMIENTO MÉDICO**¹ emitido previamente por **LA IAFAS**² (**Anexo N° 2**).


En caso que el beneficiario acuda directamente al servicio de emergencia de **LA IPRESS** donde se califique daño prioridad I, **LA IPRESS** verificará la condición y la vigencia de cobertura de atención del beneficiario a través del sistema informático "Consulta en línea de Registro de Beneficiarios" de **LA IAFAS** disponible en <https://app-cbo.saludpol.gob.pe/22085/>. De comprobar que el beneficiario cuente con cobertura de atención vigente, **LA IPRESS** deberá informar en un plazo de hasta setenta y dos (72) horas, a la Unidad Territorial de **LA IAFAS** o quien haga sus veces, sobre la ocurrencia del evento, a fin de que ésta en el mismo plazo emita el documento de **AUTORIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO MEDICO** correspondiente (**Anexo N° 3**).³



El documento de autorización tiene una vigencia de treinta (30) días calendario para el inicio de la prestación de salud, que comenzará a regir a partir del día de su emisión para el caso de las prestaciones de salud que no sean emergencia Prioridad I. Para los casos de emergencias Prioridad I, el documento de autorización comenzará a regir a partir de ocurrido el evento. (**Anexo N° 03**).

De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continua vigente la última información disponible del padrón de acreditados reportada por la IAFAS.


CLÁUSULA SÉTIMA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD



La cartera de servicios de salud y procedimientos de salud contratados en virtud del presente convenio se encuentra detallada en el anexo adjunto que forma parte del presente convenio y serán brindados según el Plan de Salud de la persona beneficiaria.

La IPRESS se obliga a brindar las prestaciones de salud contratadas en condiciones óptimas de calidad, seguridad y oportunidad; cumpliendo con el marco normativo, protocolos, guías de práctica clínica y estándares establecidos por la Autoridad sanitaria nacional.

La IPRESS se obliga a garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según lo establecido por el Ministerio de Salud; cumpliendo como mínimo con el uso del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del Sector Salud – PNUME.



Los responsables de cada institución establecerán de común acuerdo la programación y cupos correspondientes de cada prestación a intercambiar.

Las partes de común acuerdo podrán incrementar las prestaciones de salud a intercambiar, a través de adendas.

CLÁUSULA OCTAVA. - DEL MECANISMO DE PAGO



Las partes acuerdan que la modalidad de pago de la contraprestación por las prestaciones de

¹ Documento remitido en físico o por correo electrónico. Dicho documento tiene una vigencia de 30 días.

² O el área que haga sus veces.

³ Lo señalado no condiciona que la atención se realice de forma inmediata en cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencias y Partos y el Reglamento de la Ley 29414 "Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud".



salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por servicio; la cual será calculado y cancelado con una periodicidad mensual en función al costo acordado para cada prestación, según los valores y el tarifario contenido en el **Anexo N° 04** del presente convenio. Los desembolsos se realizarán en forma retrospectiva al mes de producción correspondiente.

CLÁUSULA NOVENA. - DE LAS TARIFAS




- 9.1 Las tarifas por los servicios de salud que se brinden en el marco del presente Convenio no tienen fines de lucro y han sido establecidas de mutuo acuerdo con **LA IPRESS**. Las tarifas incluyen los costos de los insumos y materiales médicos y se encuentran estipuladas en el **ANEXO N° 4** y podrán ser modificadas mediante suscripción de Adendas.
- 9.2 Los medicamentos y dispositivos médicos se financiarán por consumo; cuya tarifa será establecida según los precios de operación reportados en el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos-SISMED⁴
- 9.3 Los procedimientos de salud no incluidos en el tarifario del presente Convenio que sean brindados por **LA IPRESS** a los beneficiarios de **SALUDPOL**, serán financiados por **LA IAFAS**, previa suscripción de un Acta entre los coordinadores de **LA IAFAS** y de **LA IPRESS**, según lo señalado en la cláusula vigésima tercera, acordando las tarifas a ser aplicadas en forma transitoria. En forma posterior, estos procedimientos de salud deberán ser incluidos en el tarifario del presente Convenio, previo acuerdo de **LA IAFAS** y **LA IPRESS**, mediante Adenda.


CLÁUSULA DÉCIMA. - RECEPCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL

- 10.1 La IPRESS garantiza que las prestaciones de salud otorgadas a los pacientes o usuarios de salud asegurados, se registran y comunican a las IAFAS y a SUSALUD de acuerdo al modelo de transacción electrónica de datos estandarizados establecido por SUSALUD. El plazo de implementación de este modelo será acordado mediante documento adicional firmado por los Representantes de las Partes.
- 10.2 LA IAFAS se obliga a pagar la contraprestación a LA IPRESS mediante el mecanismo de pago acordado, estipulado en la cláusula octava del presente Convenio.
- 10.3 LA IPRESS podrá registrar las prestaciones de salud hasta los 30 días calendario del mes siguiente de producción, considerando el Conjunto Mínimo de Datos (Anexo N° 05), a través del Sistema de Registro de Prestaciones de Salud (o el que haga sus veces), según el procedimiento establecido (Anexo N° 06).
- 10.4 La Oficina de la Tecnología de la Información de LA IAFAS, a través del Sistema de Registro de Prestaciones de Salud (o el que haga sus veces) realiza la validación prestacional en el plazo de diez (10) días calendario, luego de finalizado el mes de producción y/o que EL PRESTADOR notifique vía correo electrónico el cierre del registro de prestaciones de salud de un mes de producción. El resultado de la valorización de las prestaciones de salud es remitido a la Dirección de Prestaciones de Salud.
- 10.5 La Dirección de Prestaciones de Salud de LA IAFAS, a partir de la información remitida por la Oficina de la Tecnología de la Información, elabora un Informe de Validación Prestacional en el plazo de diez (10) días luego del siguiente día hábil de haber recibido el resultado de la validación prestacional por parte de la Oficina de Tecnologías de la Información; el cual deberá contemplar el detalle de las prestaciones conformes, y remite dicho informe a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de LA IAFAS para la verificación de la valorización de las prestaciones conformes.

⁴ Se aplicará los precios de operación del último reporte registrado en el SISMED o del registro correspondiente al mes de producción de la prestación.



- 
- 10.6 La Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de LA IAFAS informa a LA IPRESS mediante documento formal o correo electrónico los resultados del proceso de conformidad prestacional y solicita los documentos para el pago correspondiente luego de haber recibido el Informe de Validación Prestacional de la Dirección de Prestaciones de Salud.
- 
- 10.7 LA IPRESS deberá remitir a LA IAFAS la factura⁵, con monto igual a la valorización de las prestaciones conformes, la hoja de liquidación y copia de los documentos de autorización.
- 10.8 De presentarse observaciones en relación a la recepción o conformidad, debe consignarse en un documento suscrito por LA IAFAS y se otorgará un plazo de treinta (30) días calendario a las IPRESS para las subsanaciones correspondientes. Todas las observaciones se realizarán en un solo acto, no pudiendo presentarse después nuevas observaciones.
- 10.9 Si pese al plazo otorgado, LA IPRESS adscrita a EL PRESTADOR no cumpliera a cabalidad con la subsanación, la IAFAS dará por aceptada la observación y podrá rechazar su pago.
- 10.10 Bajo ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por LA IPRESS, condicionará el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes.
- 
- 10.11 Luego de otorgada la conformidad la IAFAS se compromete a efectuar la transferencia de recursos financieros, como establece el presente convenio.
- 10.12 En forma posterior, cada tres (03) meses, se aplicará control presencial posterior de las prestaciones conformes, a través de la auditoría médica "In situ", según el procedimiento descrito en el numeral 15.2, previa coordinación entre las partes.
- 10.13 LA IAFAS debe realizar la transferencia de recursos financieros del valorizado de las prestaciones conformes del mes, luego de recibir los documentos señalados en los numerales 10.7. y 10.8., lo cual es un requisito para efectuar el desembolso retrospectivo.



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA QUE GARANTICE LA CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD


En caso la IPRESS no cuente con la capacidad resolutive suficiente para atender las necesidades de salud del paciente o usuario de salud, ésta comunica en forma inmediata a la IAFAS a efectos que adopte las acciones necesarias para salvaguardar la vida y la salud del paciente o usuario de salud asegurado.

La contraprestación pactada en la cláusula octava del presente convenio incluye los costos que implique el traslado del paciente o usuarios de salud.

En este caso, los costos que demanden el traslado y la atención de salud del paciente o usuario de salud son deducidos, en lo que corresponda, a la IPRESS en dicho periodo.



CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS Y CONSULTAS DE LOS ASEGURADOS



La IPRESS se compromete a capacitar al personal que labora en la plataforma de atención al usuario en salud, sobre el contenido del presente convenio de intercambio prestacional en salud a efectos que se puedan brindar información y absolver consultas sobre los pacientes y usuarios que así lo requieran.

Las denuncias y reclamos que formulen los pacientes o usuarios de salud asegurados que se encuentren dentro del ámbito de aplicación del presente convenio son atendidas de conformidad con lo establecido en el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios

⁵ Factura en original. En caso de ser factura electrónica deberá emitirse una copia de esta (De acuerdo con el reglamento de comprobantes de pago).

de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS públicas (LIBRO DE RECLAMACIONES), privadas o mixtas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-2019-SA.

Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior, la IPRESS informará mensualmente a la IAFAS de la presentación, tramitación y resultados de las consultas y reclamos que presenten los asegurados comprendidos en el ámbito de aplicación de presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA - OBLIGACIONES DE LAS IAFAS

Son obligaciones de LA IAFAS:

- 13.1 Informar a sus beneficiarios sobre el alcance de los servicios de salud que serán brindados por LA IPRESS en el marco del presente Convenio.
- 13.2 Implementar procedimientos de afiliación y desafiación que incluyan la notificación oportuna al beneficiario, para efectos del acceso a los servicios de salud que serán brindados por LA IPRESS en el marco del presente Convenio.
- 13.3 Brindar oportunamente información a la IPRESS, sobre los beneficiarios con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.
- 13.4 Coordinar directamente la referencia de los beneficiarios a otras IPRESS cuando el estado de salud determinado por el médico así lo requiera, según las condiciones de salud pactadas en el marco de la normativa vigente no pudiendo delegar dicha obligación o responsabilidad a LA IPRESS.⁶
- 13.5 Informar a LA IPRESS sobre los procedimientos administrativos para la atención de los beneficiarios y aquellos que se derivan en su relación con LA IAFAS, así como las modificaciones que se susciten.
- 13.6 Pagar a LA IPRESS por las prestaciones de salud brindadas a sus beneficiarios, según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre las partes.
- 13.7 Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de auditoría médica, con personal que tenga experiencia asistencial no menor a 2 años y, cuente con Registro de Auditor Médico en el Colegio Médico del Perú.
- 13.8 Capacitar al personal designado por LA IPRESS en las características de sus planes de salud siempre que formen parte del presente Convenio.
- 13.9 Informar en forma detallada a los beneficiarios y a LA IPRESS, sobre cualquier modificación que introduzca en los Planes de Salud, con una anticipación no menor a cinco (5) días de su implementación en LA IPRESS.
- 13.10 Establecer, las condiciones particulares de las coberturas, de acuerdo a los Planes de Salud que oferten en el régimen que corresponda, concordante con el TUO de la Ley Marco de Aseguramiento en Salud, su Reglamento y demás disposiciones complementarias y conexas.
- 13.11 Implementar los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención, validación, conformidad, facturación, pago, así como lo dispuesto en el artículo 11° del decreto Supremo N° 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Transitoria del citado Decreto Supremo.
- 13.12 Poner a disposición de los usuarios del Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
- 13.13 Prohibir la retención del pago por deudas ajenas al presente Convenio.
- 13.14 Otras que deriven de las demás cláusulas del presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA - OBLIGACIONES DE LA IPRESS

Son obligaciones de LA IPRESS:

- 14.1 Brindar las prestaciones de salud establecidas en el presente convenio con la IAFAS, según la cartera de servicios y catálogo de procedimientos médicos y sanitarios contratado.

⁶ Este numeral se refiere a aspectos administrativos de la coordinación de la referencia que corresponden a LA IAFAS.




- 14.2 Mantener vigentes sus autorizaciones, licencias de apertura y funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a ley le sean requeridos. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante SUSALUD.
- 14.3 Verificar la identidad del paciente y su condición de beneficiario de LA IAFAS, en la forma determinada por ésta, según la normatividad vigente.
- 14.4 No realizar cobros adicionales de ningún tipo, a los beneficiarios de LA IAFAS por los servicios de salud que son objeto del presente Convenio, distintos de los autorizados por LA IAFAS.
- 14.5 Permitir y otorgar las facilidades que correspondan a LA IAFAS a fin que pueda realizar las intervenciones de auditoría médica y control prestacional que correspondan.
- 14.6 Cumplir con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutivo. Para tal efecto, deberá garantizar que los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, suministros, y en general todos sus parámetros de operación y entrega de servicios, cumplan con los estándares mínimos vigentes y la normativa aplicable para tales efectos.
- 14.7 No discriminar en su atención a los beneficiarios de LA IAFAS por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, capacidad de pago o riesgo, discapacidad u otras en el marco de la normatividad vigente.
- 14.8 Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los beneficiarios de LA IAFAS y de aquella que se genere en LA IPRESS, respetando lo previsto en el marco normativo vigente.
- 14.9 No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este Convenio, salvo la tercerización de servicios previo acuerdo con LA IAFAS, siendo LA IPRESS responsable en vía administrativa por los servicios brindados por el tercero y solidariamente responsable en la vía civil.
- 14.10 Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo a las orientaciones contenidas en protocolos y guías de práctica clínica vigentes, así como al llenado de los formatos de atención según los requerimientos de LA IAFAS.
- 14.11 Mantener una Historia Clínica única por paciente, donde deberá constar todas sus atenciones, sean ambulatorias, hospitalarias o de emergencia. La Historia Clínica, deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito.
- 14.12 En los casos que corresponda, informar a LA IAFAS sobre beneficiarios con contingencias que exceden la cobertura convenida o la capacidad de resolución de LA IPRESS, para su respectiva referencia a otra IPRESS o IAFAS, según corresponda, garantizando la continuidad de la atención de salud y la seguridad del asegurado durante su traslado a otra IPRESS, de acuerdo a la normatividad vigente.
- 14.13 Presentar a LA IAFAS toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados, así como los indicadores prestacionales y demás información requerida por SUSALUD.
- 14.14 Acreditar cualquier tipo de prestación de salud con Guía u Hoja de Liquidación de Gastos debidamente detallada y valorizada.
- 14.15 Informar de inmediato a LA IAFAS sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a los beneficiarios.
- 14.16 Implementar los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención, validación, conformidad, facturación, pago, así como lo dispuesto en el artículo 11° del decreto Supremo N° 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Transitoria del citado Decreto Supremo.
- 14.17 Poner a disposición de los usuarios del Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
- 14.18 Cumplir las demás obligaciones que se deriven del presente Convenio o establecidas en la Ley General de Salud, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y demás normas aplicables.
- 14.19 Otras que se deriven de las demás cláusulas del convenio y la normatividad vigente.



CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. - AUDITORÍA Y/O CONTROL PRESTACIONAL

- 15.1 LA IAFAS tiene la facultad de efectuar auditorías médicas y/o control prestacional con la finalidad verificar las prestaciones de salud brindadas por LA IPRESS a sus beneficiarios. Para tal efecto LA IAFAS podrá efectuar, indistintamente, lo siguiente:
- a) Verificación de las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares convenidos y la normativa vigente, a través de las visitas inopinadas y acciones de supervisión.
 - b) Encuestas de satisfacción de beneficiarios.
 - c) Auditoría y/o control de las historias clínicas de sus beneficiarios.
 - d) Verificar y evaluar los procesos administrativos y financieros referidos al reconocimiento de la cobertura de las prestaciones de salud
 - e) Otras actividades de control que LA IAFAS considere pertinentes durante la vigencia del presente Convenio.
- 15.2 Para el proceso de control posterior de las prestaciones conformes se realizará lo siguiente:
- 15.2.1 La Dirección de Prestaciones de Salud de LA IAFAS, o la que haga sus veces, realiza la auditoría médica "In situ", cada tres (03) meses, sobre una muestra de las prestaciones de salud, que resultaron conformes de los Informes de Validación Prestacional (según lo señalado en el numeral 10.5) de los últimos tres (03) meses.
- 15.2.2 La Dirección de Prestaciones de Salud de LA IAFAS determina una muestra de las prestaciones de salud conformes, referidas en el numeral 15.2.1, para la realización de la auditoría médica "In situ". El listado de prestaciones de salud (historias clínicas) correspondientes a esta muestra es comunicada por la Dirección de Prestaciones de Salud de LA IAFAS a LA IPRESS, mediante documento formal o correo electrónico.
- 15.2.3 LA IPRESS, posterior a la recepción del documento formal o correo electrónico, tiene un plazo máximo de (07) días calendarios para acopiar la totalidad de la muestra de prestaciones de salud requeridas. Posterior a este plazo se realizará la auditoría médica "in situ" por parte del equipo auditor de LA IAFAS. De existir observaciones, LA IPRESS podrá subsanarlas durante la auditoría médica "In situ", por única vez. Al finalizar la auditoría médica "In situ", el equipo auditor de LA IAFAS, consignará en un Acta las observaciones que no fueron subsanadas, indicando si corresponden a rechazo total o parcial.
- 15.2.4 El Acta debe ser remitida por la Dirección de Prestaciones de Salud a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de LA IAFAS para la estimación del valor de las prestaciones con rechazo total o parcial que será descontado del siguiente monto a desembolsar.
- 15.3 LA IAFAS, producto de las acciones de auditoría y/o control prestacional (distintas al proceso de control posterior de las prestaciones conformes) puede formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos relacionados con la atención que se brinda a sus beneficiarios, los cuales serán comunicados a LA IPRESS, mediante un Acta y/o Informe, indicándose claramente el sentido de éstas, y dándose a LA IPRESS un plazo prudencial para su subsanación, en función a la complejidad del servicio. Dicho plazo no podrá ser mayor de 15 días calendario.
- 15.4 Debe considerarse que no todas las observaciones que plantee la IAFAS obligatoriamente deben conllevar a la implementación de medidas correctivas, siendo que cada una de ellas debe ser estudiada, analizada y comprobada para que, de ser necesario se admitan o no medidas correctivas.
- 15.5 Todas las observaciones que LA IAFAS plantee a LA IPRESS, así como las respuestas de ésta, deben constar por escrito y sustentarse de forma concreta, técnica y razonable, con base en evidencia, en los casos que corresponda.





15.6 Si como consecuencia de la auditoría a las prestaciones de salud, la IAFAS detectase alguna prestación que no ha sido realizada, el valor de la misma será deducido del monto a pagar.

15.7 Las observaciones a las prestaciones registradas son tramitadas conforme a lo establecido en el presente convenio. La inobservancia de las recomendaciones formuladas que afecten o pongan en grave riesgo la vida y la salud de los pacientes o usuarios de salud asegurados podrá dar lugar a la resolución del presente convenio.



CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. - GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

LA IAFAS y **LA IPRESS**, en forma coordinada aplicarán guías de práctica clínica en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.

Las guías de diagnóstico y tratamiento no podrán sustituir el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartarse de las mismas.



CLÁUSULA DÉCIMO SÉTIMA. - CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

En la remisión de información entre **LA IAFAS** y **LA IPRESS**, se utilizarán obligatoriamente los códigos y estándares establecidos normativamente por la SUSALUD y el Ministerio de Salud, así como los formatos aprobados por ella.



CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA. - RESOLUCIÓN DEL CONVENIO

- Cualquiera de las partes podrá resolver el Convenio, sin responsabilidad de ninguna de ellas, en caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuación del Convenio.
- Cualquiera de las partes podrá resolver el Convenio cuando la otra parte incumpla injustificadamente con sus obligaciones esenciales, contempladas en el presente Convenio, debiendo previamente requerir su cumplimiento mediante carta notarial, en el plazo de quince (15) días calendario, bajo apercibimiento de resolución del Convenio. Si el requerimiento no se cumple dentro del plazo señalado, el Convenio quedará automáticamente resuelto.
- Cancelación de autorización de funcionamiento otorgada por SUSALUD a la IAFAS o la cancelación de la inscripción de la IPRESS en el Registro Nacional de IPRESS - RENIPRESS

Cuando se resuelva el Convenio, por causas imputables a alguna de las partes, se deberá resarcir los daños y perjuicios ocasionados a través de la indemnización correspondiente.

Las partes quedan obligadas al cumplimiento de sus obligaciones hasta el momento en que se haga efectiva la resolución

En caso de un beneficiario que esté recibiendo atenciones por hospitalización al momento de la resolución del Convenio, **LA IPRESS** continuará con su atención hasta su alta o su transferencia autorizada a otra IPRESS, lo que ocurra primero. **LA IAFAS** deberá cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas, en el presente Convenio.



CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA. - RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS

La conformidad del servicio por parte de **LA IAFAS** no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en la normativa que rige la materia. El plazo máximo de responsabilidad de **LA IPRESS** es de un año.



CLÁUSULA VIGÉSIMA. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS


Los términos del presente Convenio se establecen sobre la base del principio de la buena fe, por lo que las partes convienen que, en caso de producirse alguna controversia entre ellas relacionada con la interpretación, validez o ejecución del mismo, podrán sus mejores esfuerzos para lograr, mediante trato directo una solución armoniosa.

Sin perjuicio de lo anterior, de persistir conflicto o desavenencia que surja de la ejecución e interpretación del presente Convenio, incluidas las de su nulidad o invalidez, serán resueltas a través de una conciliación o de un arbitraje, de conformidad con el Reglamento del Centro de Conciliación y de Arbitraje (CECONAR) de SUSALUD, a cuyas normas las partes se someten.



CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. - ANTICORRUPCIÓN

LAS PARTES reconocen, garantizan y certifican que todas las actividades a ser desarrolladas en cumplimiento de este convenio, será realizadas en estricto cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia anti corrupción.



LAS PARTES declaran y se comprometen a que sus representantes legales, funcionarios, servidores, las personas naturales y jurídicas con las que tiene relaciones directa o indirecta, no han ofrecido, entregado, autorizado, negociado o efectuado, cualquier pago solicitado o aceptado alguna ventaja ilícita, pecuniaria, económica o similar o, en general, cualquier beneficio o incentivo en relación al convenio de intercambio prestacional en salud.


Asimismo, declaran que no ofrecerán entregarán, ni autorizarán o aceptarán ninguna ventaja ilícita pecuniaria, económica o similar durante la ejecución del presente convenio.

LAS PARTES se obligan a conducirse en todo momento, durante la ejecución del convenio, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente. Además, **LA PARTES** se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

El incumplimiento del deber de comunicación antes señalado constituye causal de nulidad del presente convenio.



CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. - VIGENCIA DEL CONVENIO



El presente Convenio se celebra por el plazo de tres años (03) a cuyo término podrá renovarse automáticamente por el mismo periodo, salvo comunicación mediante carta simple, efectuada por alguna de las partes, la cual deberá ser remitida por lo menos con quince (15) días hábiles previo a la culminación de su vigencia.

El presente Convenio comienza a regir a partir del día siguiente a su suscripción.



CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. - DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO

El presente Convenio podrá ser ampliado, modificado y/o interpretado en sus alcances mediante Adendas coordinadas entre las partes, las que serán debidamente suscritas por las autoridades de cada una de las instituciones intervinientes y formarán parte integrante del presente Convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA. - DE LA COORDINACIÓN

Para coadyuvar la ejecución e implementación del presente Convenio, las partes designan como coordinador a los siguientes:

Coordinador de LA IAFAS: Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de la IAFAS SALUDPOL.

Coordinador de LA IPRESS: Oficina de Seguros del Hospital Regional Docente de Trujillo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA. - DOMICILIO DE LAS PARTES


Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente Convenio:

DOMICILIO DE LA IAFAS: Calle Tahuantinsuyo N°172 Urb. San Juan Bautista de Villa, distrito de Chorrillos, provincia y departamento de Lima.

DOMICILIO DE LA IPRESS: Av. Mansiche Nro. 795, distrito y provincia de Trujillo, departamento de La Libertad

La variación del domicilio de alguna de las partes debe ser notificada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

Estando las partes de acuerdo con el contenido de todas y cada una de las Cláusulas que conforman el presente Convenio, lo suscriben por duplicado, en señal de conformidad, en la ciudad de TRUJILLO a los 02 días del mes de JUNIO de 2022.



Med. **RENZO RENAN ZAVALA URTEAGA**
- Gerente General
Fondo de Aseguramiento en Salud de la
Policía Nacional del Perú – SALUDPOL



REGION LA LIBERTAD
Gerencia Regional de Salud
M.C. César A. Fernández Sánchez
DIRECTOR EJECUTIVO
Hospital Regional Docente de Trujillo
**M.C. CESAR AUGUSTO FERNÁNDEZ
SÁNCHEZ**
Director Ejecutivo
Hospital Regional Docente de Trujillo



ANEXO N° 1: CARTERA DE SERVICIOS DE LA IPRESS POR UPSS⁷

N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	DESCRIPCIÓN
1	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina interna	Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina interna en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
2	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en pediatría	Consulta ambulatoria por médico especialista en pediatría en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
3	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía general	Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía general en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
4	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en ginecología y obstetricia	Consulta ambulatoria por médico especialista en ginecología y obstetricia en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
5	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina de rehabilitación	Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina de rehabilitación en consultorio externo para atención a personas con discapacidad y riesgo de discapacidad
6	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en traumatología y ortopedia	Consulta ambulatoria por médico especialista en traumatología y ortopedia en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
7	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en cardiología	Consulta ambulatoria por médico especialista en cardiología en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
8	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en neurología	Consulta ambulatoria por médico especialista en neurología en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
9	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en neumología	Consulta ambulatoria por médico especialista en neumología en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
10	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en gastroenterología	Consulta ambulatoria por médico especialista en gastroenterología en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
11	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en reumatología	Consulta ambulatoria por médico especialista en reumatología en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
12	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en psiquiatría	Consulta ambulatoria por médico especialista en psiquiatría en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad mental
13	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en oftalmología	Consulta ambulatoria por médico especialista en oftalmología en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
14	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en urología	Consulta ambulatoria por médico especialista en urología en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
15	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en otorrinolaringología	Consulta ambulatoria por médico especialista en otorrinolaringología en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
16	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en dermatología	Consulta ambulatoria por médico especialista en dermatología en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
17	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina de enfermedades infecciosas y tropicales	Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina de enfermedades infecciosas y tropicales en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
18	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía torácica y cardiovascular	Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía torácica y cardiovascular en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
19	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía plástica	Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía plástica en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
20	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en neurocirugía	Consulta ambulatoria por médico especialista en neurocirugía en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad

⁷ La que corresponda a las IPRESS del Gobierno Regional con la que se establecerá el convenio según su nivel y capacidad resolutoria

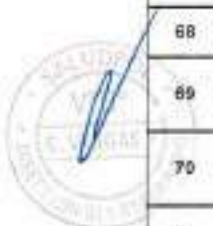
Nº	TIPO DE SERVICIO	CONDICIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS	DESCRIPCIÓN
21	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía pediátrica	Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía pediátrica en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad
22	CONSULTA EXTERNA	Consulta médica ambulatoria en el servicio subespecializado de neonatología Consulta médica ambulatoria en el servicio subespecializado de neonatología	Consulta ambulatoria por médico sub especialista en neonatología en consultorio externo para atención a personas con morbilidad y riesgo de morbilidad.
23	CONSULTA EXTERNA	Teleconsultapor médico especialista en Neumología (CENEX-TB)	Consulta realizada por médico a otro médico especialista en situación remota a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para segunda opinión sobre el manejo de pacientes con morbilidad y riesgo de morbilidad
24	CONSULTA EXTERNA	Teleconsultapor médico especialista en Infectología (TARV-V31)	Consulta realizada por médico a otro médico especialista en situación remota a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para segunda opinión sobre el manejo de pacientes con morbilidad y riesgo de morbilidad
25	CONSULTA EXTERNA	Teleconsultapor médico especialista en Neonatología	Consulta realizada por médico a otro médico especialista en situación remota a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para segunda opinión sobre el manejo de pacientes con morbilidad y riesgo de morbilidad
26	CONSULTA EXTERNA	Teleconsultapor médico especialista en Psiquiatría	Consulta realizada por médico a otro médico especialista en situación remota a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para segunda opinión sobre el manejo de pacientes con morbilidad y riesgo de morbilidad
27	CONSULTA EXTERNA	Teleconsultapor médico especialista en GinecoObstetricia	Consulta realizada por médico a otro médico especialista en situación remota a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para segunda opinión sobre el manejo de pacientes con morbilidad y riesgo de morbilidad
28	CONSULTA EXTERNA	Teleconsultapor médico especialista en Cirugía General	Consulta realizada por médico a otro médico especialista en situación remota a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para segunda opinión sobre el manejo de pacientes con morbilidad y riesgo de morbilidad
29	CONSULTA EXTERNA	Teleconsultapor médico especialista en Medicina Interna	Consulta realizada por médico a otro médico especialista en situación remota a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para segunda opinión sobre el manejo de pacientes con morbilidad y riesgo de morbilidad
30	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por enfermera(o)	Atención ambulatoria por enfermera(o) en consultorio externo para control del crecimiento y desarrollo, consejería y vacunaciones de la persona sana o con riesgo de morbilidad
31	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud	Atención ambulatoria por profesional de la salud en consultorio externo para control de grupos específicos de la población que requieren atención diferenciada
32	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por profesional de la salud capacitado en salud mental	Atención ambulatoria por profesional de la salud capacitado en salud mental en consultorio externo para consejería y detección de riesgos en personas sanas o con riesgo de morbilidad mental
33	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por psicólogo(a)	Atención ambulatoria por psicólogo(a) en consultorio externo para la atención en salud mental, pruebas psicológicas y psicoterapia individual y familiar de personas sanas o con riesgo de morbilidad mental
34	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por obstetra	Atención por obstetra en consultorio externo para la atención prenatal y del puerpero; atención y consejería en salud sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil, gestantes y púerperas
35	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por cirujano dentista	Atención ambulatoria por cirujano dentista en consultorio externo para atención de salud oral preventiva, quirúrgica y de rehabilitación básica en población sana o con morbilidad oral
36	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por cirujano dentista general con soporte de radiología oral	Atención ambulatoria por cirujano dentista general en consultorio externo para atención de salud oral preventiva, quirúrgica de rehabilitación y de endodoncia básica, que incluye radiología oral, en población sana o con morbilidad oral
37	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por cirujano dentista especialista	Atención ambulatoria por cirujano dentista especialista en consultorio externo para atención de salud oral preventiva, quirúrgica de rehabilitación y de endodoncia, que incluye radiología oral y laboratorio dental, en población sana o con morbilidad oral
38	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por nutricionista	Atención ambulatoria por nutricionista en consultorio externo para evaluación y atención nutricional de personas sanas o con morbilidad
39	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por médico en tópico de procedimientos de consulta externa	Atención ambulatoria por médico general en tópico de procedimientos de consulta externa para atención de personas que requieren procedimientos de cirugía menor de heridas, curación de quemaduras, entre otros incluye espirometría
40	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de cirugía general	Atención ambulatoria por médico especialista en cirugía general en tópico de procedimientos de consulta externa para atención de personas que requieren procedimientos de la especialidad



N°	CATEGORÍA DE SERVICIOS	ESPECIALIDADES DE LA CARTERA DE SERVICIOS	DESCRIPCIÓN
41	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de ginecología y obstetricia	Atención ambulatoria por médico especialista en ginecología y obstetricia en tópico de procedimientos de consulta externa para atención de personas que requieren procedimientos de la especialidad.
42	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de gastroenterología	Atención ambulatoria por médico especialista en gastroenterología en tópico de procedimientos de consulta externa para atención de personas que requieren procedimientos de la especialidad.
43	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de cardiología	Atención ambulatoria por médico especialista en cardiología en tópico de procedimientos de consulta externa para atención de personas que requieren procedimientos de la especialidad.
44	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de neurología	Atención ambulatoria por médico especialista en neurología en tópico de procedimientos de consulta externa para atención de personas que requieren procedimientos de la especialidad.
45	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de neurología	Atención ambulatoria por médico especialista en neurología en tópico de procedimientos de consulta externa para atención de personas que requieren procedimientos de la especialidad.
46	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de dermatología	Atención ambulatoria por médico especialista en dermatología en tópico de procedimientos de consulta externa para atención de personas que requieren procedimientos de la especialidad.
47	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de otorrinolaringología	Atención ambulatoria por médico especialista en otorrinolaringología en tópico de procedimientos de consulta externa para atención de personas que requieren procedimientos de la especialidad.
48	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de cirugía plástica	Atención ambulatoria por médico especialista en cirugía plástica en tópico de procedimientos de consulta externa para atención de personas que requieren procedimientos de la especialidad.
49	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en otras especialidades médicas (especificar)	Atención ambulatoria por médico de otras especialidades en tópico de procedimientos de consulta externa para atención de personas que requieren procedimientos de la especialidad según la frecuencia de morbilidad.
50	EMERGENCIA	Atención en tópico de inyectables y nebulizaciones	Atención de procedimientos por enfermería en tópico de inyectables y nebulizaciones de emergencia.
51	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de medicina interna	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de medicina interna para manejo de pacientes con prioridad I, II y III en tópico de atención del servicio de emergencia, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente.
52	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de pediatría	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de pediatría para manejo de pacientes con prioridad I, II y III en tópico de atención del servicio de emergencia, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente.
53	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de ginecología y obstetricia	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de ginecología y obstetricia para manejo de pacientes con prioridad I, II y III en tópico de atención del servicio de emergencia, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente.
54	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de cirugía general	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de cirugía general para manejo de pacientes con prioridad I, II y III en tópico de atención del servicio de emergencia, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente.
55	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en traumatología y ortopedia	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en traumatología y ortopedia para el manejo de pacientes que requieren atención de la especialidad, en tópico de traumatología con sala de yeso, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente.
56	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en cardiología	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en cardiología integrándose al equipo de guardia, para el manejo de pacientes que requieran atención de la especialidad, en tópico de atención del servicio de emergencia, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente.
57	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en neurocirugía	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en neurocirugía integrándose al equipo de guardia en tópico de atención del servicio de emergencia, para el manejo de pacientes que requieran atención de la especialidad, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente.
58	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en cirugía de tórax y cardiovascular	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en cirugía de tórax y cardiovascular integrándose al equipo de guardia, en tópico de atención del servicio de emergencia, para el manejo de pacientes que requieran atención de la especialidad, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente.
59	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en psiquiatría	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en psiquiatría integrándose al equipo de guardia, en tópico de atención del servicio de emergencia, para el manejo de pacientes que requieran atención de la especialidad, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente, en la modalidad de retén.
60	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en urología	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en urología integrándose al equipo de guardia, en tópico de atención del servicio de emergencia, para el manejo de pacientes que requieran atención de la especialidad, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente, en la modalidad de retén.



Nº	CATEGORÍA DE SERVICIOS	UBICACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS	DESCRIPCIÓN
61	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en oftalmología	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en oftalmología integrándose al equipo de guardia; en tópico de atención del servicio de emergencia; para el manejo de pacientes que requieran atención de la especialidad, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente, en la modalidad de retén.
62	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en otorrinolaringología	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en otorrinolaringología integrándose al equipo de guardia; en tópico de atención del servicio de emergencia; para el manejo de pacientes que requieran atención de la especialidad, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente, en la modalidad de retén.
63	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en neurología	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en neurología integrándose al equipo de guardia; en tópico de atención del servicio de emergencia; para el manejo de pacientes que requieran atención de la especialidad, según nivel de atención de emergencias establecida por la normatividad vigente, en la modalidad de retén.
64	EMERGENCIA	Atención en Sala de Observación de Emergencia	Atención en Sala de Observación de Emergencia por equipo multidisciplinario para vigilancia de la evolución del estado de salud de pacientes en condición de urgencia o emergencia por un tiempo no mayor de 12 horas, diferenciadas por sexo, edad y condiciones especiales, según corresponda.
65	EMERGENCIA	Atención en la Unidad de Vigilancia Intensiva	Atención en Unidad de Vigilancia Intensiva por equipo multidisciplinario capacitado para la atención de pacientes clasificados como prioridad I hasta conseguir su estabilidad que permita su traslado a otro servicio establecimiento para el tratamiento definitivo.
66	EMERGENCIA	Atención en la Unidad de Shock Trauma y Reanimación	Atención en Unidad de Shock Trauma y Reanimación por equipo multidisciplinario, liderado por médico especialista en emergencia y desastres o medicina interna, para la atención de pacientes clasificados como prioridad I hasta conseguir su estabilidad que permita su traslado a otro servicio establecimiento para el tratamiento definitivo, según corresponda.
67	CENTRO OBSTÉTRICO	Atención de parto vaginal por médico especialista en ginecología y obstetricia	Atención de parto vaginal con o sin complicaciones en periodo de dilatación, expulsivo y puerperio inmediato por médico especialista en ginecología y obstetricia con apoyo de obstetra, en la Sala de Dilatación, Partos y Área de Puerperio.
68	CENTRO OBSTÉTRICO	Atención inmediata del recién nacido por médico especialista en pediatría	Atención inmediata del recién nacido por médico especialista en pediatría con apoyo de enfermera(o) capacitada en el área de atención del recién nacido.
69	CENTRO OBSTÉTRICO	Atención inmediata del recién nacido por médico subespecialista en neonatología	Atención inmediata del recién nacido por médico sub especialista en neonatología en el área de atención del recién nacido.
70	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en cirugía general	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia en la especialidad de cirugía general con soporte de procedimientos de anestesia local, regional y general, en Sala de Operaciones.
71	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en ginecología y obstetricia	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia en la especialidad de ginecología y obstetricia, con soporte de procedimientos de anestesia local, regional y general, en Sala de Operaciones.
72	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en oftalmología	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia en la especialidad de oftalmología con soporte de procedimientos de anestesia local, regional y general, en Sala de Operaciones.
73	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en otorrinolaringología	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia en la especialidad de otorrinolaringología, con soporte de procedimientos de anestesia local, regional y general, en Sala de Operaciones.
74	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en traumatología y ortopedia	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia en la especialidad de traumatología y ortopedia, con soporte de procedimientos de anestesia local, regional y general, en Sala de Operaciones.
75	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en urología	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia en la especialidad de urología, con soporte de procedimientos de anestesia local, regional y general, en Sala de Operaciones.
76	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en cirugía torácica y cardiovascular	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia en la especialidad de cirugía de tórax y cardiovascular, con soporte de procedimientos de anestesia local, regional y general, en Sala de Operaciones.
77	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en cirugía plástica	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia en la especialidad de cirugía plástica, con soporte de procedimientos de anestesia local, regional y general, en Sala de Operaciones.
78	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en neurocirugía	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia en la especialidad de cirugía de neurocirugía, con soporte de procedimientos de anestesia local, regional y general, en Sala de Operaciones.
79	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en cirugía pediátrica	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia en la especialidad de cirugía pediátrica, con soporte de procedimientos de anestesia local, regional y general, en Sala de Operaciones.
80	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico de otras especialidades quirúrgicas (especificar)	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia en otras especialidades quirúrgicas definidas según la frecuencia de la morbilidad, con soporte de procedimientos de anestesia local, regional y general, en Sala de Operaciones.



N°	CATEGORÍA DE SERVICIOS	DIVISIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS	DESCRIPCIÓN
81	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico de servicio sub especializado (especificar)	Intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia de servicios sub especializados definidas según la frecuencia de la morbilidad, con soporte de procedimientos de anestesia local, regional y general
82	CENTRO QUIRÚRGICO	Atención en Sala de Recuperación Post-Anestésica	Atención en Sala de Recuperación Post-Anestésica por médico anestesiólogo y enfermera(o) especialista en centro quirúrgico o enfermera(o) capacitada(o), para el monitoreo continuo de los pacientes en el post-operatorio inmediato
83	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Adultos	Atención en Sala de Hospitalización de Mujeres/Varones por médico especialista y equipo multidisciplinario para brindar cuidados necesarios y procedimientos clínicos con fines diagnósticos y/o terapéuticos que requieren permanencia y soporte asistencial por más de 12 horas.
84	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Medicina Interna	Atención en Sala de Hospitalización de Medicina interna, diferenciada por sexo, por médico especialista y equipo multidisciplinario para brindar cuidados necesarios y procedimientos clínicos con fines diagnósticos y/o terapéuticos que requieren permanencia y soporte asistencial por más de 12 horas. Incluye otras especialidades médicas de acuerdo a la demanda
85	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Cirugía General	Atención en Sala de Hospitalización de Cirugía General, diferencia por sexo; por médico especialista y equipo multidisciplinario para brindar cuidados necesarios y procedimientos quirúrgicos con fines diagnósticos y/o terapéuticos que requieren permanencia y soporte asistencial por más de 12 horas. Incluye otras especialidades quirúrgicas de acuerdo a la demanda.
86	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Pediatría	Atención en Sala de Hospitalización de Pediatría por médico especialista y equipo multidisciplinario para brindar cuidados necesarios y procedimientos clínicos con fines diagnósticos y/o terapéuticos que requieren permanencia y soporte asistencial por más de 12 horas.
87	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Ginecología y Obstetricia	Atención en Sala de Hospitalización de Ginecología y Obstetricia por médico especialista y equipo multidisciplinario para brindar cuidados necesarios y procedimientos clínicos con fines diagnósticos y/o terapéuticos que requieren permanencia y soporte asistencial por más de 12 horas. Incluye Aborto Intra Uterino Conjunto del Recién Nacido.
88	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Psiquiatría	Atención en Sala de Hospitalización de otras especialidades, por médico especialista y equipo multidisciplinario para brindar cuidados necesarios y procedimientos clínicos con fines diagnósticos y/o terapéuticos que requieren permanencia y soporte asistencial por más de 12 horas.
89	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de servicios sub especializados (especificar)	Atención en Sala de Hospitalización de Servicios Sub especializados, por médico especialista y equipo multidisciplinario para brindar cuidados necesarios y procedimientos clínicos con fines diagnósticos y/o terapéuticos que requieren permanencia y soporte asistencial por más de 12 horas.
90	HOSPITALIZACIÓN	Monitoreo de Gestantes con complicaciones	Monitoreo de la gestante con complicaciones que por su estado requiere atención por médico especialista y equipo multidisciplinario, en hospitalización.
91	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos General	Atención en Sala de Cuidados Intensivos General por médico especialista en medicina intensiva y equipo multidisciplinario a pacientes críticamente enfermos en condición de inestabilidad y gravedad permanente.
92	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal	Atención en Sala de Cuidados Intensivos Neonatal, por médico especialista en neonatología con entrenamiento en cuidados intensivos neonatal, y equipo multidisciplinario, a pacientes neonatos a pacientes críticamente enfermos en condición de inestabilidad y gravedad permanente.
93	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal	Atención en Sala de Cuidados Intermedios Neonatal, por médico especialista en neonatología con entrenamiento en cuidados intensivos neonatal, y equipo multidisciplinario, a pacientes neonatos críticamente enfermos en condición de estabilidad, pero que su estado aún reviste gravedad.
94	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico	Atención en Sala de Cuidados Intensivos Pediátrico, por médico especialista en Medicina Intensiva Pediátrica a pacientes pediátricos enfermos en condición de inestabilidad y gravedad permanente.
95	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos de otras especialidades médicas	Atención en Sala de Cuidados Intensivos de otras especialidades médicas, por médico especialista en cuidados intensivos de otras especialidades médicas, y equipo multidisciplinario, a pacientes críticamente enfermos en condición de inestabilidad y gravedad permanente.
96	PATOLOGÍA CLÍNICA	Procedimientos de Laboratorio Clínico Tipo II-1	Procedimientos de microbiología, hematología, bioquímica, inmunología, bajo la responsabilidad de médico especialista en patología clínica o tecnólogo médico o biólogo, en un laboratorio clínico tipo II-1.
97	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Procedimientos de Anatomía Patológica tipo II-1	Procedimientos de anatomía patológica, bajo la responsabilidad de médico especialista en anatomía patológica, en un laboratorio de citología, patología quirúrgica, necropsias, inmunohistoquímica y genética, tipo II-1.
98	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Radiología Convencional	Atención de radiología convencional (sin contraste) en Sala de Rayos X, bajo responsabilidad del médico especialista en radiología o médico general capacitado en radiología.
99	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Radiología Especializada	Atención de radiología especializada (con contraste) en una Sala de Rayos X, bajo responsabilidad del médico especialista en radiología.
100	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Radiología Intervencionista	Atención de radiología intervencionista en una Sala de Rayos X específica, bajo responsabilidad del médico especialista en radiología capacitado en radiología intervencionista y con apoyo del médico anestesiólogo cuando corresponda.

N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	PRESTACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	DESCRIPCIÓN
101	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Ecografía general y dopler	Atención de procedimientos de ultrasonografía general y dopler en Sala de Ecografía, bajo responsabilidad del médico especialista en radiología o médico general capacitado en ultrasonografía.
102	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Atención de rehabilitación de Discapacidades Leves y Moderadas mediante terapia física	Atención de rehabilitación de personas con discapacidad leve o moderada mediante la terapia física, bajo la responsabilidad del médico especialista en medicina de rehabilitación o médico general capacitado, con apoyo de equipo multidisciplinario, en un ambiente específico.
103	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Atención de rehabilitación de Discapacidades Severas mediante terapia física	Atención de rehabilitación de personas con discapacidad severa mediante la terapia física, bajo la responsabilidad del médico especialista en medicina de rehabilitación, con apoyo de equipo multidisciplinario, en un ambiente específico.
104	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Atención de rehabilitación mediante terapia de lenguaje	Atención de rehabilitación de personas con discapacidad mediante la terapia de lenguaje, bajo la responsabilidad del profesional en tecnología médica en terapia de lenguaje o profesional en educación especializado en programas del lenguaje, con apoyo de equipo multidisciplinario, en un ambiente específico.
105	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Evaluación nutricional en hospitalización	Atención para el cálculo de necesidades nutricionales, elaboración del plan y seguimiento del estado nutricional de las personas hospitalizadas de acuerdo a las indicaciones médicas, bajo la responsabilidad del profesional en nutrición.
106	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Soporte nutricional con regímenes dietéticos	Preparación y entrega de regímenes dietéticos para personas hospitalizadas, bajo la responsabilidad del profesional en nutrición, en un ambiente específico.
107	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Soporte nutricional con fórmulas lácteas	Preparación y entrega de fórmulas lácteas para personas hospitalizadas, bajo la responsabilidad del profesional en nutrición, en un ambiente específico.
108	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Soporte nutricional con fórmulas enterales	Preparación y entrega de fórmulas enterales para personas hospitalizadas, bajo la responsabilidad del profesional en nutrición, en un ambiente específico.
109	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Provisión de sangre y hemocomponentes	Entrega de unidades de sangre y hemocomponentes a los servicios de un establecimiento, bajo la responsabilidad de un médico especialista en patología clínica o hematología, o médico de otra especialidad o médico general capacitados en medicina transfusional, en un ambiente específico.
110	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Preparación de sangre y hemocomponentes	Captación de donantes y preparación de unidades de sangre y hemocomponentes en un Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre (CHyBS) Tipo II, bajo la responsabilidad de un médico especialista en patología clínica o hematología con equipo multidisciplinario, en un ambiente específico.
111	FARMACIA	Dispensación de medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios	Dispensación de medicamentos incluidos en el peñón nacional único de medicamentos esenciales, dispositivos médicos y productos sanitarios, entregado por químico farmacéutico en área de farmacia de dispensación.
112	FARMACIA	Atención en farmacia clínica	Atención de farmacia clínica para el uso racional y seguro de medicamentos en pacientes hospitalizados, bajo la responsabilidad del profesional químico-farmacéutico capacitado en farmacia clínica, en el área de farmacia clínica.
113	FARMACIA	Atención en farmacotecnia	Atención con preparados farmacéuticos, mezclas pararentales (mezcla para nutrición parenteral total - NPT, mezclas de agentes quimioterápicos y otros), mezclas enterales especializadas y acondicionamiento de dosis bajo la responsabilidad del profesional químico-farmacéutico capacitado en farmacotecnia, en el área de farmacotecnia.
114	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Desinfección de nivel intermedio en Central de Esterilización	Limpieza y desinfección de nivel intermedio (DN) de material médico, instrumental y equipo biomédico mediante agentes químicos en la Central de Esterilización, bajo responsabilidad de una enfermera capacitada. Estos agentes eliminan bacterias vegetativas y algunas esporas bacterianas.
115	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Desinfección de alto nivel en Central de Esterilización	Limpieza y desinfección de alto nivel (DAN) de material médico, instrumental y equipo biomédico mediante agentes químicos líquidos en la Central de Esterilización, bajo responsabilidad de una enfermera capacitada. Estos agentes eliminan a todos los microorganismos.
116	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Esterilización por medios físicos en Central de Esterilización	Esterilización de material médico, instrumental y equipo biomédico mediante medios físicos (vapor húmedo) en la Central de Esterilización, bajo responsabilidad de una enfermera capacitada.
117	HEMODIÁLISIS	Hemodiálisis	Atención de hemodiálisis a pacientes con condiciones agudas y crónicas en Sala de Hemodiálisis por médico especialista en nefrología y enfermera capacitada, con apoyo de equipo multidisciplinario. En casos agudos se realiza en Unidad de Cuidados Intensivos.
	HEMODIÁLISIS	Dálisis Peritoneal en II Nivel	Atención de diálisis peritoneal a pacientes con condiciones crónicas y agudas en un ambiente específico bajo la responsabilidad del médico especialista en nefrología.



N°	Actividad	Prestaciones de Cartera de Servicios de Salud	Descriptor
119	Salud Familiar y Comunitaria	Intervenciones educativas y comunicacionales	Intervenciones educativas y comunicacionales por etapas de vida intramurales y extramurales, realizadas por el personal de salud del establecimiento.
120	Atención de Urgencias y Emergencias	Atención inicial de urgencias y emergencias por personal de la salud no médico	Evaluación y atención inicial de urgencias y emergencias, así como la atención de parto vaginal inminente por profesional de la salud no médico y técnico de enfermería capacitado en tópico de urgencias y emergencias de acuerdo a perfil profesional.
121	Atención de Urgencias y Emergencias	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista	Atención de urgencias y emergencias por médico de alguna especialidad para manejo inicial de pacientes con prioridades I, II y III, en tópico de los establecimientos de salud del I nivel de atención y establecimientos de salud especializados del II y III nivel de atención.
122	Atención de Urgencias y Emergencias	Atención en Ambiente de Observación de Emergencia	Atención en Ambiente de Observación de Emergencia por médico general para vigilancia de la evolución del estado de salud de pacientes en condición de urgencia o emergencia por un tiempo no mayor de 12 horas.
123	Atención de la Gestante en Período de Parto	Atención de parto vaginal por médico general y obstetra	Atención de parto vaginal sin complicaciones por médico general o médico de familia y obstetra, en la Sala de Partos y además atención inmediata del recién nacido por médico general o médico de familia y enfermera.
124	Internamiento	Atención en Sala de Internamiento	Atención en Sala de Internamiento por equipo multidisciplinario para brindar cuidados necesarios y procedimientos clínicos con fines diagnósticos y/o terapéuticos que requieren permanencia y soporte asistencial por más de 12 horas (se organiza para garantizar servicios de alimentación y hotelería) Incluye alojamiento conjunto del Recién Nacido.
125	Atención del Recién Nacido en el Área de Observación	Atención Observación del Recién Nacido y Monitoreo del Recién Nacido con patología	Atención del Recién Nacido en el Área de Observación por médico especialista y equipo multidisciplinario para observación y/o monitoreo del Recién Nacido con patología en el marco de las atenciones neonatales básicas o esenciales, y atención del recién nacido sano de madre con complicaciones que no permiten el alojamiento conjunto.
126	Atención en Área de Observación de paciente post operado	Atención del paciente post operado en el Área de Observación de Cirugía Ambulatoria	Atención de los pacientes post operado que requiere vigilancia por un periodo no mayor de 12 horas, en el Área de Observación de pacientes postoperados en la modalidad de cirugía ambulatoria. La atención en esta área no se refiere a la atención de recuperación realizada en la UPSS Centro Quirúrgico.
127	Anatomía patológica	Toma de muestras de tejidos o líquidos corporales	Recolección de muestras de tejidos o líquidos corporales por médico o profesionales de la salud capacitados y traslado hacia el laboratorio de anatomía patológica de referencia correspondiente para estudios de citopatología o histopatología.
128	Pruebas rápidas y toma de muestra	Pruebas rápidas de laboratorio clínico y toma de muestras biológicas	Pruebas rápidas de ayuda diagnóstica y recolección por personal de salud capacitado en el área de toma de muestras y traslado de muestras biológicas hacia el laboratorio de referencia correspondiente.
129	Ecografía	Ecografía general	Atención de procedimientos de ultrasonografía general del Primer Nivel de Atención en Sala de Ecografía, bajo responsabilidad del médico general capacitado en ultrasonografía, tecnólogo médico u otro profesional de la salud dependiendo de su perfil de competencias.
130	Radiología	Radiología Simple Convencional	Atención de radiología simple en Sala de Rayos X convencional (sin contraste) por tecnólogo médico y lectura realizadas por médico tratante.
131	Atención de Medicamentos	Expendio de medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios	Expendio de medicamentos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, dispositivos médicos y productos sanitarios, entregado por técnico de farmacia o técnico de enfermería capacitado, en el ambiente para atención con medicamentos.
132	Desinfección y Esterilización	Desinfección y esterilización	Limpieza, desinfección y esterilización de material médico, instrumental y equipo biomédico mediante medios físicos (calor seco o vapor húmedo) por técnica(o) de enfermería capacitada en área de desinfección y esterilización, y supervisado por la enfermera(o) en un ambiente específico.



ANEXO N° 02 DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN

Autorización de Procedimiento Médico Nro. CV :- XXXXXXX

Lima, XX de XXXX de XXXX



CV-1401-201800000020

Señor(es):	
IPRESS:	
Teléfonos:	
Dirección:	
N° de Solicitud:	
Especialidad Solicitante:	
Diagnósticos:	Definitivo



De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de saludarlo cordialmente, y a la vez solicitarse efectúe la atención al paciente de XX años de edad, asegurado de SaludPol,

APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO (DNI N° XXXXXXXXX)

En referencia a los siguientes procedimientos:

Cod. Proc.	Procedimiento	Referencia

Es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima



ATENCIÓN

El presente documento tiene validez siempre y cuando el beneficiario SALUDPOL mantenga su estado de afiliación activo y las condiciones de cobertura que aplican al caso no hayan sufrido variación entre la fecha de emisión del documento y la fecha de atención. Se recomienda verificar el registro del beneficiario de SALUDPOL antes de brindar la atención de salud en el siguiente link: <http://www.saludpol.gob.pe/online/dan-en-linea/>

En el caso la prestación de salud autorizada sea Consulta Externa, el presente documento otorga cobertura a la medicación prescrita, a los exámenes de apoyo al diagnóstico, las consultas, la consulta de reevaluación u hospitalización, indicados por el profesional de salud que brinda la prestación de salud, siempre y cuando estos se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que condujo a la emisión del presente documento.

En la prestación de salud autorizada sea Emergencia u Hospitalización, el presente documento otorga cobertura a la totalidad de las prestaciones de salud que se requieran para la atención del beneficiario, siempre y cuando estas se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que llevó a su atención por Emergencia u Hospitalización.

En caso el presente documento autorice puntualmente exámenes de apoyo al diagnóstico o apoyo al tratamiento, la cobertura se limitará únicamente a los procedimientos médicos autorizados, no considerándose otros procedimientos médicos diferentes.

La emisión del presente documento en ningún caso exonera la realización de los procesos de auditoría y/o control prestacional establecidos en el Convenio suscrito, para determinar si las prestaciones de salud que recibió el beneficiario fueron acordes al problema de salud inicial.

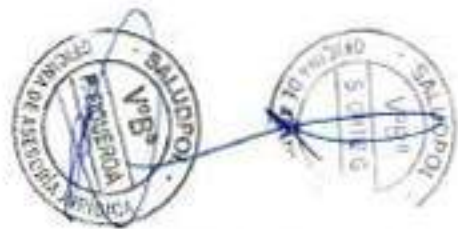
El documento de autorización tiene una vigencia de treinta (30) días calendario para el inicio de la prestación de salud, que comenzará a regir a partir del día de su emisión para el caso de las prestaciones de salud que no sean emergencia Prioridad I. Para los casos de emergencia Prioridad I, el documento de autorización comenzará a regir a partir de ocurrido el evento.

El documento de autorización tiene una vigencia de doce (12) meses para dar cobertura financiera a las prestaciones de salud, que comenzará a regir a partir del día de inicio de atención.

Cualquier Consulta al Teléfono (01)717-8810 / (01)719-2763

FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU - SALUDPOL (RUC N° 20178922581)
Parque Maldonado 142 - Pueblo Libre - Lima

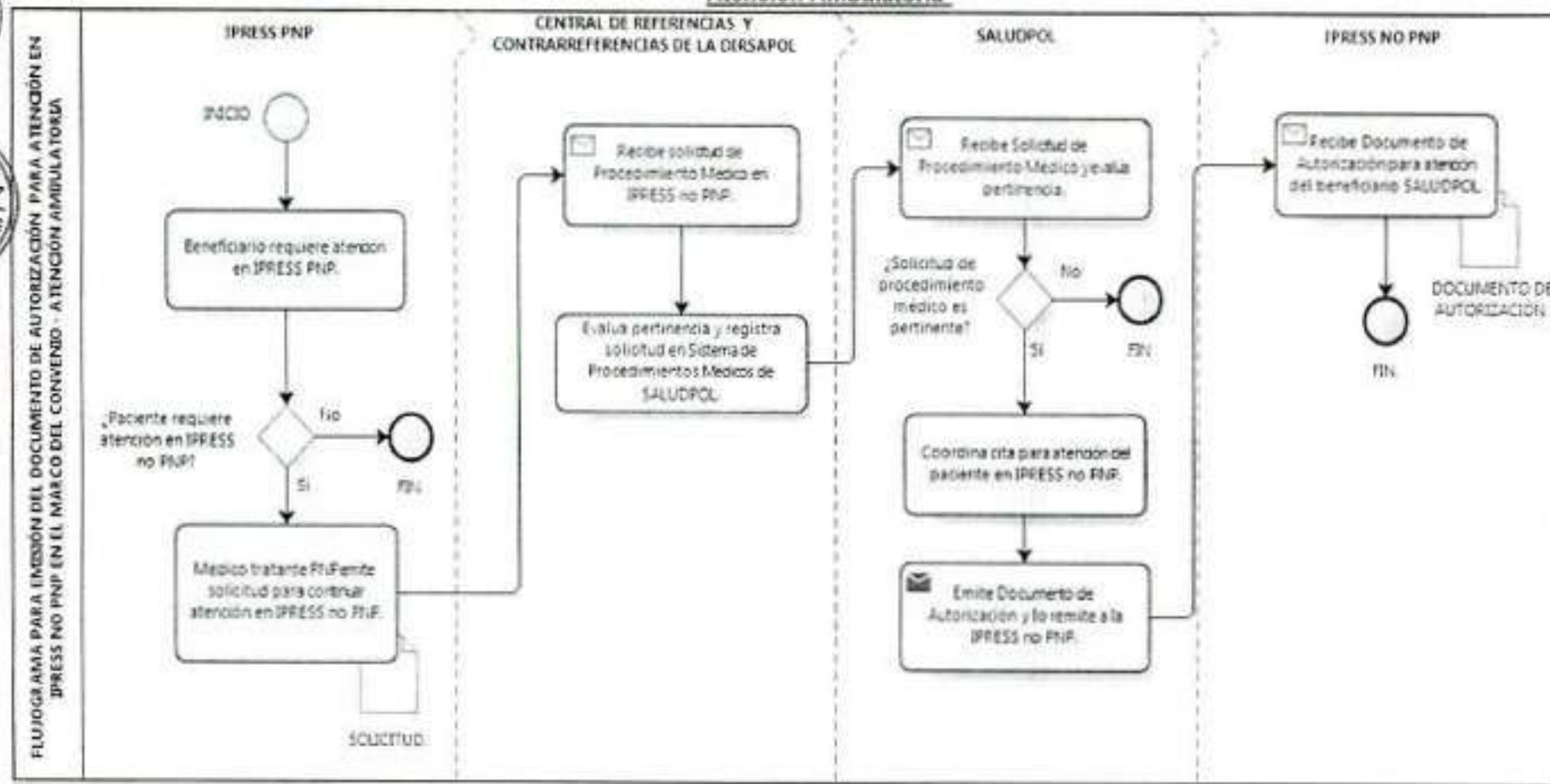




ANEXO N° 03

FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN IPRESS NO PNP EN EL MARCO DEL CONVENIO

Atención Ambulatoria¹



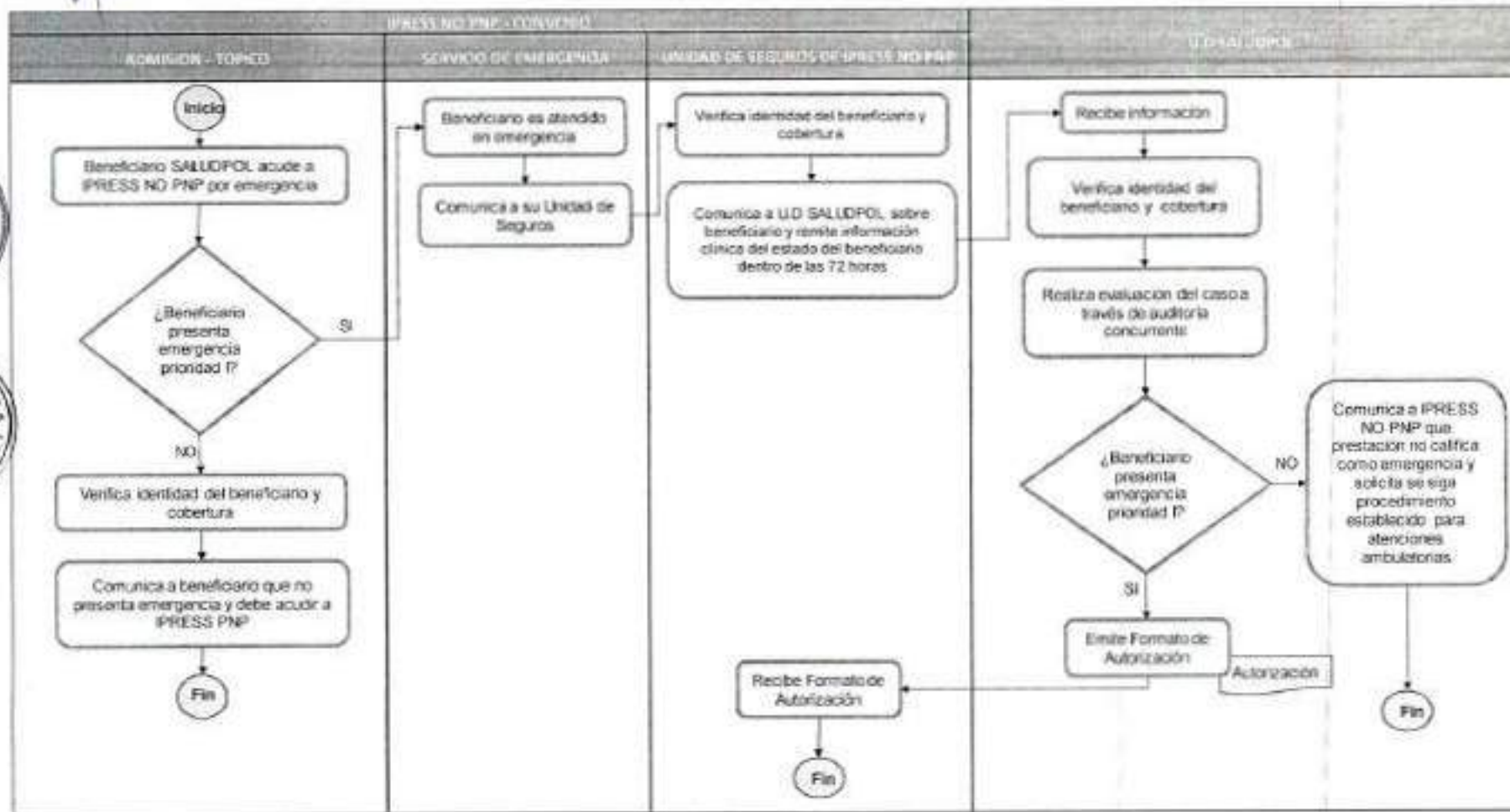
¹ Modelo Referencial. Flujoograma puede variar según realidad de Unidad Territorial y capacidad de IPRESS.



SaludPOL
 Plan de Autorización de Salud de la Policía Nacional del Perú



Atención de Emergencia (Prioridad I)⁹¹⁰



⁹ Modelo Referencial. Flujograma puede variar según realidad de Unidad Territorial y capacidad de IPRESS.

¹⁰ En caso la IPRESS no comunique la atención de emergencia prioridad I a la Unidad Territorial en el plazo de 72 horas (vía telefónica o vía electrónica) no se considerará dicha prestación como brindada.

ANEXO N° 04: TARIFARIO¹¹

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1	99213	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente establecido.	34.00
2	99215	Consulta médica (incluye historia clínica, examen clínico y plan de trabajo) - Mayor de 30 minutos	50.00
3	99241	Interconsultas (consulta especializada), brindada en consultorio externo, hospitalización o emergencia	45.00
4	99262	Día paciente en hospitalización general (incluye admisión y alta)	86.00
5	99263	Día paciente en hospitalización de cuidados intermedios (incluye admisión y alta)	256.50
6	99291	Día paciente en hospitalización de unidad de cuidados intensivos médico quirúrgicos	410.40
7	99295	Día paciente en hospitalización de unidad de cuidados intensivos neonatal	607.50
8	99283A	Consulta de emergencia.	54.00
9	99219	Sala de observación de emergencia - Menor de 12 horas.	67.50
10	99255	Sala de observación de emergencia por día paciente. Entre 12 y 24 horas.	90.00
11	10060	Incisión y drenaje de abscesos simples o únicos (p. ej. Carbunco, hidradenitis supurativa, absceso cutáneo o subcutáneo, quiste, forúnculo o paroniquia)	162.00
12	10120	Incisión y retiro de cuerpo extraño de tejido subcutáneo	108.00
13	10140	Incisión y drenaje de hematoma, seroma o colecciones de fluidos	70.00
14	10160	Punción aspiración de absceso, hematoma, bula o quiste	60.00
15	11000	Debridamiento de piel infectada o eczemas extensos, hasta el 10% de superficie corporal	607.50
16	11042	Debridamiento de tejido (incluye piel y dermis), primeros 20.0 cm cuadrados o menos	1215.00
17	11042.03	Limpieza quirúrgica o escarectomía mayor de 20%.	2581.88
18	11650	Plastia de cicatrices simples	121.50
19	11655	Plastia de cicatrices complicadas	148.50
20	11740	Evacuación de hematoma subungueal	47.25
21	11750	Excisión de uña y matriz ungueal, parcial o completa (ejm. uña deformada).	81.00
22	12002	Sutura simple de heridas superficiales, menor o igual a 10 cm	74.25
23	12005	Sutura simple de heridas superficiales, mayor de 10 cm	86.55
24	12032	Cierre en capas de heridas, menor o igual a 10 cm	81.68
25	12035	Cierre en capas de heridas, mayor de 10 cm	89.10
26	13160	Cierre secundario de herida quirúrgica o dehiscencia, amplia o complicada	947.43
27	14000	Injerto de piel pediculado	742.50
28	15000	Preparación quirúrgica o creación de sitio receptor	329.67
29	15050	Injerto de piel libre	663.80
30	15350	Aplicación de Aloinjerto de piel	387.39
31	15400	Aplicación de injerto heterólogo de piel	329.67
32	15570	Formación de pedículo, con o sin transferencia	723.71
33	15600	Colgajo diferido	203.15
34	15650	Transferencia de cualquier colgajo pediculado a cualquier zona del cuerpo	384.49
35	15732	Colgajo muscular, miocutáneo o fasciocutáneo	852.09

¹¹ El cobro que efectúan los hospitales del Ministerio de Salud por las prestaciones de Salud es un tributo (tasa) por consiguiente no se encuentra afecto al impuesto General de Ventas SUNAT OFICIO N°511-A00000.

N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
36	15740	Colgajo: pedículo insular o neurovascular	910.58
37	15756	Colgajo libre, con anastomosis microvascular	2821.50
38	15819	Cervicoplastia	405.00
39	15820	Blefaroplastia	270.00
40	15824	Ritidectomia	540.00
41	15840	Injerto para parálisis de nervio facial	872.10
42	15850	Retiro de puntos bajo anestesia (que no sea anestesia local)	41.85
43	15852	Cambio de dressing y curaciones bajo anestesia (que no sea anestesia local)	44.55
44	15920	Excisión de úlcera de decúbito	492.75
45	15933	Excisión de úlcera de decúbito, con osteotomía	607.50
46	16000	Debridamiento o cura quirúrgica de quemaduras bajo anestesia, por procedimiento	153.90
47	16030	Escarectomía, por procedimiento	218.03
48	19020	Mastotomía con exploración o drenaje de absceso, profundo	162.00
49	19357	Reconstrucción de mama con expansores tisulares	1518.93
50	19361	Reconstrucción de mama con colgajo miocutáneo, con o sin implante de prótesis	1610.93
51	19364	Reconstrucción de mama con colgajo libre	3429.29
52	19366	Reconstrucción de mama con otra técnica	2256.08
53	19370	Capsulotomía periprótesis de mama	708.75
54	19371	Capsulectomía periprótesis de mama	782.05
55	19380	Revisión de reconstrucción de mama	764.48
56	20000	Incisión de absceso de tejido blando (excluye absceso de piel y tejido subcutáneo)	205.59
57	20100	Exploración de herida penetrante	427.13
58	20200	Biopsia de músculo	117.11
59	20220	Biopsia de hueso	276.01
60	20500	Inyección en tracto de seno (diagnóstica o terapéutica)	80.87
61	20520	Extirpación de cuerpo extraño en músculo o vaina tendinosa	163.01
62	20600	Artrocentesis, aspiración y/o inyección	54.00
63	20650	Inserción de alambre o clavija con aplicación de tracción esquelética, incluyendo remoción	167.40
64	20660	Aplicación de tenazas craneales, compases, o casco de estereotaxia, incluyendo remoción	209.94
65	20661	Aplicación de halo, incluyendo remoción	455.18
66	20664	Aplicación de halo y colocación de 5 o más clavijas en cráneo, para osteología fina	769.50
67	20670	Remoción de implante superficial	99.90
68	20680	Remoción de implante profundo (p. ej. alambre intraóseo, clavija, tornillo, banda metálica, clavo, varilla o placa)	251.45
69	20690	Aplicación de sistema de fijación en un solo plano (clavijas o alambres)	352.17
70	20692	Aplicación de sistema de fijación en varios planos	502.90
71	20694	Remoción, bajo anestesia, de sistema de fijación externa	321.30
72	20802	Reimplante de brazo	1367.43
73	20805	Reimplante de antebrazo	1709.28
74	20808	Reimplante de mano	2711.78



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
75	20816	Reimplante dedo, excluyendo dedo pulgar	987.01
76	20824	Reimplante, dedo pulgar	1104.44
77	20838	Reimplantación, pie, amputación completa	1299.06
78	20900	Injerto óseo, cualquier zona donante	649.35
79	20910	Injerto cartilaginoso, fascia lata, tendón	679.31
80	20926	Injertos de tejidos, otros (p. ej. paratendón, grasa, dermis)	440.22
81	20950	Control de la presión del líquido intersticial en la detección de síndrome compartimental muscular	117.10
82	20955	Injerto óseo con anastomosis microvascular	3088.00
83	20969	Colgajo osteocutáneo libre con anastomosis microvascular	3475.01
84	20974	Estimulación eléctrica para la curación ósea	111.78
85	21010	Artrotomía de articulación temporomandibular	512.79
86	21025	Excisión de huesos faciales	563.98
87	21031	Excisión de abultamiento mandibular o palatino maxilar	352.17
88	21040	Excisión de quiste benigno o de tumor de mandíbula	388.03
89	21050	Condilectomía, articulación temporomandibular	860.75
90	21060	Meniscectomía, parcial o completa, articulación temporomandibular	880.43
91	21076	Impresión y preparación a medida de prótesis	1728.97
92	21110	Aplicación de dispositivo para fijación interdientaria para anomalías que no sean fractura o dislocación, incluye remoción	334.57
93	21116	Procedimiento de inyección para artrografía de articulación temporomandibular	82.98
94	21120	Genioplastia	575.68
95	21125	Aumento del cuerpo o ángulo del maxilar inferior	964.47
96	21141	Reconstrucción mediofacial, osteotomía de LeFort I	1532.08
97	21155	Reconstrucción mediofacial, osteotomía de LeFort III mas LeFort I	3206.25
98	21172	Reconstrucción unilateral de borde orbitario supero-lateral y parte inferior de frente, con o sin injertos	1961.96
99	21175	Reconstrucción bilateral de borde orbitario supero-lateral y parte inferior de frente, con o sin injertos	2632.50
100	21179	Reconstrucción de frente	1574.97
101	21188	Reconstrucción mediofacial diferente de Lefort I	2113.04
102	21193	Reconstrucción de ramas de maxilar inferior	2592.00
103	21198	Osteotomía de maxilar superior/inferior	877.50
104	21208	Osteoplastia de huesos faciales	693.49
105	21210	Injerto de hueso, áreas nasal, maxilar superior o inferior, malar (incluye obtención del injerto)	862.65
106	21230	Injerto de cartilago, en cara, mentón, nariz, oreja	721.74
107	21240	Artroplastia temporomandibular	1003.70
108	21243	Artroplastia temporomandibular y reemplazo con prótesis	1795.50
109	21244	Reconstrucción extraoral de maxilar inferior	1056.52
110	21245	Reconstrucción de maxilar con implante subperióstico	1056.52
111	21247	Reconstrucción de la apófisis condilar de la mandíbula con injerto óseo y cartilaginoso autólogo	1346.63
112	21248	Reconstrucción de maxilar superior o inferior con implante endóstico	1133.58
113	21255	Reconstrucción del arco cigomático y cavidad glenoidea con hueso y cartilago	1346.63



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
114	21258	Reconstrucción de órbita con osteotomias y con injertos óseos	1417.50
115	21270	Aumento malar, prótesis	980.98
116	21275	Revisión secundaria de reconstrucción orbitocraneofacial	704.35
117	21300	Tratamiento cerrado de fractura de cráneo sin operación quirúrgica	66.56
118	21310	Tratamiento cerrado de fractura de huesos nasales, tabique nasal sin manipulación	49.96
119	21315	Tratamiento cerrado de fractura de hueso nasal [incluye manipulación]	137.50
120	21336	Tratamiento abierto de fractura de tabique nasal [con/sin complicaciones]	363.59
121	21337	Tratamiento cerrado de fractura de tabique nasal [incluye manipulación]	149.48
122	21338	Tratamiento abierto de fractura nasotomoidal	541.20
123	21340	Tratamiento percutáneo de fractura de complejo nasotomoidal, con fijación con férula, alambre o casquete craneal de yeso, incluyendo corrección de ligamentos palpebrales y/o del aparato nasolagrimal	702.59
124	21343	Tratamiento abierto de fractura de seno frontal	1218.14
125	21345	Tratamiento cerrado de fractura LeFort II	528.05
126	21346	Tratamiento abierto de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort tipo II)	1064.65
127	21355	Tratamiento percutáneo de fractura de región malar	250.82
128	21356	Tratamiento abierto de fractura deprimida del arco cigomático (p. ej. abordaje de Gilles)	277.34
129	21360	Tratamiento abierto de fractura malar deprimida, incluyendo el arco cigomático y trípode malar	528.05
130	21365	Tratamiento abierto de fracturas con complicaciones (p. ej. conminuta o con compromiso de forámenes de nervios craneales) de región malar, incluyendo arco cigomático y trípode malar	1191.76
131	21385	Tratamiento abierto de fractura "por estallido" de piso orbitario	832.28
132	21400	Tratamiento cerrado de fractura de órbita	181.30
133	21406	Tratamiento abierto de fractura de órbita	772.54
134	21421	Tratamiento cerrado de fractura maxilar (LeFort I)	351.29
135	21422	Tratamiento abierto de fractura maxilar (LeFort I)	771.12
136	21431	Tratamiento cerrado de disyunción craneofacial (LeFort II)	501.65
137	21432	Tratamiento abierto de disyunción craneofacial (LeFort III)	1232.16
138	21440	Tratamiento cerrado de fractura del arco dentario de la mandíbula o del maxilar	303.47
139	21445	Tratamiento abierto de fractura del arco dentario de la mandíbula o del maxilar	339.91
140	21450	Tratamiento cerrado de fractura de maxilar inferior, con o sin manipulación	370.74
141	21452	Tratamiento percutáneo de fractura de maxilar inferior	225.19
142	21453	Tratamiento cerrado de fractura mandibular con fijación interdientaria	298.95
143	21454	Tratamiento abierto de fractura mandibular	727.18
144	21465	Tratamiento abierto de fractura de la apófisis condilar del maxilar inferior	887.36
145	21490	Tratamiento abierto de luxación de articulación temporomandibular	1041.59
146	21493	Tratamiento cerrado de fractura del hueso hioides	224.91
147	21495	Tratamiento abierto de fractura de hueso hioides	369.78
148	21501	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma de tejidos blandos de cuello o tórax	496.80
149	21510	Incisión profunda, con apertura de hueso cortical (p. ej. para osteomielitis o absceso óseo), tórax	501.47
150	21627	Desbridamiento esternal	340.86



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
151	21700	División del escaleno anterior	372.51
152	21720	División del estemoicleidomastoideo por torticolis	334.80
153	21750	Cierre de esternotomía	520.45
154	21800	Tratamiento cerrado de fractura de costilla, cada una	134.66
155	21805	Tratamiento abierto de fractura de costilla sin fijación, cada una	317.78
156	21810	Tratamiento de fractura de costilla que requiera fijación externa ("pecho batiente")	555.48
157	21820	Tratamiento cerrado de fractura del esternón	140.05
158	21825	Tratamiento abierto de fractura del esternón con o sin fijación esquelética	704.32
159	22210	Osteotomía de columna vertebral, abordaje posterior o posterolateral	1793.52
160	22220	Osteotomía de columna vertebral, incluyendo disquectomía, abordaje anterior	2356.95
161	22305	Tratamiento cerrado de fracturas de procesos vertebrales	225.05
162	22310	Tratamiento cerrado de fracturas y/o luxaciones de cuerpos vertebrales	488.83
163	22318	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o dislocaduras de odontoides, abordaje anterior	2120.93
164	22325	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o luxaciones vertebrales	1776.20
165	22505	Manipulación de columna vertebral con necesidad de anestesia	216.09
166	22548	Artrodesis vertebral, técnica anterior	2089.96
167	22590	Artrodesis vertebral posterior	1760.04
168	22800	Artrodesis posterior por deformación de raquis	3001.58
169	22808	Artrodesis anterior por deformación de raquis	3252.32
170	22818	Xifectomía, exposición circunferencial de raquis y resección de segmentos vertebrales	3738.76
171	22830	Exploración de fusión espinal	1191.10
172	22840	Instrumentación espinal posterior no segmentaria	1630.88
173	22841	Fijación interna del raquis mediante alambrado de las apófisis espinosas	514.26
174	22842	Instrumentación espinal segmentaria posterior	1401.17
175	22845	Instrumentación anterior	1331.11
176	22848	Fijación pélvica que no sea sacro	658.68
177	22849	Reinserción de dispositivo de fijación raquídea	2032.01
178	22850	Remoción de instrumentación no segmentaria posterior	1308.99
179	22851	Aplicación de dispositivo biomecánico intervertebral (p. ej. jaulas sintéticas, cuñas óseas, metilmetacrilato) a defecto o espacios intervertebrales	878.23
180	22852	Remoción de instrumentación segmentaria posterior	989.11
181	22855	Remoción de instrumentación anterior	1972.19
182	23030	Incisión y drenaje de absceso profundo, hematoma, o de bolsa sinovial infectada	276.18
183	23035	Incisión de hueso cortical, en hombro	833.99
184	23040	Artrotomía de articulación glenohumeral, incluyendo exploración, drenaje, extirpación de cuerpo extraño, biopsia	833.99
185	23044	Artrotomía acromioclavicular, esternoclavicular incluyendo exploración, drenaje, extirpación de cuerpo extraño, biopsia	627.06
186	23330	Extirpación de cuerpo extraño de hombro, cualquier nivel	365.75
187	23332	Extirpación de cuerpo extraño de hombro, con complicaciones	1254.12
188	23350	Procedimiento de inyección para artrografía de hombro	115.56
189	23395	Transferencia de músculo de hombro o brazo	852.51



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
190	23400	Escapulopectia	654.31
191	23405	Tenotomía región del hombro	459.24
192	23410	Corrección de ruptura de manguito musculotendinoso	682.00
193	23415	Liberación de ligamento coracoacromial, con o sin acromioplastia	345.03
194	23420	Reconstrucción de avulsión completa del hombro (rotador), avulsión de manguito, crónico (incluye acromioplastia)	682.00
195	23430	Tenodesis del tendón largo del bíceps	367.11
196	23440	Resección o trasplante del tendón largo del bíceps	414.04
197	23450	Capsulorrafia anterior	552.05
198	23465	Capsulorrafia, articulación glenohumeral, posterior, con o sin inserción de bloque óseo	552.05
199	23470	Artroplastia articulación glenohumeral; hemiartrorrafia	802.64
200	23480	Osteotomía de clavícula, con o sin fijación interna	436.54
201	23490	Tratamiento profiláctico	563.69
202	23500	Tratamiento cerrado de fractura clavicular	223.54
203	23515	Tratamiento abierto de fractura clavicular, luxación esternoclavicular, acromioclavicular	289.17
204	23520	Tratamiento cerrado de dislocación esternoclavicular	283.31
205	23530	Tratamiento abierto de dislocación esternoclavicular	761.66
206	23540	Tratamiento cerrado de dislocación acromioclavicular	278.75
207	23550	Tratamiento abierto de dislocación acromioclavicular	589.68
208	23570	Tratamiento cerrado de fractura escapular	296.26
209	23585	Tratamiento abierto de fractura escapular (cuerpo, cavidad glenoide o acromión)	878.23
210	23600	Tratamiento cerrado de fractura de húmero proximal	269.33
211	23615	Tratamiento abierto de fractura del húmero proximal	1178.30
212	23620	Tratamiento cerrado de fractura de la tuberosidad mayor del húmero	337.15
213	23630	Tratamiento abierto de fractura de la tuberosidad mayor del húmero, con o sin fijación interna o externa	732.23
214	23650	Tratamiento cerrado de dislocación del Hombro	316.46
215	23660	Tratamiento abierto de luxación aguda del hombro, con o sin fractura humeral, con o sin fijación interna o externa	694.86
216	23665	Tratamiento cerrado de dislocación de hombro, con fractura humeral	309.72
217	23700	Manipulación bajo anestesia, articulación del hombro, incluyendo la aplicación de aparato de fijación (excluida la dislocación)	231.11
218	23800	Artrodesis de hombro	740.88
219	23900	Amputación intertóracoescapular (cuarto delantero)	2125.73
220	23920	Desarticulación de hombro	1254.12
221	23930	Incisión y drenaje de brazo o codo	266.20
222	23935	Incisión, profunda, con apertura de hueso cortical (p. ej. por osteomielitis o absceso óseo), húmero o codo	558.14
223	24000	Artrotomía de codo, incluyendo exploración, drenaje o extirpación de cuerpo extraño	530.23
224	24006	Artrotomía del codo, con escisión para liberación capsular (procedimiento separado)	807.98
225	24134	Secuestrectomía de húmero distal, cabeza o cuello de radio, apófisis olecraneana	329.65



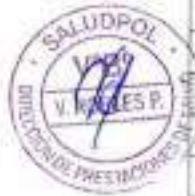
N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
226	24140	Excisión parcial de húmero, cabeza o cuello de radio, apófisis olecraneana	323.32
227	24149	Resección radical de cápsula, tejido blando y hueso heterotópico de codo	818.04
228	24160	Remoción de implante, codo/cabeza de radio	273.36
229	24200	Extirpación de cuerpo extraño en brazo o región del codo	145.93
230	24220	Procedimiento de inyección para artrografía del codo	63.30
231	24301	Transferencia de músculo o tendón en brazo o región del codo	568.39
232	24305	Alargamiento de tendón en brazo o codo	276.03
233	24310	Tenotomía abierta, desde el codo al hombro	276.03
234	24320	Tenoplastia con transferencia de músculo, desde el codo al hombro	568.39
235	24330	Flexor-plastia de codo	539.97
236	24340	Tenodesis del tendón de biceps a nivel de codo	276.03
237	24342	Reinserción de tendón roto del biceps o triceps, distal	568.39
238	24350	Fasciotomía lateral o medial (p. ej. "codo de tenista" o epicondilitis)	257.04
239	24360	Artroplastia de codo, cabeza de radio	516.27
240	24400	Osteotomía de húmero	414.04
241	24420	Osteoplastia de húmero (p. ej. acortamiento o alargamiento)	550.67
242	24430	Corrección de falta de unión o unión defectuosa de húmero	523.14
243	24470	Paro hemiepifisario (p. ej. cúbito varo o valgo, húmero distal)	422.35
244	24495	Fasciotomía de descompresión de antebrazo	276.03
245	24498	Tratamiento profiláctico (uso de clavos, clavijas, placas o alambre), con o sin metilmetacrilato, diáfisis del húmero	613.82
246	24500	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del húmero	150.82
247	24515	Tratamiento abierto de fractura humeral	467.78
248	24538	Fijación esquelética percutánea de fractura humeral	313.27
249	24586	Tratamiento abierto de fractura periarticular y/o luxación de codo (fractura del húmero distal y cúbito proximal y/o radio proximal)	469.19
250	24600	Tratamiento cerrado de luxación de hombro, codo, muñeca	157.34
251	24615	Tratamiento abierto de luxación aguda o crónica de codo	367.11
252	24620	Tratamiento cerrado de la fractura de Monteggia a nivel del codo	348.76
253	24635	Tratamiento abierto de la fractura de Monteggia a nivel del codo	734.23
254	24640	Tratamiento cerrado de subluxación de cabeza del radio en niños, con manipulación	64.27
255	24650	Tratamiento cerrado de fractura de cabeza o cuello de radio	129.79
256	24665	Tratamiento abierto de fractura de cabeza o cuello del radio	283.50
257	24670	Tratamiento cerrado de fractura de cúbito, extremo proximal (apófisis olecraneana)	129.79
258	24685	Tratamiento abierto de fractura de cúbito, extremo proximal (apófisis olecraneana)	313.27
259	24800	Artrodesis, articulación de codo	503.45
260	24900	Amputación a nivel de brazo a través del húmero	440.08
261	24935	Elongación de muñón, extremidad superior	976.52
262	25000	Incisión de vaina tendinosa del extensor, muñeca (p. ej. enfermedad de Quervain)	138.01
263	25020	Fasciotomía descompresiva, antebrazo y/o muñeca	456.16
264	25026	Incisión y drenaje de antebrazo y muñeca	183.56



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
265	25035	Incisión profunda, hueso cortical, antebrazo y/o muñeca (p. ej. osteomielitis o absceso óseo)	337.88
266	25040	Artrotomía de articulación radiocarpal o mediocarpal, con exploración, drenaje o extirpación de cuerpo extraño	276.03
267	25085	Capsulotomía de muñeca	265.78
268	25100	Artrotomía de muñeca	190.83
269	25110	Excisión, lesión de vaina tendinosa, antebrazo y/o muñeca	138.01
270	25111	Excisión de ganglón de muñeca (dorsal o palmar)	149.28
271	25115	Excisión radical de bolsa tendinosa, líquido sinovial de muñeca o vaina tendinosa de antebrazo	430.55
272	25118	Sinovectomía, vaina de tendón extensor en muñeca	230.99
273	25145	Secuestrectomía	276.03
274	25150	Excisión parcial de cúbito o radio	276.03
275	25210	Carpectomía, un solo hueso	282.90
276	25230	Estiloidectomía radial	183.56
277	25246	Procedimiento de inyección para artrografía de muñeca	61.49
278	25248	Exploración con extirpación de cuerpo extraño de antebrazo o muñeca	183.56
279	25250	Remoción de prótesis de muñeca	367.11
280	25260	Corrección de tendón o músculo de antebrazo y/o muñeca	310.79
281	25280	Alargamiento o acortamiento de tendón flexor o extensor de antebrazo o muñeca	276.03
282	25290	Tenotomía abierta de tendón flexor o extensor de antebrazo y/o muñeca	284.20
283	25295	Tenólisis de tendón flexor o extensor de antebrazo y/o muñeca	377.85
284	25300	Tenodesis a nivel de la muñeca	377.85
285	25310	Trasplante o transferencia de tendón de antebrazo y/o muñeca	338.06
286	25315	Deslizamiento del origen de los flexores de antebrazo y/o muñeca	420.12
287	25320	Capsulorrafia o reconstrucción de muñeca	414.04
288	25332	Artroplastia de muñeca	414.04
289	25335	Centralización de muñeca sobre el cúbito (p. ej. mano péndula radial)	591.29
290	25337	Reconstrucción para estabilización de articulaciones inestables del cúbito distal o radiocubital distal, secundaria mediante estabilización de tejido blando (p. ej. transferencia de tendón, injerto o tejido de tendón, o tenodesis) con o sin reducción abierta de articulación radiocubital distal	393.34
291	25350	Osteotomía de radio y/o cúbito	507.27
292	25390	Osteoplastia de radio y/o cúbito	614.91
293	25440	Corrección de falta de unión de hueso escafoide (navicular), con o sin estiloidectomía radial	414.04
294	25441	Artroplastia de muñeca con reemplazo protésico	475.18
295	25449	Revisión de artroplastia de muñeca incluyendo remoción de implantes	550.67
296	25450	Paro epifisario radio distal y/o cúbito	346.48
297	25490	Tratamiento profiláctico, con o sin metilmetacrilato, radio y/o cúbito	432.56
298	25500	Tratamiento cerrado de fractura de cúbito y/o radio	136.08
299	25515	Tratamiento abierto de fractura de cúbito y/o radio	355.79
300	25611	Fijación esquelética percutánea de fractura distal de radio o separación epifisaria	276.03
301	25622	Tratamiento cerrado de fractura de escafoide	123.30



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
302	25628	Tratamiento abierto de fractura de escafoide carpeano (navicular), con o sin fijación interna o externa	313.27
303	25630	Tratamiento cerrado de fractura de hueso carpiano excepto escafoide	151.49
304	25645	Tratamiento abierto de fractura de hueso carpeano	350.35
305	25650	Tratamiento cerrado de fractura de la apófisis estiloides cubital	122.07
306	25660	Tratamiento cerrado de dislocación radiocarpal o intercarpal	267.47
307	25675	Tratamiento cerrado de dislocación radiocubital distal, con manipulación	174.38
308	25676	Tratamiento abierto de luxación radiocubital distal	488.26
309	25680	Tratamiento cerrado de dislocación por fractura de tipo transescafoidea perisemilunar, con manipulación	348.76
310	25685	Tratamiento abierto de dislocación por fractura de tipo transescafoidea perisemilunar	463.85
311	25690	Tratamiento cerrado de dislocación del semilunar, con manipulación	324.69
312	25695	Tratamiento abierto de dislocación del semilunar	297.60
313	25800	Artrodesis de muñeca	380.88
314	25900	Amputación de antebrazo a través de radio y cúbito	363.04
315	25915	Procedimiento de Krukenberg	825.37
316	25920	Desarticulación a través de la muñeca	382.13
317	25927	Amputación transmetacarpal	333.82
318	26010	Drenaje de absceso de dedo	143.24
319	26020	Drenaje de vaina tendinosa	431.72
320	26025	Drenaje de bolsa sinovial	513.46
321	26034	Incisión de hueso cortical de mano o dedo	681.12
322	26037	Fasciotomía descompresiva de mano	609.53
323	26040	Fasciotomía palmar	369.78
324	26055	Incisión de vaina tendinosa (p. ej. para dedo "en gatillo")	184.89
325	26070	Artrotomía con exploración, drenaje, extirpación de cuerpo suelto o cuerpo extraño o biopsia en articulación carpometacarpiana, metacarpofalángica o interfalángica	290.35
326	26121	Fasciectomía de la palma	608.98
327	26130	Sinovectomía de articulación carpometacarpiana, metacarpofalángica o interfalángica	468.92
328	26145	Sinovectomía radical de vaina tendinosa (tenosinovectomía) de tendón flexor, palma y/o dedo	584.26
329	26160	Excisión de lesión de vaina tendinosa o capsula (p. ej. quiste, quiste mucoso, o ganglión), mano o dedo	264.02
330	26170	Excisión de tendón	333.60
331	26185	Sesamoidectomía dedo pulgar u otro dedo	485.34
332	26230	Excisión parcial de metacarpo o falanges	529.68
333	26320	Extirpación de implante del dedo o mano	264.02
334	26350	Corrección o avance de tendón flexor de mano	674.32
335	26370	Corrección o avance de tendón del músculo flexor profundo de los dedos	737.75
336	26390	Excisión de tendón flexor, implantación de varilla protésica para injerto diferido de tendón, mano o dedo, cada tendón	807.10
337	26392	Remoción de varilla protésica e inserción de injerto de tendón flexor, mano o dedo (incluye obtención del injerto), cada tendón	1129.06
338	26410	Corrección de tendón extensor de mano o dedo	494.86



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
339	26415	Escisión de tendón extensor, implantación de varilla protésica para injerto diferido de tendón, mano o dedo	732.45
340	26416	Remoción de varilla protésica e inserción de injerto de tendón extensor, (incluye obtención del injerto), mano o dedo, cada tendón	822.90
341	26432	Tratamiento cerrado de inserción distal de tendón extensor, con o sin fijación con enclavado percutáneo (p. ej. dedo en "martillo")	250.82
342	26437	Realineación de tendón extensor de mano	538.03
343	26440	Tendólisis de tendón flexor o extensor de mano y/o dedo	548.12
344	26450	Tenotomía abierta de tendón flexor o extensor de mano o dedo	331.77
345	26471	Tenodesis de articulación interfalángica	529.71
346	26476	Alargamiento de tendón extensor o flexor de mano o dedo	478.87
347	26477	Acortamiento de tendón extensor o flexor de mano o dedo	513.57
348	26480	Transplante o transferencia de tendón, región carpometacarpiana o dorso de la mano	586.93
349	26485	Transplante o transferencia de tendón palmar	686.70
350	26490	Restauración de la oposición del pulgar ("oponenplastia")	833.65
351	26497	Transferencia de tendón para restablecer función intrínseca	1129.91
352	26499	Corrección de dedo "en garra"	686.69
353	26500	Reconstrucción de polea del tendón, cada tendón	501.65
354	26508	Liberación de músculos tenares (p. ej. contractura del pulgar)	528.05
355	26510	Transferencia intrínseca cruzada	526.94
356	26516	Capsulodesis en articulación metacarpofalángica	657.34
357	26520	Capsulectomía o capsulotomía de articulación metacarpofalángica	543.68
358	26530	Artroplastia de articulación metacarpofalángica, interfalángica	522.22
359	26540	Corrección de ligamento colateral de articulación metacarpofalángica o interfalángica	528.05
360	26541	Reconstrucción de ligamento colateral de articulación metacarpofalángica, interfalángica	714.98
361	26548	Corrección y reconstrucción de dedo, placa palmar o articulación interfalángica	528.05
362	26550	Pulgarización de un dedo	1735.26
363	26551	Transplante de dedo de pie en la mano con anastomosis microvascular	3583.64
364	26555	Trasplante, dedo transferido a otra posición, sin anastomosis microvascular	1716.72
365	26556	Traslado, libre, articulación de dedo del pie, con anastomosis microvascular	3404.46
366	26565	Osteotomía metacarpiana, falange de dedo	577.00
367	26568	Osteoplastia, alargamiento, metacarpo o falange	792.07
368	26580	Corrección de mano hendida	1879.02
369	26591	Corrección/liberación de músculos intrínsecos de la mano, cada músculo	369.78
370	26596	Excisión de surcos anulares constrictivos, con varias Z-plastias	667.19
371	26597	Liberación de contractura cicatrizal, flexor o extensor de mano y/o dedo	702.31
372	26600	Tratamiento cerrado de fractura metacarpiana	251.64
373	26608	Fijación esquelética percutánea de fractura metacarpiana	480.69
374	26615	Tratamiento abierto de fractura metacarpiana, falanges	516.50
375	26641	Tratamiento cerrado de dislocación carpometacarpiana, dedo pulgar, con manipulación	250.82
376	26645	Tratamiento cerrado de dislocación por fractura carpometacarpiana, dedo pulgar	387.30



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
377	26665	Tratamiento abierto de dislocación por fractura carpometacarpiana, dedo pulgar (fractura de Bennett), con o sin fijación interna o externa	501.65
378	26670	Tratamiento cerrado de dislocación por fractura carpometacarpiana, que no sea dedo pulgar	289.81
379	26675	Fijación esquelética percutánea de luxación carpometacarpiana, interfalángica	454.75
380	26685	Tratamiento abierto de luxación carpometacarpiana, metacarpofalángica	600.57
381	26700	Tratamiento cerrado de luxación carpometacarpiana, tarsometarsiana, metacarpofalángicas, metatarsfalángicas e interfalángicas	289.81
382	26720	Tratamiento de fractura cerrada de diáfisis de falange	171.17
383	26727	Fijación esquelética percutánea de fractura inestable de falange	590.10
384	26735	Tratamiento abierto de fractura de diáfisis de falange proximal o media, dedo o pulgar, con o sin fijación interna o externa, cada una	568.28
385	26740	Tratamiento cerrado de fractura articular, con compromiso de articulación metacarpofalángica o interfalángica	204.54
386	26745	Tratamiento abierto de fractura articular, con compromiso de articulación metacarpofalángica o interfalángica	528.05
387	26750	Tratamiento cerrado de fractura de falange distal de cualquier dedo	171.17
388	26755	Fijación esquelética percutánea de fractura de falange distal, dedo o pulgar, cada una	443.68
389	26765	Tratamiento abierto de fractura de falange distal, dedo o pulgar, con o sin fijación interna o externa, cada una	333.60
390	26770	Tratamiento cerrado de dislocación de articulación interfalángica, con manipulación	235.89
391	26820	Fusión en oposición de pulgar	554.67
392	26841	Artrodesis de articulación carpometacarpiana, metacarpofalángica, o interfalángica	530.94
393	26910	Amputación a nivel de mano	528.05
394	26951	Amputación a nivel de dedos de mano	441.89
395	26990	Incisión y drenaje, pelvis o articulación de la cadera, absceso, hematoma o bolsa sinovial infectada	526.94
396	26992	Incisión de hueso cortical de pelvis y/o articulación de la cadera	1000.79
397	27000	Tenotomía de aductor de la cadera	468.92
398	27005	Tenotomía de flexores de la cadera	702.31
399	27006	Tenotomía de abductores y/o extensores de la cadera	702.31
400	27025	Fasciotomía de cadera o muslo	980.11
401	27030	Artrotomía de cadera, incluyendo exploración, o extracción de cuerpo suelto o de cuerpo extraño o drenaje o biopsia	1404.61
402	27035	Denervación de articulación de la cadera	1465.77
403	27036	Capsulectomía o capsulotomía de cadera	1000.79
404	27060	Excisión de bolsa sinovial isquiática, trocantérica o calcificación	554.67
405	27070	Excisión parcial de huesos de cadera o pelvis	880.52
406	27085	Extracción de cuerpo extraño en pelvis o cadera	360.35
407	27090	Remoción de prótesis de cadera	1070.44
408	27093	Procedimiento de inyección para artrografía de cadera	130.57
409	27095	Procedimiento de inyección para articulación sacroilíaca, artrografía y/o anestésico/esteroide	96.61
410	27097	Liberación o resección de tendones de la corva	596.70



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
411	27098	Transferencia de músculo a pelvis (pejm, músculo aductor al isquion, oblicuo externo a trocánter mayor, paraespinal a cadera, psoas a trocánter mayor, psoas a cuello femoral)	849.09
412	27120	Acetabuloplastia	1265.78
413	27125	Hemiartróplastia de cadera	876.02
414	27130	Artroplastia, reemplazo protésico acetabular y femoralproximal (reemplazo total de cadera)	1168.02
415	27132	Conversión de cirugía previa de cadera en reemplazo total de cadera, con o sin injerto autólogo o aloinjerto	1716.72
416	27134	Revisión de artroplastia total de cadera	1630.88
417	27140	Osteotomía y transferencia de trocánter mayor	792.07
418	27146	Osteotomía iliaca, acetabular o hueso innominado coxal	1653.46
419	27158	Osteotomía de pelvis, bilateral (p. ej. malformación congénita)	1320.12
420	27161	Osteotomía, cuello femoral	1570.78
421	27165	Osteotomía intratrocantérica o subtrocantérica	1570.78
422	27170	Injerto óseo, cabeza y cuello del fémur, área intertrocantérica o subtrocantérica	1570.78
423	27175	Tratamiento del deslizamiento de la epifisis femoral por tracción	740.47
424	27177	Tratamiento abierto del deslizamiento de la epifisis femoral	967.08
425	27185	Paro epifisario mediante epifisiodesis o engrapado, trocánter mayor	660.06
426	27187	Tratamiento profiláctico (clavos, clavijas, placas, o alambres) con o sin metilmetacrilato, cuello femoral y fémur proximal	1003.29
427	27193	Tratamiento cerrado de luxación de cadera, rodilla, tobillo	412.07
428	27200	Tratamiento cerrado de fractura coccígea	121.50
429	27202	Tratamiento abierto de fractura coccígea	528.05
430	27215	Tratamiento abierto de fracturas de espinas iliacas o de cresta ilíaca	792.07
431	27216	Fijación esquelética percutánea de fractura y/o luxación de pelvis	799.90
432	27217	Tratamiento abierto de fractura y/o luxación de pelvis	1080.00
433	27220	Tratamiento cerrado de fractura de acetábulo	377.06
434	27226	Tratamiento abierto de fractura de acetábulo	1450.10
435	27230	Tratamiento cerrado de fractura de extremo femoral proximal, excepto trocánter mayor	643.45
436	27235	Fijación esquelética percutánea de fractura de extremo proximal o cuello femoral	1321.92
437	27236	Tratamiento abierto de fractura de extremo femoral proximal, excepto trocánter mayor	1382.52
438	27246	Tratamiento cerrado de fractura del trocánter mayor, sin manipulación	333.60
439	27248	Tratamiento abierto de fractura del trocánter mayor, con o sin fijación interna o externa	639.65
440	27250	Tratamiento cerrado de dislocación traumática de la cadera	635.61
441	27253	Tratamiento abierto de dislocadura traumática de cadera	972.26
442	27265	Tratamiento cerrado de dislocación de la cadera post artroplastia de cadera	468.44
443	27275	Manipulación, articulación de la cadera, con anestesia general	209.85
444	27280	Artrodesis sacroiliaca	1000.79
445	27282	Artrodesis de sínfisis del pubis	792.07
446	27284	Artrodesis de cadera	1473.24
447	27290	Amputación interpelviabdominal (amputación de cuarto trasero)	1630.88



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
448	27295	Desarticulación de la cadera	1304.70
449	27301	Incisión y drenaje en muslo o rodilla de absceso profundo, bolsa sinovial, hematoma, que puede involucrar la apertura de hueso cortical	560.86
450	27305	Fasciotomía iliotibial	551.15
451	27306	Tenotomía percutánea de aductor o tendones de la corva, uno o varios tendones	417.46
452	27310	Artrotomía de rodilla con exploración, drenaje, extirpación de cuerpo extraño o biopsia sinovial	660.06
453	27315	Neurectomía, músculo de la corva	528.05
454	27320	Neurectomía, poplítea (músculos gemelos)	492.74
455	27360	Excisión parcial (craterización, saucerización, o diafisectomía) hueso, fémur, tibia proximal y/o peroné (p. ej. osteomielitis o absceso óseo)	792.07
456	27370	Procedimiento de inyección para artrografía de rodilla	88.75
457	27372	Extirpación de cuerpo extraño, profundo, región del muslo o de la rodilla	351.15
458	27380	Sutura de tendón infrarrotuliano	662.83
459	27385	Sutura de ruptura del músculo cuádriceps o de unidad musculotendinosa de la corva	698.86
460	27390	Tenotomía abierta de tendones de la corva, rodilla hasta cadera, uno o mas tendones	527.61
461	27393	Alargamiento de tendón de la corva	636.53
462	27396	Trasplante de tendón de la corva a la rótula	698.86
463	27400	Traslado de tendón o músculo de la corva al fémur	616.61
464	27403	Artrotomía de rodilla con reparación de menisco	702.31
465	27405	Corrección de cápsula y/o ligamentos de rodilla	789.24
466	27418	Plastia de tuberosidad anterior de la tibia	752.47
467	27420	Reconstrucción de luxación de rótula	807.49
468	27425	Liberación del retináculo lateral	351.15
469	27427	Reconstrucción extraarticular de ligamentos de rodilla	822.03
470	27428	Reconstrucción intraarticular de ligamentos de rodilla	1321.92
471	27430	Cuadriceplastia	702.59
472	27435	Capsulotomía de rodilla, liberación de la cápsula posterior	667.19
473	27437	Artroplastia de rodilla	1099.97
474	27448	Osteotomía de fémur	1033.82
475	27455	Osteotomía tibia proximal, incluyendo excisión u osteotomía de peroné	963.12
476	27465	Osteoplastia de fémur, acortamiento	1112.54
477	27466	Osteoplastia de fémur, alargamiento	1112.54
478	27468	Osteoplastia de fémur; combinado, alargamiento y acortamiento con transferencia de segmento femoral	1334.38
479	27470	Corrección de falta de unión o unión defectuosa, fémur distal a la cabeza y cuello	1218.42
480	27475	Paro epifisario de fémur distal, tibia y/o peroné proximal	793.43
481	27486	Revisión de artroplastia total de rodilla	1699.50
482	27488	Remoción de prótesis de rodilla	1304.70
483	27495	Tratamiento profiláctico (clavos, clavijas, placas o alambre) con o sin metimetacrilato, fémur	1774.73
484	27496	Fasciotomía descompresiva, muslo y/o rodilla	538.97
485	27500	Tratamiento de fractura de diáfisis femoral	714.49



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
486	27501	Tratamiento cerrado de fractura femoral supracondilar o transcóndilar con o sin extensión intercondilar, sin manipulación	758.85
487	27506	Tratamiento abierto de fractura de diáfisis femoral	444.39
488	27508	Tratamiento cerrado de fractura femoral, extremo distal, cóndilo medial o lateral, sin manipulación	606.72
489	27509	Fijación esquelética percutánea de fractura femoral distal	702.31
490	27511	Tratamiento abierto de fractura femoral distal	1232.16
491	27519	Tratamiento abierto de separación epifisaria femoral distal	1000.79
492	27520	Tratamiento cerrado de fractura rotuliana, sin manipulación	264.02
493	27524	Tratamiento abierto de fractura rotuliana o luxación de rodilla	598.19
494	27530	Tratamiento cerrado de fractura tibial	321.84
495	27535	Tratamiento abierto de fractura tibial	802.59
496	27550	Tratamiento cerrado de dislocación de rodilla	570.97
497	27556	Tratamiento abierto de dislocadura de rodilla	1212.37
498	27560	Tratamiento cerrado de dislocadura rotuliana	334.22
499	27566	Tratamiento abierto de dislocadura rotuliana	1074.08
500	27570	* Manipulación de articulación de la rodilla bajo anestesia general (incluye aplicación de tracción o de otros dispositivos de fijación)	160.86
501	27580	Artrodesis, rodilla, cualquier técnica	1879.02
502	27590	Amputación a nivel de muslo	786.75
503	27598	Desarticulación a nivel de la rodilla	792.07
504	27603	Incisión y drenaje de absceso profundo, hematoma, bolsa sinovial infectada de pierna o tobillo	351.15
505	27605	Tenotomía percutánea de tendón de Aquiles	305.06
506	27607	Incisión, (p.ej. osteomielitis o absceso óseo), pierna o tobillo	699.95
507	27610	Artrotomía de tobillo, incluyendo exploración, drenaje o extirpación de cuerpo extraño	686.67
508	27620	Artrotomía de tobillo, diagnóstica o terapéutica	639.42
509	27640	Excisión parcial ósea de tibia o peroné	792.07
510	27648	Procedimiento de inyección para artrografía de tobillo	88.75
511	27650	Corrección de ruptura del tendón de Aquiles	879.10
512	27656	Corrección de defecto fascial de la pierna	369.78
513	27658	Corrección de tendón flexor o extensor de pierna	430.61
514	27675	Corrección de dislocación de tendones del peroné	542.03
515	27680	Tenólisis, tendón flexor o extensor, pierna y/o tobillo	571.96
516	27685	Alargamiento o acortamiento de tendón de pierna o tobillo	510.09
517	27687	Recesión de músculos gemelos (p. e). procedimiento de Strayer)	492.74
518	27690	Transferencia o trasplante de tendón (con cambio de dirección o de ruta del músculo) de pierna	792.07
519	27695	Corrección de ligamento lesionado de tobillo	590.91
520	27700	Artroplastia de tobillo	1061.47
521	27704	Remoción de implante de tobillo	652.35
522	27705	Osteotomía de tibia y/o peroné	719.29
523	27715	Osteoplastia de tibia y peroné, alargamiento o acortamiento	1000.79
524	27720	Corrección de falta de unión o unión defectuosa	914.96



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
525	27727	Corrección de pseudoartrosis congénita, tibia	1112.54
526	27740	Para epifisario de tibia y peroné	793.37
527	27745	Tratamiento profiláctico (clavos, clavijas, placa, o alambre) con o sin metilmetacrilato, tibia	752.47
528	27750	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis tibial	276.06
529	27756	Fijación esquelética percutánea de fractura de diáfisis tibial (con o sin fractura del peroné)	686.70
530	27758	Tratamiento abierto de fractura de la diáfisis tibial, (con o sin fractura del peroné)	966.74
531	27760	Tratamiento cerrado de fractura de maleolo medial	289.52
532	27766	Tratamiento abierto de fractura de maleolo	440.35
533	27780	Tratamiento cerrado de peroné proximal o diáfisis de peroné	330.06
534	27784	Tratamiento abierto de fractura de peroné proximal o diáfisis del peroné	554.67
535	27786	Tratamiento cerrado de fractura de peroné distal	242.52
536	27792	Tratamiento abierto de fractura del peroné distal	598.19
537	27808	Tratamiento cerrado de fractura bimaléolar del tobillo	255.28
538	27814	Tratamiento abierto de fractura bimaléolar o trimaleolar del tobillo	265.07
539	27816	Tratamiento cerrado de fractura trimaleolar del tobillo	287.01
540	27822	Tratamiento abierto de fractura trimaleolar del tobillo, con o sin fijación interna o externa, maleolo medial y/o lateral	673.31
541	27824	Tratamiento cerrado de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga axial (p.ej. pilón o plafón tibial), con o sin anestesia	356.82
542	27826	Tratamiento abierto de fractura de la porción de la superficie articular de la tibia distal que soporta carga axial (p. ej. pilón y plafón tibial), con fijación interna o externa	695.99
543	27829	Tratamiento abierto de rotura de la articulación tibioperoneo distal (sindesmosis)	554.67
544	27830	Tratamiento cerrado de dislocadura de articulación tibioperonea proximal	289.81
545	27832	Tratamiento abierto de luxación de articulación tibioperonea proximal o tobillo	616.61
546	27840	Tratamiento cerrado de dislocadura de tobillo	319.15
547	27846	Tratamiento abierto de dislocadura de tobillo, con o sin fijación esquelética percutánea	793.37
548	27880	Manipulación de tobillo bajo anestesia general	184.89
549	27870	Artrodesis, tobillo, cualquier método	1112.54
550	27871	Artrodesis, articulación tibioperonea, proximal o distal	616.61
551	27880	Amputación a nivel de tibia y peroné	771.02
552	27888	Amputación a nivel de los maleolos de la tibia y peroné	702.31
553	27889	Desarticulación de tobillo	702.31
554	28001	Incisión y drenaje de bolsa sinovial de pie, subfascial, vaina tendinosa	373.71
555	28005	Incisión de hueso cortical de pie	667.19
556	28008	Fasciotomía de pie y/o dedo del pie	351.15
557	28010	Tenotomía percutánea de dedo del pie	286.89
558	28020	Artrotomía intertarsiana, tarsometatarsiana e interfalángica, incluyendo exploración, drenaje, extirpación de cuerpo suelto o de cuerpo extraño o biopsia	369.78
559	28030	Neurectomía, musculatura intrínseca del pie	528.05
560	28035	Liberación de túnel del tarso (descompresión del nervio tibial posterior)	470.55



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
561	28050	Artrotomía, intertarsiana, tarsometatarsiana, metatarsofalángica, interfalángica	276.18
562	28060	Fasciectomía, fascia plantar	385.44
563	28070	Sinovectomía de articulación intertarsiana, tarsometatarsiana o metatarsofalángica	369.78
564	28086	Sinovectomía de vaina tendinosa de pie	312.46
565	28090	Escisión de lesión, tendón, vaina tendinosa o cápsula	327.18
566	28120	Excisión parcial ósea en huesos tarsianos, metatarsianos y falanges de dedos del pie	444.52
567	28126	Resección, parcial o completa, base de la falange, cada dedo del pie	250.82
568	28130	Talectomía (astragalectomía)	528.05
569	28140	Metatarsectomía	554.67
570	28150	Falangectomía, dedo del pie	351.15
571	28153	Resección, condilo(s), extremo distal de falange, cada dedo del pie	250.82
572	28160	Hemifalangectomía o excisión de articulación interfalángica de dedo del pie	264.02
573	28190	Extirpación de cuerpo extraño en pie, con o sin complicaciones	325.27
574	28200	Corrección de tendón de pie	502.52
575	28220	Tendólisis, de tendón flexor o extensor de pie	349.75
576	28230	Tenotomía abierta de tendón flexor o extensor de pie	301.19
577	28238	Reconstrucción (avance) de tendón tibial posterior con excisión de hueso escafoides (navicular)	528.05
578	28240	Tenotomía, alargamiento, o liberación de músculo abductor del dedo gordo	369.78
579	28250	División de fascia plantar y músculo (p. ej. denudación de Steindler) (procedimiento separado)	519.91
580	28260	Capsulotomía en pie medio	1088.99
581	28264	Capsulotomía, mediatarsiana (p. ej. procedimiento tipo Heyman)	908.97
582	28270	Capsulotomía en articulación metatarsofalángica o interfalángica, por cada articulación	342.40
583	28288	Ostectomía parcial, exostectomía o condilectomía	438.19
584	28300	Osteotomía de huesos tarsianos, metatarsianos y falanges	617.22
585	28320	Corrección de huesos tarsianos, metatarsianos por falta de unión o unión defectuosa	702.31
586	28400	Tratamiento cerrado de fractura del calcáneo o astrágalo	233.53
587	28406	Fijación esquelética percutánea de fractura de calcáneo o astrágalo	452.59
588	28415	Tratamiento abierto de fractura de astrágalo y calcáneo	1276.87
589	28450	Tratamiento cerrado de fractura de hueso tarsiano (excepto astrágalo y calcáneo), o metatarsiano	212.57
590	28456	Fijación esquelética percutánea de fractura de hueso tarsiano o metatarsiano	240.36
591	28465	Tratamiento abierto de fractura de hueso tarsiano (excepto astrágalo y calcáneo), o metatarsiano	501.56
592	28490	Tratamiento cerrado de fractura de dedo gordo, falange o falanges, sin manipulación	150.77
593	28496	Fijación esquelética percutánea de fractura del dedo gordo, falange o falanges, con manipulación	184.89
594	28505	Tratamiento abierto de fractura del dedo gordo, falange o falanges, con o sin fijación interna o externa	292.45
595	28510	Tratamiento cerrado de fractura de falange o falanges, que no sea del dedo gordo	105.74
596	28525	Tratamiento abierto de fractura de falange o falanges, que no sea del dedo gordo	246.83



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
597	28530	Tratamiento cerrado de fractura sesamoidea	93.09
598	28531	Tratamiento abierto de fractura sesamoidea	217.25
599	28540	Tratamiento cerrado de dislocación de hueso tarsiano	202.95
600	28546	Fijación esquelética percutánea de luxación de huesos tarsianos, articulación tarsometatarsiana, metatarsofalángicas o interfalángicas	256.55
601	28555	Tratamiento abierto de luxación de huesos tarsianos, articulación tarsometatarsiana	501.65
602	28570	Tratamiento cerrado de luxación de huesos tarsianos, articulación tarsometatarsiana	214.42
603	28530	Tratamiento cerrado de luxación metatarsofalángica o interfalángica	165.05
604	28645	Tratamiento abierto de luxación metatarsofalángica o interfalángica)	287.01
605	28705	Artrodesis panastragalina	1589.95
606	28715	Artrodesis triple	935.82
607	28725	Artrodesis subastragalina	889.03
608	28730	Artrodesis mediotarsal o tarsometatarsiana	734.87
609	28750	Artrodesis metatarsofalángica	528.05
610	28755	Artrodesis interfalángica	352.47
611	28760	Artrodesis, con traslado del extensor largo del dedo gordo a cuello del primer metatarsiano, dedo gordo, articulación interfalángica (p. ej. procedimiento tipo Jones)	501.65
612	28800	Amputación de pie	702.31
613	28810	Amputación, metatarsiana, con dedo, una sola	501.65
614	28820	Amputación de dedo	312.46
615	29000	Aplicación de yeso corporal con armazón tipo halo	175.65
616	29010	Aplicación de corsé	42.53
617	29035	Aplicación de yeso corporal, hombro hasta caderas	141.75
618	29049	Enyesado "en figura de ocho"	63.79
619	29055	Enyesado en espiga de hombro	116.81
620	29058	Enyesado tipo Velpeau	75.13
621	29065	Aplicación de yeso de hombro a mano (largo, del brazo)	80.80
622	29075	Aplicación de yeso corto de brazo o pierna	85.05
623	29085	Aplicación de yesoAplicación de mano a antebrazo bajo (guante)	67.50
624	29105	Aplicación de férula larga para el brazo o pierna	49.61
625	29125	Aplicación de férula corta para el brazo o pierna	35.44
626	29130	Aplicación de férula digital	21.26
627	29200	Aplicación de vendaje hemicuerpo superior (incluye tórax, espalda baja, hombro, codo, muñeca, mano)	48.20
628	29305	Aplicación de yeso en espiga de la cadera	175.65
629	29345	Aplicación de yeso largo para la pierna (muslo a tobillo o dedos)	160.95
630	29405	Aplicación de enyesado corto para pierna	86.16
631	29435	Aplicación de yeso rotuliano con soporte para el tendón	103.63
632	29440	Agregado de elemento para marcha a un yeso previamente aplicado	50.06
633	29445	Aplicación de yeso de contacto total rígido, en la pierna	149.48
634	29520	Aplicación de vendaje, hemicuerpo inferior (incluye cadera, rodilla, tobillo, dedos de los pies, Bota de Unna)	51.51



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
635	29700	Remoción de yeso	49.61
636	29720	Corrección de espiga, yeso corporal o corsé	62.86
637	29730	Confección de una ventana en el enyesado	58.84
638	29740	Confección de una cuña en el enyesado (excepto enyesados para pie zambo)	116.81
639	29750	Confección de una cuña en el enyesado para pie zambo	116.81
640	29800	Artroscopia diagnóstica	559.66
641	29804	Artroscopia quirúrgica	615.20
642	30000	Drenaje de absceso o hematoma nasal	117.06
643	30220	Inserción, prótesis de tabique nasal (botón)	125.41
644	30300	Extirpación de cuerpo extraño intranasal	96.84
645	30310	Extirpación de cuerpo extraño intranasal con necesidad de anestesia general	219.79
646	30430	Rinoplastia secundaria	1005.14
647	30520	Septoplastia o resección submucosa, incluyendo modificación del contorno o reemplazo con injerto	447.93
648	30580	Corrección de fístula oromaxilar u oronasal	641.55
649	30620	Dermatoplastia septal u otra dermatoplastia intranasal (no incluye la obtención del injerto)	524.31
650	30630	Reparación de perforaciones nasales septales	625.30
651	30901	Cauterización y / o taponamiento nasal anterior	119.88
652	30905	Cauterización y / o taponamiento nasal posterior	203.10
653	30915	Ligadura de arterias; etmoidal	702.59
654	30920	Ligadura de arterias; arteria maxilar interna, transantral	1053.88
655	30930	Fractura terapéutica de cornetes nasales	150.49
656	31231	Endoscopia nasal diagnóstica	180.92
657	31237	Endoscopia nasal terapéutica, para debridamiento, control de epistaxis	288.14
658	31254	Endoscopia nasal terapéutica, con etmoidectomía, antrostomía, esfenoidectomía)	899.19
659	31290	Endoscopia nasal/sinusoidal para corrección de escape de líquido cefalorraquídeo	1416.05
660	31292	Endoscopia nasal/sinusoidal para descompresión de pared orbitaria o del nervio óptico	1276.69
661	31500	Intubación, endotraqueal, procedimiento de urgencia	135.00
662	31502	Cambio de tubo de traqueotomía previo al establecimiento de vía fistular	116.81
663	31505	Laringoscopia indirecta, diagnóstica o terapéutica	172.59
664	31515	Laringoscopia directa, diagnóstica o terapéutica	407.40
665	31582	Laringoplastia	1658.31
666	31585	Tratamiento de fractura cerrada de laringe	554.67
667	31588	Laringoplastia, sin otra especificación (p. ej. por quemaduras, reconstrucción después de laringectomía parcial)	1294.24
668	31590	Reinervación laríngea por pedículo neuromuscular	1405.17
669	31603	Traqueostomía de urgencia	303.35
670	31610	Traqueostomía, procedimiento de fenestración con colgajos cutáneos	769.33
671	31611	Construcción de fístula traqueoesofágica y subsiguiente inserción de una prótesis vocal a laringe	521.39
672	31612	Punción traqueal percutánea con aspiración y / o revisión	84.13
673	31613	Revisión de traqueostomía, sin rotación de flap	502.06



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
674	31615	Traqueobroncoscopia a través de una incisión de traqueostomía establecida	193.21
675	31622	Broncoscopia	255.63
676	31700	Cateterización, transglótica (procedimiento separado)	123.88
677	31708	Instilación de material de contraste para laringografía o broncografía, sin cateterización	130.35
678	31710	Cateterización para broncografía, con o sin instilación de material de contraste	120.18
679	31715	Inyección transtraqueal para broncografía	97.48
680	31720	Aspiración con broncoscopio	126.59
681	31730	Introducción transtraqueal (percutánea) de dilatador de alambre hueco o intubación implantada para oxigenoterapia	263.47
682	31750	Traqueoplastia	1203.64
683	31766	Reconstrucción de carina traqueal	2672.47
684	31770	Broncoplastia	1904.04
685	31800	Sutura de herida o lesión traqueal	867.43
686	31820	Cierre quirúrgico de traqueostomía o fistula	511.19
687	31830	Revisión de cicatriz de traqueostomía (en sala de operaciones)	416.01
688	32000	Toracocentesis	144.59
689	32001	Lavado total de pulmón (unilateral)	554.67
690	32005	Pleurodesis	192.33
691	32020	Toracostomía de tubo, con o sin sistema de sello bajo agua	367.93
692	32035	Toracostomía, para drenaje de empiema	846.90
693	32100	Toracotomía mayor (p.ej. control de hemorragia traumática, complicaciones postoperatorias, masaje cardíaco, extirpación de cuerpo extraño intrapleural)	1086.18
694	32200	Neumonotomía con drenaje de quiste o absceso	722.97
695	32215	Escarificación pleural por neumotórax a repetición	1047.41
696	32220	Decorticación pulmonar total	1515.31
697	32225	Decorticación pulmonar parcial	1097.15
698	32420	Neumocentesis	201.53
699	32440	Neumonectomía total, incluye reconstrucción de la pared torácica	2016.86
700	32442	Neumonectomía total con resección de segmento de tráquea	2425.77
701	32480	Extirpación de pulmón, que no sea neumonectomía total	1872.00
702	32501	Resección y corrección de una porción del bronquio (bronquioplastia) cuando se realiza al momento de una lobectomía o segmentectomía (anotar separadamente además del código del procedimiento primario)	433.57
703	32540	Enucleación extrapleural de empiema (empiemectomía)	1285.73
704	32551	Toracostomía con tubo, incluye conexión a sistema de drenaje (p.ej. Sello de agua), cuando se realice, abierto (procedimiento separado)	405.00
705	32601	Toracoscopia diagnóstica	584.97
706	32650	Toracoscopia quirúrgica	1039.21
707	32800	Cura quirúrgica de hernia pulmonar a través de la pared torácica	1202.30
708	32810	Reconstrucción de pared torácica	1146.09
709	32815	Cierre de fistula bronquial	2033.11
710	32820	Reconstrucción mayor, pared torácica (postraumática)	1886.45
711	32900	Resección de costillas, extrapleural, todos los estadios	1780.18
712	32905	Toracoplastia, tipo Schede o extrapleural (todos los estadios);	1822.33



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
713	32906	Toracoplastia con cierre de fistula broncopleural	2351.03
714	32997	Lavado de pulmón total (unilateral)	526.94
715	33010	Pericardiocentesis	207.08
716	33015	Pericardiostomia	628.63
717	33020	Pericardiotomia para extirpación de coágulo o cuerpo extraño	1107.45
718	33025	Creación de ventana pericárdica o resección parcial para drenaje	1117.67
719	33030	Pericardiectomia parcial o completa	1773.27
720	33200	Inserción de marcapaso permanente con electrodos epicárdicos	989.90
721	33206	Inserción o reemplazo de marcapaso permanente con electrodo transvenoso	700.99
722	33210	Inserción o reemplazo de electrodo cardiaco o catéter marcapasos provisional	309.66
723	33212	Inserción o reemplazo del generador de pulsos marcapasos (sistema uni o bicameral)	548.18
724	33214	Actualización del tipo de sistema marcapasos implantable, conversión de un sistema de cámara única a un sistema de cámara doble (incluye la remoción del generador de pulsos previamente colocado, tests de los alambres existentes, inserción de alambre nuevo, inserción de un generador de pulsos nuevo)	680.63
725	33216	Inserción, o reubicación de electrodos transvenosos permanentes (uni o bicameral)	514.65
726	33218	Reparación de electrodo(s) transvenoso(s) de marcapasos o cardioversor de pulso-desfibrilador uni o bicameral	481.26
727	33222	Revisión o recolocación de bolsa subcutánea para marcapasos-cardioversor de uni o bicameral	523.29
728	33233	Remoción de generador de pulsos marcapasos permanente	304.15
729	33234	Remoción de electrodos de marcapasos venosos; sistema de uni o bipolar	792.60
730	33236	Remoción de marcapasos epicárdico y electrodos permanentes por toracotomia, uni o bipolar	1154.29
731	33238	Remoción de electrodos transvenosos permanentes mediante toracotomia	1407.02
732	33240	Inserción de cardioversor de pulsos-desfibrilador generador de pulsos de cámara única o doble	702.59
733	33241	Remoción subcutánea de cardioversor de pulsos-desfibrilador de pulsos de cámara única o doble	299.52
734	33243	Remoción de electrodo(s) del cardioversor de pulsos-desfibrilador de cámara única o doble; mediante toracotomia	2092.97
735	33244	Remoción de electrodo(s) del cardioversor de pulsos-desfibrilador de cámara única o doble; mediante extracción intravenosa	1208.45
736	33245	Inserción de electrodos epicárdicos de cardioversor de pulsos-desfibrilador de uni o bicameral mediante toracotomia;	1590.91
737	33249	Inserción o reposicionamiento de guía(s) de electrodo(s) de cardioversor de pulso-desfibrilador de cámara única o doble e inserción de generador de pulsos	1249.73
738	33250	Ablación quirúrgica de foco o vía arritmogénica supraventricular	2047.67
739	33253	Incisiones quirúrgicas y reconstrucción de aurículas para tratamiento de fibrilaciones auriculares o aleteo auricular (p. ej. procedimiento de laberinto)	2871.36
740	33261	Ablación quirúrgica de foco arritmogénico ventricular con derivación cardiopulmonar	2300.05
741	33282	Implantación o retiro de registrador de eventos cardiacos	298.49
742	33300	Corrección de lesión cardiaca	1721.44
743	33310	Cardiotomia, exploradora (incluye extirpación de cuerpo extraño)	1787.09
744	33320	Corrección por sutura de aorta y grandes vasos	1767.87



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
745	33330	Inserción de injerto, aorta o grandes vasos	2247.23
746	33510	Derivación de arteria coronaria, vena solamente, de 1 a 3 injertos	2400.52
747	33513	Derivación de arteria coronaria, vena solamente, de 4 a más injertos	3048.46
748	33517	Derivación de arteria coronaria empleando injertos venosos y arteriales, de 1 a 3	1200.00
749	33521	Derivación de arteria coronaria empleando injertos venosos y arteriales, de 4 a más	1065.31
750	33530	Reoperación, procedimiento para derivación de arteria coronaria o procedimiento valvular, más de un mes después de la operación original (anote separadamente además del código del procedimiento primario)	541.73
751	33533	Derivación de arteria coronaria, usando injertos arteriales; 1 a 3 injertos	2654.69
752	33536	Derivación de arteria coronaria, usando injertos arteriales; 4 a más injertos	3216.18
753	33545	Corrección de defecto del tabique ventricular post-infarto, con o sin resección miocárdica	3230.14
754	33572	Endarterectomía coronaria, abierta, cualquier método, de arterias coronarias izquierda anterior descendente, circunfleja o derecha, realizada en conjunción con el procedimiento de injerto para derivación de arteria coronaria, cada vaso (indicar separadamente además del procedimiento principal)	1234.15
755	33860	Injerto de aorta ascendente, con derivación cardiopulmonar (puede o no incluir suspensión valvular, reconstrucción coronaria, reemplazo de la raíz de la aorta)	3232.54
756	33870	Injerto de cayado aórtico transversal, con derivación cardiopulmonar	3726.48
757	33875	Injerto de aorta torácica descendente, con o sin derivación	3056.25
758	33877	Corrección con injerto de aneurisma aórtico toracoabdominal, con o sin derivación cardiopulmonar	3741.28
759	33910	Embolectomía de arteria pulmonar	2101.76
760	33916	Endarterectomía pulmonar, con o sin embolectomía, con derivación cardiopulmonar	2268.48
761	33960	Circulación extracorpórea prolongada por insuficiencia cardiopulmonar, por cada 24 horas	1344.77
762	33968	Remoción de dispositivo de asistencia con globo intraaórtico, percutáneo	59.17
763	33970	Inserción de dispositivo de asistencia con globo intraaórtico a través de arteria femoral, o aorta ascendente	712.83
764	33971	Remoción de dispositivo de asistencia con globo intraaórtico incluyendo corrección de arteria femoral o aorta ascendente	1037.78
765	33975	Implante de dispositivo de asistencia ventricular	3596.47
766	33977	Remoción de dispositivo de asistencia ventricular	1798.07
767	34001	Embolectomía o trombectomía, con o sin catéter (arteria subclavia, axilar, braquial, radial, cubital, renal, celiaca, mesentérica, aortoiliaca, femoropoplítea, poplítea-tibio-peronea)	1025.97
768	34401	Trombectomía, directa o con catéter (vena cava, vena ilíaca, femoropoplítea, subclavia, axilar)	992.55
769	34501	Valvuloplastia, vena femoral	1010.43
770	34502	Reconstrucción de vena cava, cualquier método	2366.84
771	34510	Transposición de válvula venosa, cualquier vena donante	1224.90
772	34520	Injerto venoso cruzado al sistema venoso	1270.20
773	34530	Anastomosis venosa safenopoplítea	1546.57
774	35001	Cura quirúrgica de aneurismas, falso aneurismas o excisión e inserción de injerto en cuello, brazo o pierna	1483.23



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
775	35021	Cura quirúrgica de aneurismas, falso aneurismas o excisión e inserción de injerto mediante incisión torácica	1874.34
776	35081	Cura quirúrgica de aneurismas, falso aneurismas o excisión e inserción de injerto de aorta abdominal y/o vasos viscerales e ilíacos	2036.33
777	35188	Corrección, fístula arteriovenosa adquirida o traumática	1314.82
778	35201	Sutura o anastomosis directa de vaso sanguíneo periférico	887.59
779	35211	Sutura o anastomosis directa de vaso sanguíneo intratorácico o intraabdominal	1664.68
780	35231	Corrección de vaso sanguíneo periférico con injerto	1043.78
781	35241	Corrección de vaso sanguíneo intratorácico o intraabdominal con injerto	1850.66
782	35261	Corrección de vaso sanguíneo periférico con injerto que no sea venoso	1039.54
783	35271	Corrección de vaso sanguíneo intratorácico o intraabdominal con injerto que no sea venoso	1754.42
784	35301	Tromboendarterectomía, con o sin injerto, de arterias periféricas	1423.36
785	35331	Tromboendarterectomía, con o sin injerto, de arteria aorta abdominal y sus ramas	1925.78
786	35390	Reoperación, carótida, tromboendarterectomía, más de un mes después de la operación original (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	294.90
787	35400	Angioscopia (vasos no coronarios o injertos) durante una intervención terapéutica (anote separadamente además del código del procedimiento primario)	277.34
788	35450	Angioplastia con balón transluminal abierta	706.86
789	35470	Angioplastia con balón transluminal percutánea	707.00
790	35480	Aterectomía periférica transluminal, abierta	809.26
791	35490	Aterectomía periférica transluminal percutánea	809.26
792	35501	By-pass periférico (excluye los especificados por el código 35531, 35541, 35546, 35556)	1563.40
793	35526	By-pass Aorto-subclavio o Aorto-carotideo	1848.91
794	35531	By-pass Aorto-visceral (renal, mesentérico o similares)	2018.70
795	35541	By-pass Aorto - ilíaco o biliaco	2265.84
796	35546	By-pass Aorto-femoral o bifemoral	2125.47
797	35556	Otras derivaciones (fémoro-femoral, axilo-humeral, carótido-subclavio, axilo-axilar, femoral - poplitea o similares)	1649.71
798	35582	Derivación venosa in-situ, aortofemoralpoplitea (solamente la porción femoralpoplitea in-situ)	2508.05
799	35583	Derivación venosa in-situ, femoral-poplitea	2068.01
800	35585	Derivación venosa in-situ, femoral-tibial anterior, tibial posterior, o arteria peronea	2624.53
801	35587	Derivación venosa in-situ, poplitea-tibial, peronea	1761.09
802	35601	Injerto de derivación que no sea de vena, cualquier vaso	1684.92
803	35681	Injerto de derivación combinado, vena y protésico (además se debe consignar el código para el procedimiento primario)	147.91
804	35682	Injerto de derivación autólogo combinado (además se debe consignar el código para el procedimiento primario)	687.05
805	35691	Transposición y/o reimplante de arteria a arteria	1568.65
806	35700	Reoperación, arteria femoral-poplitea o femoral (poplitea)-tibial anterior, tibial posterior, peronea, u otros vasos distales, más de un mes después de la operación original (anote separadamente además del código del procedimiento primario)	284.73



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
807	35701	Exploración (no seguida de corrección quirúrgica), con o sin lisis de arteria	498.43
808	35800	Exploración por hemorragia postoperatoria, trombosis o infección	773.56
809	35870	Corrección de fistula injerto-entérica	2049.52
810	35875	Trombectomía de injerto venoso o arterial, con o sin revisión del injerto	1213.15
811	35879	Revisión, derivación arterial de extremidad inferior, sin trombectomía, abierta; puede incluir la angioplastia de parche venoso o la interposición de segmento de vena	1490.41
812	35901	Excisión de injerto infectado	1184.09
813	36000	Introducción de aguja catéter en vena	14.18
814	36005	Inyección para venografía contrastada (incluyendo la introducción de aguja catéter)	72.00
815	36010	Introducción de catéter, vena cava superior o inferior	169.67
816	36011	Cateterismo selectivo, sistema venoso	253.88
817	36013	Introducción de catéter, corazón derecho o arteria pulmonar principal	232.96
818	36014	Colocación selectiva de catéter, arteria pulmonar	301.41
819	36100	Introducción de aguja o intracatéter, arteria carótida o vertebral	279.19
820	36120	Introducción de aguja o intracatéter en arteria humeral, arteria de extremidad, o cortocircuito arteno venoso creado para diálisis	185.82
821	36160	Introducción de aguja o intracatéter, aórtico, translumbar	232.96
822	36200	Introducción de catéter, aorta	279.19
823	36215	Colocación selectiva de catéter, sistema arterial; nivel torácico o braquiocéfálico en ramas de primer, segundo o tercer orden	497.31
824	36218	Colocación selectiva de catéter en ramas adicionales primer, segundo o tercer orden en sistema arterial, (reiterar cuantas veces sea necesario en adición al registro de los códigos 36215 o 36245)	93.37
825	36245	Colocación selectiva de catéter, sistema arterial; nivel abdominal, pélvico o extremidad inferior en ramas de primer, segundo o tercer orden	497.31
826	36260	Insertión de bomba de infusión intra-arterial implantable (p. ej. para quimioterapia de hígado)	897.65
827	36261	Revisión de bomba de infusión intra-arterial implantada	503.83
828	36262	Remoción de bomba de infusión intra-arterial implantada	371.63
829	36400	venipuntura, que requiere las habilidades de un médico, u otro profesional de la salud calificado, en vena femoral o yugular de menor de 3 años. Este código no se debe usar para venipuntura de rutina	33.75
830	36420	Venostomía en niño menor de 1 año	80.99
831	36430	Transfusión de sangre o componentes sanguíneos	243.00
832	36440	Transfusión masiva de sangre en niños de 2 años de edad o menores	90.46
833	36488	Colocación de catéter venoso central (subclavia, yugular, u otra vena) (p. ej. para presión venosa central, hiperalimentación, hemodiálisis, o quimioterapia)	130.19
834	36489	Colocación de catéter venoso central (p. ej. para presión venosa central, quimioterapia, otros)	472.50
835	36493	Reubicación bajo guía fluoroscópica de un catéter venoso central previamente colocado	111.86
836	36500	Cateterismo venoso para toma selectiva de muestras de sangre de distintos órganos	325.41
837	36530	Procedimientos asociados a bombas de infusión; incluye la inserción, revisión o remoción	428.58
838	36533	Procedimientos asociados a dispositivo de acceso venoso implantable; incluye la inserción, revisión o remoción	298.94



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
839	36600	Punción arterial, extracción de sangre para diagnóstico	25.52
840	36620	Cateterismo o canulación arterial (toma de muestra, monitorización o transfusión)	151.13
841	36660	Cateterismo arteria umbilical, recién nacido	129.42
842	36680	Colocación de aguja para infusión intradérmica	105.39
843	36800	Inserción, revisión o cierre de cánula para hemodiálisis (vena a vena, arteriovenoso)	271.30
844	36815	Anastomosis arteriovenosa, abierta	981.97
845	36822	Inserción de cánulas para circulación extracorpórea prolongada por insuficiencia cardiopulmonar (ECIVIC) (procedimiento separado)	501.06
846	36825	Creación de fistula arteriovenosa que no sea por anastomosis arteriovenosa directa (procedimiento separado)	1004.56
847	36831	Trombectomía, fistula arteriovenosa sin revisión, injerto autólogo o no autólogo para diálisis	739.57
848	36832	Revisión de una fistula arteriovenosa (puede incluir trombectomía así como el injerto para diálisis (procedimiento separado)	983.76
849	36834	Corrección plástica de aneurisma arteriovenoso (procedimiento separado)	917.99
850	36835	Inserción de cortocircuito de Thomas (procedimiento separado)	660.99
851	36860	Extracción externa de coágulo de cánula (procedimiento separado)	197.66
852	37140	Anastomosis porto-cava u otras porto-sistémicas	2457.12
853	37160	Anastomosis venosas intraabdominales	2471.21
854	37201	Terapéutica trombolítica transcáteter	492.66
855	37203	Extirpación transcáteter, percutánea, de cuerpo extraño intravascular (p. ej. catéter venoso o arterial fracturado)	465.00
856	37205	Colocación transcáteter de dilatadores intravasculares, (vasos no coronarios), abierto o percutáneo; vaso inicial	765.45
857	37206	Colocación de dilatador intravascular en vasos adicionales (agregar al código 37205 por cada vaso, según sea necesario)	381.80
858	37209	Intercambio de un catéter arterial previamente colocado durante el tratamiento trombolítico	209.85
859	37250	Ultrasonido intravascular	160.98
860	37565	Ligadura, vena yugular interna	410.46
861	37600	Ligadura de arteria carótida	519.69
862	37607	Ligadura o bandeado de angioacceso de fistula arteriovenosa	569.47
863	37609	Ligadura o biopsia, arteria temporal	212.63
864	37615	Ligadura de arteria de cuello o extremidad	486.84
865	37616	Ligadura de arteria de tórax o abdomen	1336.50
866	37617	Ligadura de arteria principal de abdomen (p. ej. ruptura postraumática)	1620.00
867	37620	Interrupción, parcial o completa, de vena cava inferior por sutura, ligadura, pliegue, grapa, extravascular, intravascular (dispositivo en sombrilla, canastilla)	976.23
868	37650	Ligadura de vena femoral	474.25
869	37660	Ligadura de vena ilíaca común primitiva	980.85
870	37720	Ligadura y división y denudación completa de vena safena larga o corta	591.64
871	37760	Ligadura de vasos perforantes, subfacial, radical (tipo Linton), con o sin injerto cutáneo	967.91
872	37785	Ligadura, división y excisión de venas varicosas recurrentes o secundarias en piernas	358.69



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
873	37788	Revascularización peneana, arteria, con o sin injerto venoso	2034.73
874	37790	Procedimiento venoso oclusivo peneano	771.00
875	38100	Esplenectomía; total (procedimiento aislado)	1163.77
876	38115	Corrección de rotura de bazo (esplenorrafia) con o sin esplenectomía parcial	1037.61
877	38200	Procedimiento de inyección para esplenopografía	244.06
878	38380	Sutura y/o ligadura de conducto torácico por abordaje cervical	689.64
879	38381	Sutura y/o ligadura de conducto torácico por abordaje torácico o abdominal	1205.29
880	38794	Canulación, conducto torácico	411.38
881	39000	Mediastinotomía con exploración, drenaje, extirpación de cuerpo extraño, o biopsia; abordaje cervical	563.92
882	39010	Mediastinotomía con exploración, drenaje, extirpación de cuerpo extraño, o biopsia; abordaje transtorácico	1089.93
883	39400	Mediastinoscopia; con o sin biopsia	518.62
884	39501	Corrección de laceración diafragmática	1148.18
885	39502	Corrección de hernia hiatal paraesofágica	1475.43
886	39520	Corrección de hernia diafragmática (hiatal esofágica)	1364.23
887	39545	Imbricación de diafragma por eventración	1254.12
888	39560	Resección y reparación de diafragma	1438.59
889	40510	Excisión de labio, de espesor parcial	369.78
890	40525	Excisión de labio, de espesor total, con reconstrucción con colgajo	785.52
891	40650	Corrección de labio	351.29
892	40800	Extirpación de cuerpo extraño incluido o drenaje de absceso, quiste, hematoma en vestíbulo de la boca, sin complicaciones	105.78
893	40801	Extirpación de cuerpo extraño incluido o drenaje de absceso, quiste, hematoma en vestíbulo de la boca, con complicaciones	236.55
894	40830	Rafia de lesiones intraorales, piso de la boca y lengua	226.44
895	40840	Vestibuoplastia (anterior, posterior (uni o bilateral), de todo el arco)	927.82
896	40845	Vestibuoplastia compleja (incluyendo extensión del arco alveolar, reposicionamiento muscular)	1584.15
897	41000	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; lingual o sublingual superficial	88.45
898	41006	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma de lengua o piso de la boca; sublingual profunda, suprahioidea o los espacios submentoniano, submaxilar, masticador	315.34
899	41015	Incisión extraoral para drenaje de absceso, quiste o hematoma; espacio sublingual, submentoniano, submandibular	369.78
900	41018	Incisión extraoral y drenaje de absceso, quiste o hematoma del piso de la boca; espacio masticador	693.72
901	41250	Corrección de laceración de piso de la boca y de la lengua	246.18
902	42000	Drenaje de absceso de paladar, úvula	88.45
903	42180	Corrección, laceración de paladar	261.48
904	42235	Corrección del paladar anterior, incluyendo colgajo de vomer	702.59
905	42280	Impresión de maxilar para prótesis palatina	142.37
906	42281	Inserción de prótesis palatina retenida con clavijas	178.42
907	42300	Drenaje de absceso de glándula salival	215.72
908	42325	Fistulización de quiste salival sublingual	303.46



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
909	42330	Sialitofomia	272.51
910	42500	Corrección plástica de conducto salival, sialodocoplastia	452.89
911	42507	Desviación de conducto de la parótida, bilateral, con/sin excisión de glándulas y conductos submandibulares	755.86
912	42550	Procedimiento de inyección para sialografía	109.78
913	42600	Cierre de fistula salival	369.78
914	42650	Dilatación y/o cateterismo de conducto salival	126.89
915	42665	Ligadura de conducto salival	233.89
916	42700	Incisión y drenaje de absceso periamigdalino, retrofaringeo o parafaringeo	553.29
917	42809	Extirpación de cuerpo extraño de faringe	161.33
918	42900	Faringoplastia	700.70
919	42955	Faringotomía	683.17
920	42960	Control de hemorragia naso-oro-faríngea	526.94
921	42970	Control de hemorragia nasofaríngea	638.34
922	43020	Esofagotomía, abordaje cervical, con extirpación de cuerpo extraño	616.61
923	43045	Esofagotomía, abordaje torácico, con extirpación de cuerpo extraño	1767.01
924	43100	Excisión de lesión, esófago, con corrección primaria; abordaje cervical	739.57
925	43101	Excisión de lesión, esófago, con corrección primaria; abordaje torácico o abdominal	1505.02
926	43107	Esofagectomía total o casi total, con faringogastrotomía o esofagogastrotomía cervical, con o sin piloroplastia (transhiatal)	2049.33
927	43108	Esofagectomía total o casi total, con interposición del colon o reconstrucción del intestino delgado, incluyendo movilización intestinal, preparación y anastomosis	3009.71
928	43116	Esofagectomía parcial, cervical, con injerto intestinal libre, incluyendo anastomosis microvascular, obtención del injerto y reconstrucción intestinal	2005.89
929	43117	Esofagectomía parcial, dos tercios distales, con o sin gastrectomía proximal; con esofagogastrotomía torácica, con o sin piloroplastia	2196.15
930	43118	Esofagectomía parcial con o sin gastrectomía proximal, con interposición del colon o reconstrucción del intestino delgado, incluyendo movilización del intestino, preparación y anastomosis	3209.71
931	43124	Esofagectomía total o parcial, sin reconstrucción (cualquier abordaje), con esofagostomía cervical	2375.85
932	43200	Esofagoscopia, rígida o flexible; diagnóstica o terapéutica (p.ej. Extirpación de cuerpo extraño, control de sangrado, dilatación)	224.44
933	43234	Endoscopia gastrointestinal alta, examen primario simple (p. ej. con endoscopio flexible de calibre pequeño) (procedimiento separado)	185.82
934	43235	Endoscopia gastrointestinal alta incluyendo esófago, estómago, y ya sea el duodeno y/o el yeyuno, según corresponda; diagnóstica o terapéutica (p.ej. Extirpación de cuerpo extraño, colocación dirigida de tubo percutáneo de gastrostomía, control de sangrado)	314.21
935	43260	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER); diagnóstica o terapéutica	650.24
936	43300	Esofagoplastia, abordaje cervical	1300.79
937	43310	Esofagoplastia, abordaje torácico	2359.60
938	43320	Esofagogastrotomía	1266.41
939	43330	Esofagomiotomía	1475.43
940	43340	Esofagoyunostomía	1544.93
941	43350	Esofagostomía, fistulización de esófago	1355.96



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
942	43380	Reconstrucción gastrointestinal por esofagectomía previa, por lesión esofágica obstructiva o fistula, o por previa exclusión esofágica	3009.71
943	43410	Sutura de herida o lesión esofágica opr abordaje cervical	739.57
944	43415	Sutura de herida o lesión esofágica, por abordaje transtorácico o abdominal	1586.09
945	43420	Cierre de esofagostomía o fistula	1342.99
946	43450	Dilatación de esófago	186.00
947	43460	Taponamiento esofagogástrico con balón (tipo Sengstaaken)	333.73
948	43496	Transferencia de yeyuno libre con anastomosis microvascular	4234.01
949	43500	Gastrotomía; con exploración o extirpación de cuerpo extraño	895.80
950	43620	Gastrectomía, total	2090.44
951	43631	Gastrectomía, parcial, distal	1784.34
952	43635	Vagotomía realizada junto con gastrectomía distal parcial (anote separadamente además del código del procedimiento primario)	1097.79
953	43638	Gastrectomía, parcial, proximal, abordajes torácico o abdominal, incluyendo esofagogastrotomía, con vagotomía	1884.04
954	43640	Vagotomía incluyendo piloroplastia, con o sin gastrostomía	1475.43
955	43750	Colocación percutánea de tubo de gastrostomía	415.08
956	43760	Cambio o reposicionamiento de tubo de gastrostomía	196.45
957	43810	Gastroduodenostomía	880.27
958	43820	Gastroyeyunostomía con/sin vagotomía	1097.26
959	43830	Gastrostomía, abierta; sin construcción de tubo gástrico (p. ej. procedimiento de Stamm) (procedimiento separado)	765.57
960	43840	Gastrorrafia, sutura de úlcera duodenal o gástrica perforada, herida, o lesión	1099.18
961	43850	Revisión de anastomosis gastroduodenal (gastroduodenostomía) con reconstrucción; con/sin vagotomía	1778.60
962	43860	Revisión de anastomosis gastroyeyunal (gastroyeyunostomía) con reconstrucción, con o sin gastrectomía parcial o resección de intestino; con/sin vagotomía	1334.04
963	43870	Cierre de gastrostomía, quirúrgica	2508.24
964	43880	Cierre de fistula gástrica	1372.68
965	44005	Enterólisis, liberación de adherencias o bridas peritoneales o intestinales	1080.00
966	44010	Duodenotomía	729.00
967	44015	Enterostomías	499.50
968	44020	Enterotomía, intestino diferente a duodeno	1120.50
969	44025	Colotomía	1077.30
970	44050	Reducción de vólvulo, intususcepción, hernia interna, mediante laparotomía	1215.00
971	44120	Enterectomía, resección del intestino delgado, resección y anastomosis únicas	1465.57
972	44121	Enterectomía, resección y anastomosis adicionales al registrado por el código 44120. Registrar cuantas veces sea necesario	351.15
973	44130	Enterostomía, anastomosis de intestino, con o sin enterostomía cutánea (procedimiento separado)	933.70
974	44140	Colectomía parcial	1541.68
975	44150	Colectomía, total, abdominal, sin proctectomía	3670.76
976	44155	Colectomía, total, abdominal, con proctectomía	4036.05
977	44160	Colectomía con extirpación del ileo terminal e ileocolostomía	3376.81



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
978	44300	Enterostomía o cecostomía, tubo (p. ej. para descompresión o alimentación) (procedimiento separado)	825.54
979	44310	Ileostomía o yeyunostomía, sin tubo (procedimiento separado)	1027.53
980	44312	Revisión de ileostomía	595.65
981	44316	Ileostomía continente (procedimiento de Kock) (procedimiento separado)	1002.94
982	44320	Colostomía o cecostomía con exteriorización a la piel (procedimiento separado)	1026.60
983	44340	Revisión de colostomía simple (liberación de cicatriz superficial) (procedimiento separado)	369.78
984	44346	Revisión de colostomía con complicaciones (P.ej. Reconstrucción, corrección de hernia de paracolostomía) (procedimiento separado)	945.23
985	44360	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir el ileon; diagnóstica o terapéutica (P.ej. Exirpación de cuerpo extraño, colocación de tubo de yeyunostomía, control de sangrado)	341.67
986	44376	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, incluyendo ileon; diagnóstica, con o sin recolección de especímenes mediante cepillado o lavado (procedimiento separado)	526.02
987	44380	Ileoscopia, a través del estoma; diagnóstica, con o sin recolección de especímenes mediante cepillado o lavado (procedimiento separado)	139.59
988	44385	Evaluación endoscópica de bolsa del intestino delgado (abdominal o pélvica); diagnóstica, con o sin recolección de especímenes mediante cepillado o lavado (procedimiento separado)	168.25
989	44388	Colonoscopia a través del estoma; diagnóstica o terapéutica (P.ej. Exirpación de cuerpo extraño, control de sangrado)	316.17
990	44500	Introducción de tubo gastrointestinal largo (p. ej. Miller-Abbott) (procedimiento separado)	60.02
991	44602	Sutura de intestino delgado (enterorrafia) por úlcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura	914.02
992	44604	Sutura del intestino grueso (colorrafia) por úlcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura [que puede requerir la realización de colostomía]	1111.57
993	44615	Corrección plástica de estrechez intestinal (enterotomía y enterorrafia) con o sin dilatación, por obstrucción intestinal	1111.84
994	44620	Cierre de enterostomía, intestino grueso o delgado	1294.46
995	44640	Cierre de fístula intestinal cutánea	1002.94
996	44650	Cierre de fístula enteroentérica o enterocólica	1002.94
997	44660	Cierre de fístula enterovesical	1082.21
998	44680	Pliegue intestinal (procedimiento separado)	1368.20
999	44850	Sutura de mesenterio (procedimiento separado)	836.08
1000	44900	Incisión y drenaje de absceso apendicular, a cielo abierto	860.67
1001	44901	Incisión y drenaje percutánea de absceso apendicular	268.09
1002	44950	Apendicectomía; casos no complicados	1282.50
1003	44951	Apendicectomía con drenaje	2413.60
1004	44955	Apendicectomía; cuando se hace por un propósito indicado en el momento de otro procedimiento mayor (no como procedimiento separado)	337.50
1005	45000	Drenaje transrectal de absceso pélvico	589.80
1006	45005	Incisión y drenaje de absceso submucoso, recto	131.74
1007	45020	Incisión y drenaje de absceso profundo supraelevador, pelvirrectal o retrorrectal	294.21
1008	45113	Proctectomía parcial, con anastomosis	1666.76



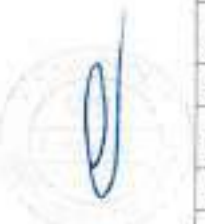
N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1009	45119	Proctectomía total y anastomosis	2005.89
1010	45123	Proctectomía, parcial, sin anastomosis, abordaje perineal	1053.88
1011	45300	Proctosigmoidoscopia rígida; diagnóstica, o terapéutica (P.ej. Extirpación de cuerpo extraño, control de sangrado)	137.18
1012	45330	Sigmoidoscopia flexible; diagnóstica o terapéutica (P.ej. Extirpación de cuerpo extraño, control de sangrado)	167.64
1013	45355	Colonoscopia, rígida o flexible, transabdominal vía colotomía, una o varias	309.14
1014	45378	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico; diagnóstica o terapéutica (P.ej. Extirpación de cuerpo extraño, control de sangrado)	429.19
1015	47010	Hepatotomía; para drenaje a cielo abierto de absceso o quiste, uno o dos pasos	1238.77
1016	47600	Colecistectomía	2564.81
1017	47011	Hepatotomía, para drenaje percutáneo de absceso o quiste	418.78
1018	47120	Hepatectomía (incluye lobectomía y trisegmentectomía)	2621.88
1019	47350	Manejo de hemorragia hepática (puede incluir sutura de herida, exploración de herida, debridamiento, coagulación)	1638.84
1020	48000	Colocación de drenes, peri pancreáticos, por pancreatitis aguda (puede incluir la realización de colecistostomía, gastrostomía y yeyunostomía)	1553.36
1021	48005	Resección o desbridamiento de páncreas y tejidos peripancreáticos por pancreatitis necrosante aguda	2250.91
1022	48020	Extirpación de cálculos pancreáticos	1475.43
1023	48400	Procedimiento de inyección para pancreatografía intraoperatoria (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	180.27
1024	48545	Pancreatorrafía por trauma	1563.26
1025	48547	Exclusión duodenal con gastroyeyunostomía por trauma pancreático	1844.29
1026	49000	Laparotomía Exploradora, celiotomía exploradora con o sin biopsia (s) (procedimiento separado)	2308.50
1027	49002	Reapertura de laparotomía reciente	783.74
1028	49010	Exploración, área retroperitoneal con o sin biopsia(s) (procedimiento separado)	1000.31
1029	49020	Drenaje abierto por condiciones intra o paraperitoneales (P.ej. Absceso peritoneal, peritonitis localizada, absceso subdiafragmático, absceso retroperitoneal, linfocèle extraperitoneal; excluye absceso apendicular)	1096.13
1030	49021	Drenaje percutáneo por condiciones intra o paraperitoneales (P.ej. Absceso peritoneal, peritonitis localizada, absceso subdiafragmático, absceso retroperitoneal, linfocèle extraperitoneal; excluye absceso apendicular)	340.63
1031	49080	Paracentesis abdominal diagnóstica o terapéutica (P.ej. lavado peritoneal)	270.00
1032	49085	Extirpación de cuerpo extraño peritoneal de la cavidad peritoneal	701.66
1033	49420	Insertión de cánula o catéter intraperitoneal provisional para drenaje o diálisis	2195.58
1034	49421	Insertión o remoción de cánula o catéter intraperitoneal permanente para drenaje o diálisis	557.75
1035	49423	Cambio, bajo orientación radiológica, de catéter de drenaje previamente colocado para el drenaje de absceso o quiste (procedimiento separado)	128.22
1036	49424	Inyección de material de contraste para valoración de absceso o quiste a través de un catéter previamente colocado (procedimiento separado)	66.75
1037	49900	Sutura, secundaria, de pared abdominal por evisceración o dehiscencia	1141.70
1038	50010	Exploración renal, que no requiera otros procedimientos específicos	964.30
1039	50020	Drenaje de absceso perirrenal o renal; a cielo abierto	1287.49
1040	50021	Drenaje percutáneo de absceso perirrenal o renal	312.47



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1041	50040	Nefrostomía, nefrotomía con drenaje	1312.08
1042	50045	Nefrotomía, con exploración	1357.75
1043	50120	Pielotomía, con exploración	1397.27
1044	50220	Nefrectomía, incluyendo ureterectomía	1635.84
1045	50240	Nefrectomía, parcial	1932.11
1046	50390	Aspiración y/o inyección con aguja, de quiste o pelvis renal	181.19
1047	50392	Introducción de catéter en pelvis renal o ureter por vía percutánea, para inyección o drenaje	329.32
1048	50394	Procedimiento de inyección para pielografía (nefrostograma, pielostograma, pieloureterogramas anterógrados) a través de tubo de nefrostomía o pielostomía, o de catéter implantado de uréter	66.75
1049	50395	Introducción de guía dentro de la pelvis renal y/o uréter, con dilatación, para establecer trayecto de nefrostomía, percutáneo	312.47
1050	50400	Pieloplastia	1712.56
1051	50405	Pieloplastia complicada	2101.61
1052	50500	Nefrorrafia	1718.70
1053	50520	Cierre de fistula nefrocútea o pielocútea	1513.20
1054	50525	Cierre de fistula nefrovesical	2031.22
1055	50540	Sinfisiotomía por riñón "en herradura"	1750.32
1056	50600	Ureterotomía con exploración o drenaje (procedimiento separado)	1391.12
1057	50605	Ureterotomía para inserción de catéter dilatador ureteral implantado, todos los tipos	1357.75
1058	50610	Ureterolitotomía cualquier tercio del uréter	1346.71
1059	51000	Aspiración vesical con aguja o trocar	82.46
1060	51010	Aspiración vesical e inserción de catéter suprapúbico	326.33
1061	51020	Cistotomía o cistostomía	574.47
1062	51050	Cistolitotomía	639.72
1063	51060	Ureterolitotomía transvesical	777.24
1064	51080	Drenaje de absceso de espacio perivesical o prevesical	523.43
1065	51600	Procedimiento de inyección para cistografía o ureterocistografía de micción	81.35
1066	51700	Irrigación de la vejiga, simple, lavaje y/o instilación	81.35
1067	51705	Cambio de tubo de cistostomía	108.27
1068	51800	Cistoplastia o cistouretroplastia, operación plástica de la vejiga y/o cuello vesical (Y-plastia anterior, resección del fundus vesical), cualquier procedimiento, con o sin resección en cuña del cuello vesical posterior	1529.88
1069	51860	Cistorrafia, sutura de herida, lesión o ruptura de vejiga	1180.83
1070	51880	Cierre de cistostomía (procedimiento separado)	672.73
1071	51980	Vesicostomía cutánea	997.67
1072	52260	Cistouretroscopia, con dilatación de vejiga por cistitis intersticial	298.14
1073	52281	Cistouretroscopia, con calibración y/o dilatación de estrechez uretral o estenosis, con o sin meatotomía, con o sin procedimiento de inyección para cistografía, mujer u hombre	258.85
1074	52282	Cistouretroscopia, con inserción de catéter dilatador uretral	562.07
1075	52283	Cistouretroscopia, con inyección de esteroides en la estrechez	328.46
1076	52310	Cistouretroscopia, con extirpación de cuerpo extraño, cálculo, o remoción de catéter dilatador ureteral desde la uretra o vejiga (procedimiento separado); simple	259.77



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1077	52315	Cistoureoscopia, con extirpación de cuerpo extraño, cálculo, o remoción de catéter dilatador ureteral desde la uretra o vejiga (procedimiento separado), en presencia de complicaciones	457.56
1078	52334	Cistoureoscopia con inserción de alambre guía ureteral a través del riñón con el fin de realizar una nefrostomía percutánea, retrógrada	424.19
1079	52335	Cistoureoscopia, con ureteroscopia y/o pieloscopia (incluye dilatación del uréter o unión pieloureteral mediante cualquier método)	541.73
1080	52510	Dilatación transuretral con balón de la uretra prostática, cualquier método	621.23
1081	52620	Resección transuretral, que incluye resección de tejido residual obstructivo después de 90 días del procedimiento inicial, resección por contracción postoperatoria del cuello vesical	630.79
1082	52700	Drenaje transuretral de absceso prostático	597.20
1083	53080	Drenaje de extravasación urinaria perineal	705.86
1084	53400	Uretroplastia	1363.05
1085	53440	Operación para corrección de incontinencia urinaria masculina	1089.54
1086	53502	Uretorrafia en mujeres	670.09
1087	53505	Uretorrafia en hombres	885.99
1088	53520	Cierre de uretostomía o de fístula uretrocutánea en hombres	762.31
1089	53600	Dilatación de estrechez uretral	95.43
1090	53670	Cateterización de uretra	79.26
1091	55120	Extirpación de cuerpo extraño del escroto	447.02
1092	56405	Incisión y drenaje de absceso vulvar o perineal	133.12
1093	56810	Perineoplastia, corrección del perineo, no obstétrico (procedimiento separado)	362.71
1094	57210	Colpoperineorrafia, sutura de lesión de vagina y/o perineo (no obstétrica)	418.50
1095	58150	Histerectomía total o subtotal, con o sin extirpación de trompa(s), con o sin extirpación de ovario(s)	1417.50
1096	58520	Histerorrafia, corrección de rotura de útero (no obstétrica)	1046.85
1097	58600	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal, unilateral o bilateral	1218.38
1098	59020	Test estresante fetal por contracción	83.36
1099	59151	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico, con salpinguectomía y/o ooforectomía	1755.00
1100	59160	Legrado postparto	540.00
1101	59400	Atención obstétrica de rutina incluyendo atención del trabajo de parto, parto vaginal (con o sin episiotomía y/o fórceps) y atención postparto (alumbramiento dirigido)	810.00
1102	59409	Parto vaginal solamente (con o sin episiotomía y/o fórceps);	425.25
1103	59410	Parto vaginal, incluyendo atención postparto	706.98
1104	59412	Versión externa cefálica, con o sin tocólisis (anote además de los códigos para parto)	158.08
1105	59414	Expulsión de la placenta (procedimiento separado)	337.50
1106	59430	Solamente atención postparto (procedimiento separado) Parto por cesárea	187.06
1107	59514	Solamente parto por cesárea;	595.35
1108	59515	Parto por cesárea, incluyendo atención postparto	807.98
1109	59525	Histerectomía subtotal o total después de parto por cesárea (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	789.49
1110	59612	Parto vaginal después de cesárea previa (incluye episiotomía, atención post parto)	1377.68



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1111	59620	Cesárea (solamente), después de haber intentado un parto vaginal en una paciente que previamente tuvo un parto por cesárea	1599.84
1112	59812	Legrado uterino (Tratamiento de aborto incompleto)	472.50
1113	59813	Aspiración manual endouterina (AMEU)	243.00
1114	61000	Punción evacuadora subdural a través de la fontanela, o sutura, lactante, unilateral o bilateral	132.01
1115	61020	Punción ventricular a través de agujero de trépano previo, fontanela, sutura, o catéter/reservorio implantado, con/sin inyección	176.75
1116	61050	Punción cisternal o cervical lateral (C1-C2); con/sin inyección (procedimiento separado)	184.89
1117	61070	Punción de tubo de derivación o reservorio para aspiración o procedimiento de inyección	87.82
1118	61105	Perforación con trépano helicoidal para punción subdural o ventricular o para implantación de catéter ventricular o dispositivo de registro de presión	318.61
1119	61108	Perforación con trépano helicoidal para evacuación y/o drenaje de hematoma subdural	942.02
1120	61120	Agujeros de trépano para punción ventricular (incluyendo inyección de gas, medio de contraste, colorante, o material radiactivo), no seguido de otra cirugía	809.82
1121	61150	Trepanación; con drenaje/aspiración/evacuación de absceso, quiste, hematoma subdural/extradural/intracerebral	1334.95
1122	61210	Agujero(s) de trépano para implantación de catéter ventricular, reservorio, electrodos de EEG, o dispositivo para registro de presión	439.60
1123	61250	Agujero(s) de trépano para exploración, supratentorial o infratentorial, no seguido de otra cirugía	1049.13
1124	61304	Craniectomía o craneotomía exploratoria supra o infratentorial	1091.48
1125	61312	Craniectomía o craneotomía para evacuación de hematoma supratentorial, extradural, subdural o intracerebral	1944.81
1126	61314	Craniectomía o craneotomía para evacuación de hematoma infratentorial, extradural, subdural o intracerebral	1712.34
1127	61320	Craniectomía o craneotomía para drenaje de absceso intracraneal, supra o infratentorial	2477.47
1128	61330	Descompresión de la órbita, abordaje transcraneal (puede incluir extirpación de cuerpo extraño)	1504.94
1129	61340	Otra descompresión craneal, supratentorial, o fosa posterior	1719.64
1130	61440	Craneotomía para sección de la tienda del cerebelo (procedimiento separado)	2861.77
1131	61450	Craniectomía para fines diversos (por ejemplo, procedimiento de descompresión de raíz sensorial o ganglio de Gasser, descompresión de nervios craneales, tractotomía medular, tractotomía mesencefálica, pedunculotomía)	2433.85
1132	61490	Craneotomía para lobotomía, incluyendo cingulotomía	2372.16
1133	61500	Craniectomía, para excisión de lesión ósea, osteomielitis	1474.21
1134	61531	Implantación subdural de tiras de electrodos a través de uno o más agujeros de trepanación para monitorización de largo plazo de crisis convulsivas	1284.86
1135	61533	Craneotomía con elevación de colgajo óseo; para implantación subdural de plancha de electrodos, para monitorización de largo plazo de crisis convulsivas, excisión de foco epileptógeno, coagulación de plexo coroideo, etc)	1949.57
1136	61570	Craniectomía o craneotomía para excisión de cuerpo extraño, o tratamiento de herida penetrante de cerebro	2237.68
1137	61575	Abordaje transoral hacia la base del cráneo, tallo encefálico o médula espinal alta para biopsia, descompresión o excisión de lesión;	2244.95



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1138	61576	Abordaje transoral hacia la base del cráneo, tallo encefálico o médula espinal alta para biopsia, descompresión o excisión de lesión, que requiera división de la lengua o maxilar (incluyendo traqueostomía)	4604.58
1139	61580	Abordaje craneofacial a la fosa anterior extra e intradural	2219.24
1140	61584	Abordaje orbitocraneal a la fosa anterior, extradural, incluyendo osteotomía del arco supraorbitario y elevación de lóbulos frontal y/o temporal con/sin exenteración orbital	2730.96
1141	61586	Abordaje bicoronal, transzigomático y/u osteotomía de Le Fort I a la fosa anterior con o sin fijación interna, sin injerto óseo	2006.59
1142	61590	Abordaje infratemporal pre o postauricular a la fosa media	2255.60
1143	61592	Abordaje cigomático orbitocraneal a la fosa media	2219.24
1144	61595	Abordaje transtemporal, transoclear, transcondileo o transpetroso a la fosa posterior	2219.24
1145	61600	Resección o escisión de lesión neoplásica, vascular o infecciosa de la base de la fosa anterior, extradural o intradural	2006.59
1146	61605	Resección o escisión de lesión neoplásica, vascular o infecciosa de la fosa infratemporal, espacio parafaríngeo, apex petroso, extradural o intradural	3261.76
1147	61607	Resección o escisión de lesión neoplásica, vascular o infecciosa en la región paraselar, seno cavernoso, clíva o línea media de la base del cráneo, extradural o intradural	3261.76
1148	61609	Transección o ligadura, arteria carótida en el seno cavernoso; con/sin corrección (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	1924.11
1149	61611	Transección o ligadura, arteria carótida a nivel del canal petroso; con/sin corrección (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	2107.76
1150	61613	Obliteración de aneurisma carotídeo, de malformación arteriovenosa, o de fistula carótida-cavernosa mediante disección dentro de los límites del seno cavernoso	3261.76
1151	61615	Resección o escisión de lesión neoplásica, vascular o infecciosa de la base de la fosa posterior, foramen yugular, foramen magnum, o cuerpos vertebrales C1-C3, extradural o intradural	3261.76
1152	61618	Corrección secundaria de la dura por escape de líquido cefalorraquídeo (LCR), fosa anterior, media o posterior, después de cirugía de la base del cráneo	1400.49
1153	61624	Oclusión transcáteter o embolización (p. ej. para destrucción de tumor, obtener hemostasia, ocluir una malformación vascular), percutánea, cualquier método	1607.17
1154	61850	Agujero(s) de trepanación o con trépano helicoidal para implantación de electrodos neuroestimuladores; cortical	1145.40
1155	61860	Craniectomía o craneotomía para implantación de electrodos neuroestimuladores, cerebral; cortical	1832.87
1156	61862	Perforación helicoidal, trepanación craneotomía, o craniectomía para la implantación estereotáctica de un neuroestimulador en ubicación subcortical (p. ej. tálamo, globus pallidus, núcleos subtalámicos, periventricular, sustancia gris periacueductal)	1698.50
1157	61870	Craniectomía para implantación de electrodos neuroestimuladores, cerebelar	1317.34
1158	61880	Revisión o remoción de electrodos neuroestimuladores intracraneales	408.91
1159	61885	Incisión y colocación subcutánea de generador de pulsos neuroestimuladores craneales, acoplamiento directo o inductivo	739.57
1160	61888	Revisión o remoción de generador de pulsos neuroestimulador o sintonizador craneales	356.47
1161	62000	Elevación de fractura de cráneo deprimida	1184.41



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1162	62100	Craneotomía para corrección de escape dural de LCR, incluyendo cirugía para rinoarraquidorra	1645.58
1163	62140	Craneoplastia por defecto del cráneo	1109.35
1164	62142	Remoción o reemplazo de colgajo óseo o de placa protésica del cráneo	1042.14
1165	62145	Craneoplastia por defecto del cráneo con cirugía cerebral reparadora	1652.84
1166	62146	Craneoplastia con injerto autólogo (incluye la obtención de injertos óseos)	1550.68
1167	62180	Ventriculocisternostomía (operación de Torkildsen)	1584.15
1168	62190	Creación de derivación	1134.59
1169	62194	Reemplazo o irrigación de catéter	389.07
1170	62200	Ventriculocisternostomía	1525.31
1171	62230	Reemplazo o revisión de derivación de LCR	925.66
1172	62256	Remoción de sistema completo de derivación de LCH	860.33
1173	62263	Lisis percutánea de adherencias epidurales mediante inyección de solución (p.ej. Solución salina hipertónica, enzimas) o por medios mecánicos (p.ej. Catéter) incluyendo localización radiológica (incluye contraste cuando éste es administrado)	556.52
1174	62270	Punción espinal, lumbar, diagnóstica o terapéutica	124.98
1175	62273	Inyección, epidural, de sangre o parche de fibrina	168.09
1176	62280	Inyección/infusión de sustancia neuroilítica (p. ej. alcohol, fenol, solución salina fría); con o sin otra sustancia terapéutica	184.89
1177	62284	Procedimiento de inyección para mielografía y/o tomografía axial computarizada, espinal (que no sea C1-C2 o fosa posterior)	132.01
1178	62287	Procedimiento de aspiración o descompresión, percutánea, de núcleo pulposo de disco intervertebral, cualquier método, uno solo o varios niveles, lumbar (p.ej. Disquectomía percutánea manual o automática, disquectomía percutánea con láser)	686.69
1179	62290	Procedimiento de inyección para discografía, cada nivel	369.78
1180	62292	Procedimiento de inyección para quimionucleolisis, incluyendo discografía, disco intervertebral, uno solo o varios niveles, lumbar	686.69
1181	62310	Inyección, única (no mediante catéter instalado), sin incluir sustancias neuroilíticas, con o sin contraste (sea para localización o epidurografía), de sustancias diagnósticas o terapéuticas (incluyendo anestésicos, opioides, esteroides, otras soluciones), epidural o subaracnoideo	132.01
1182	62318	Inyección, incluyendo colocación de catéter, infusión continua o bolos intermitentes, sin incluir sustancias neuroilíticas, con o sin contraste (sea para localización o para epidurografía), de sustancias diagnósticas o terapéuticas (incluyendo anestésicos, antiespasmódicos, opioides, esteroides, otras soluciones), epidural o subaracnoideo	175.65
1183	62350	Implantación, revisión o reposicionamiento de catéter intratecal o epidural, para manejo a largo plazo del dolor via una bomba externa o reservorio/bomba de infusión implantables; con/sin laminectomía	646.73
1184	62355	Remoción de catéter intratecal o epidural previamente implantado	478.64
1185	62360	Implantación o reemplazo de dispositivo para infusión intratecal o epidural de fármacos	416.41
1186	62365	Remoción de reservorio o bomba subcutánea previamente implantada para infusión intratecal o epidural	377.62
1187	62367	Análisis electrónico de bomba programable implantada para la infusión intratecal o epidural de fármacos (incluye evaluación de los estados del reservorio, de la alarma, y de la prescripción de sustancias)	88.23



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1188	63001	Laminectomía con exploración y/o descompresión de médula espinal o cola de caballo, sin facetectomía, foraminotomía o discectomía. (p. ej. estenosis espinal), uno o dos segmentos vertebrales	1141.94
1189	63012	Laminectomía con extirpación de facetas articulares anormales y/o de pars interarticularis con descompresión de cola de caballo y raíces neurales por espondilolistesis lumbar (procedimiento de Gill)	896.85
1190	63015	Laminectomía con exploración y/o descompresión de médula espinal o cola de caballo, sin facetectomía, foraminotomía o discectomía. (p. ej. estenosis espinal), más de 2 segmentos vertebrales	1272.92
1191	63020	Laminotomía (hemilaminectomía) con descompresión de raíces neurales, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o escisión de disco intervertebral herniados	898.70
1192	63040	Laminotomía (hemilaminectomía) con descompresión de raíces neurales, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o escisión de disco intervertebral herniado, reexploración	1353.36
1193	63045	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía (unilateral o bilateral con descompresión de médula espinal, cola de caballo y/o raíces neurales, (p. ej. estenosis espinal o estenosis del receso lateral), un solo segmento vertebral	1014.93
1194	63048	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía (unilateral o bilateral con descompresión de médula espinal, cola de caballo y/o raíces neurales, (p. ej. estenosis espinal o estenosis del receso lateral), un solo segmento vertebral; cada segmento adicional, cervical, torácico, o lumbar (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	597.90
1195	63055	Abordaje transpedicular con descompresión de la médula espinal, cola de caballo y/o raíces neurales (p. ej. disco intervertebral herniado), un solo segmento;	1858.28
1196	63057	Abordaje transpedicular de cada segmento adicional, torácico o lumbar (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	358.74
1197	63064	Abordaje costovertebral con descompresión de médula espinal o raíces neurales, (p. ej. disointervertebral herniado), torácico	2161.33
1198	63066	Abordaje costovertebral para cada segmento adicional (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	250.82
1199	63075	Discectomía anterior con descompresión de médula espinal y/o raíces neurales, incluyendo osteoflectomía; cervical o torácica	1683.36
1200	63076	Disquectomía anterior, cervical o torácica, cada interespacio adicional (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	250.82
1201	63081	Corpectomía vertebral (resección de cuerpo vertebral), parcial o completa, con descompresión de médula espinal y/o de raíces neurales; cervical, torácico, lumbar, sacra	2378.75
1202	63082	Corpectomía vertebral adicional, cervical, torácico, lumbar, sacra (registrar cuantas veces sea necesario)	326.18
1203	63170	Laminectomía con mielotomía (p. ej. tipo Bischof o DREZ (zona de entrada de la raíz dorsal), cervical, torácico, o toracolumbar	1373.37
1204	63180	Laminectomía y sección de ligamentos dentados, con o sin injerto dural, cervical	1322.05
1205	63185	Laminectomía con rizotomía	1293.45
1206	63191	Laminectomía con sección de nervio accesorio espinal	1091.12
1207	63194	Laminectomía con cordotomía, con sección de un haz espinotalámico, un estadio, cervical o torácica	1584.15
1208	63196	Laminectomía con cordotomía, con sección de ambos haces espinotalámicos, un estadio, cervical o torácica	1504.94
1209	63198	Laminectomía con cordotomía con sección de ambos haces espinotalámicos, dos estadios en un periodo de 14 días; cervical o torácica	1636.09



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1210	63200	Laminectomía, con liberación de médula espinal amarrada, lumbar	1773.11
1211	63265	Laminectomía para escisión o evacuación de lesión intraespinal que no sea neoplasia, extradural	1848.42
1212	63300	Corpectomía vertebral extradural	2609.41
1213	63304	Corpectomía vertebral intradural	2746.75
1214	63610	Estimulación estereotáxica de la médula espinal, percutánea, procedimiento separado no seguido de otra operación quirúrgica	766.70
1215	63650	Implantación, revisión o remoción percutánea de electrodo neuroestimulador; anejeo, epidural	501.73
1216	63655	Laminectomía para implantación de electrodo neuroestimulador; placa/paleta, epidural	694.45
1217	63685	Incisión y colocación subcutánea del generador o receptor de pulsos neuroestimuladores espinal, acoplamiento directo o inductivo	618.28
1218	63688	Revisión o remoción del generador o receptor de pulsos neuroestimuladores de espina implantado	338.65
1219	63740	Creación de derivación, lumbar, subaracnoidea-peritoneal, -pleural, u otra, que pueda requerir laminectomía	677.42
1220	63744	Reemplazo, irrigación o revisión de derivación lumbosubaracnoidea	711.37
1221	63746	Remoción de la totalidad del sistema de derivación lumbosubaracnoideo, sin reemplazo	564.70
1222	64400	Inyección de agente anestésico en nervio periférico	103.85
1223	64470	Inyección, agente anestésico y/o esteroide, carilla articular paravertebral o carilla articular nerviosa	96.00
1224	64479	Inyección, agente anestésico y/o esteroide, epidural transfórmen	130.83
1225	64505	Inyección, agente anestésico en ganglio esfenopalatino, seno carotídeo o ganglio estrellado	87.82
1226	64520	Inyección, agente anestésico en plexo celíaco o a nivel lumbar o torácico	184.89
1227	64550	Aplicación de neuroestimulador de superficie (transcutáneo)	80.26
1228	64553	Implantación percutánea de electrodos neuroestimuladores en nervio craneal, nervio periférico, nervio autónomo o a nivel neuromuscular	156.22
1229	64573	Incisión para implantación de electrodos neuroestimuladores; nervio craneal	658.68
1230	64575	Incisión para implantación de electrodos neuroestimuladores en nervio craneal, nervio autónomo, o a nivel neuromuscular	382.78
1231	64585	Revisión o remoción de electrodos neuroestimuladores periféricos	168.09
1232	64590	Incisión y colocación subcutánea de generador o receptor de pulsos neuroestimuladores periférico, acoplamiento directo o inductivo	175.65
1233	64595	Revisión o remoción de generador o receptor de pulsos neuroestimuladores periférico	175.65
1234	64600	Destrucción mediante agente neuro lítico, nervio trigémino; ramas supraorbital, infraorbital, mentoniana, o alveolar inferior	213.24
1235	64605	Destrucción mediante agente neuro lítico, nervio trigémino; ramas de segunda y tercera división con/sin monitorización radiológica	556.61
1236	64612	Destrucción mediante agente neuro lítico (quimiodenervación de placa neuromuscular); músculos inervados por el nervio facial (p. ej. para blefaroespasma, espasmo hemifacial) o músculos espinales cervicales	125.41
1237	64620	Destrucción mediante agente neuro lítico; nervio intercostal, nervio de faceta articular paravertebral lumbar, nervio pudendo, u otros nervios o ramas neurales periféricas	213.24
1238	64623	Destrucción mediante agente neuro lítico en niveles adicional (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	87.82



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1239	64680	Destrucción mediante agente neuroilítico, plexo celiaco, con o sin monitorización radiológica	213.24
1240	64702	Neuroplastia; digital, una o ambas, el mismo dígito	351.29
1241	64704	Neuroplastia, en nervio de la mano/pie, o en nervio periférico de brazo o pierna; diferente de los nervios especificados	702.59
1242	64712	Neuroplastia de nervio ciático, plexo braquial, plexo lumbar	1053.88
1243	64716	Neuroplastia y/o transposición, nervio craneal (especifique), nervio cubital (a nivel de codo) (a nivel de muñeca), nervio mediano (a nivel de tunel del carpo)	480.71
1244	64727	Neurolisis interna, que requiera el uso de microscopio quirúrgico (anote separadamente además del código para neuroplastia) (la neuroplastia incluye a la neurolisis externa)	739.57
1245	64831	Sutura de nervio digital, mano o pie; por cada nervio suturado	466.36
1246	64834	Sutura de un nervio, mano o pie: nervio sensorial común, tenar motor mediano, motor cubital	603.29
1247	64837	Sutura de cada nervio adicional, mano o pie (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	352.82
1248	64840	Sutura de nervio tibial posterior	972.26
1249	64856	Sutura de nervio periférico mayor, brazo o pierna, excepto ciático; con/sin transposición	1055.75
1250	64858	Sutura del nervio ciático	1304.70
1251	64859	Sutura de cada nervio periférico mayor adicional (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	369.78
1252	64861	Sutura de plexo braquial o plexo lumbar	1787.88
1253	64864	Sutura del nervio facial; extracraneal o infratemporal	1373.37
1254	64866	Anastomosis; facial-accesorio espinal, facial-hipogloso, facial-frénico	1373.37
1255	64872	Sutura de nervio; que requiera sutura secundaria o diferida, movilización extensa, transposición de nervio o acortamiento de hueso de la extremidad (debe anotarse por separado el código de la neurografía primaria, o de la sutura de nervio según corresponda)	351.29
1256	64885	Injerto de nervio (incluye la obtención del injerto), cabeza o cuello	1373.37
1257	64890	Injerto de nervio (incluye la obtención del injerto), hebra única, brazo, mano, pierna o pie	1234.32
1258	64895	Injerto de nervio (incluye la obtención del injerto), varias hebras (cable), brazo, mano, pierna o pie	1682.03
1259	64901	Injerto de nervio; cada nervio adicional; hebra única (anote separadamente además del código del procedimiento primario) 64902 varias hebras (cable) (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	686.69
1260	64902	Injerto de nervio, múltiples hebras [anotar separadamente además del código para el procedimiento primario]	1373.37
1261	64905	Transferencia de pedículo neural; primer o segundo estadio	1502.05
1262	65091	Evisceración de contenidos oculares; con/sin implante	541.20
1263	65101	Enucleación del ojo; con/sin implante, con/sin unión de músculos al implante	836.20
1264	65125	Modificación de un implante ocular con colocación o reemplazo de clavijas (p. ej. construcción de un receptáculo para apéndice protésico) (procedimiento separado)	739.57
1265	65130	Inserción de implante ocular, secundario	524.71
1266	65150	Reinserción de implante ocular	675.30
1267	65175	Remoción de implante ocular	501.65
1268	65205	Extirpación de cuerpo extraño, ojo externo; nivel conjuntival, subconjuntival, escleral, o corneal; con/sin uso de lámpara de hendidura	82.90



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1269	65235	Extirpación de cuerpo extraño, intraocular, de la cámara anterior o cristalino	528.05
1270	65260	Extirpación de cuerpo extraño, intraocular, del segmento posterior, magnética o no magnética	905.78
1271	65270	Corrección de laceración; conjuntiva	258.14
1272	65275	Corrección de laceración; cornea con/sin extirpación de cuerpo extraño con/sin compromiso de esclerótica sin compromiso uveal	430.24
1273	65285	Corrección de laceración; cornea con/sin compromiso de esclerótica con compromiso uveal	1003.29
1274	65286	Corrección de laceración; con aplicación de pegamento de tejido, para heridas de cornea y/o esclerótica	483.91
1275	65290	Corrección de herida, músculo extraocular, tendón y/o cápsula de Tenon	369.78
1276	65710	Queratoplastia (trasplante de córnea)	1226.39
1277	65815	Paracentesis de cámara anterior, con remoción de sangre, con/sin irrigación y/o inyección de aire	396.04
1278	66220	Corrección de estafiloma escleral; sin injerto	528.05
1279	66225	Corrección de estafiloma escleral; con injerto	792.07
1280	66250	Revisión o corrección de herida operatoria del segmento anterior, cualquier tipo, temprana o tardía, procedimiento mayor o menor	627.06
1281	66830	Extirpación de catarata membranosa secundaria (opacidad capsular posterior y/o hialoide anterior) con sección corneo-escleral, con o sin iridectomía (indocapsulotomía, iridocapsulectomía)	554.67
1282	66840	Extirpación de material del cristalino; técnica de aspiración, uno o más estadios	554.67
1283	66850	Extirpación de material del cristalino; por facofragmentación, vía pars plana, intra o extracapsular	828.58
1284	66983	Extracción de catarata intracapsular con inserción de prótesis del cristalino (procedimiento en un estadio)	752.47
1285	66984	Extirpación de catarata extracapsular con inserción de prótesis de cristalino (procedimiento en una fase), técnica manual o mecánica (p.ej. Irrigación, aspiración o facoemulsificación)	752.47
1286	66985	Inserción de prótesis de cristalino intraocular (implante secundario), no asociada con extirpación concurrente de catarata	660.06
1287	66986	Intercambio de cristalino intraocular	783.82
1288	67101	Corrección de desprendimiento de retina, una o más sesiones; crioterapia, diatermia, fotocoagulación con o sin drenaje de fluido subretinal	586.30
1289	67107	Corrección de desprendimiento de retina; excepto mediante inyección de aire u otro gas	1465.66
1290	67110	Corrección de desprendimiento de retina; mediante inyección de aire u otro gas	626.43
1291	67115	Liberación de material circundante (segmento posterior)	543.08
1292	67120	Remoción de material implantado, segmento posterior; intra o extraocular	676.98
1293	67141	Profilaxis desprendimiento de retina (ej. rotura de retina, degeneración en empalizada) sindrenaje, 1 o más sesiones; crioterapia, diatermia o fotocoagulación	399.55
1294	67413	Orbitotomía con/sin colgajo óseo o ventana ósea; con extirpación de cuerpo extraño	1031.72
1295	67570	Descompresión del nervio óptico (p. ej. incisión o fenestración de la vaina del nervio óptico)	1141.62
1296	67700	Blefarotomía, drenaje de absceso, párpado	122.95
1297	67875	Cierre provisorio de párpados mediante sutura (p. ej. sutura de Frost)	116.81
1298	67900	Corrección de ptosis de cejas (abordajes supracliliar, mediofrontal o coronal)	501.65



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1299	67901	Corrección de blefaroptosis	486.07
1300	67909	Reducción de sobrecorrección de ptosis	474.25
1301	67911	Corrección de retracción de párpado	351.29
1302	67930	Sutura de herida reciente, párpado, que involucre borde del párpado, tarso y/o conjuntiva palpebral, cierre directo; espesor parcial	225.38
1303	67935	Sutura de herida reciente, párpado, que involucre borde del párpado, tarso y/o conjuntiva palpebral, cierre directo; espesor total	426.88
1304	67938	Extirpación de cuerpo extraño internalizado, párpado	184.89
1305	67950	Cantoplastia (reconstrucción de canto)	370.00
1306	67961	Excisión y corrección del párpado, involucrando borde del párpado, tarso, conjuntiva, canto, o espesor total, puede incluir la preparación para injerto cutáneo o colgajo pediculado con transferencia de tejido adyacente o rearreglo	826.86
1307	67971	Reconstrucción de párpado, espesor total mediante transferencia de colgajo tarsoconjuntival del párpado opuesto	836.67
1308	68320	Conjuntivoplastia; con injerto conjuntival o con injerto de membrana mucosa bucal	457.30
1309	68326	Conjuntivoplastia, reconstrucción fondo de saco (cul de sac conjuntival); con injerto conjuntival o con injerto de membrana mucosa bucal	608.46
1310	68700	Corrección plástica de canaliculos	528.05
1311	68720	Dacriocistorinostomia	743.73
1312	68745	Conjuntivorinostomia	743.73
1313	68750	Conjuntivorinostomia con inserción de tubo	865.66
1314	68801	Dilatación de punto lagrimal (punctum lacrimale), con o sin irrigación	87.82
1315	68810	Sondeo de conducto nasolagrimal, con o sin irrigación, con/sin anestesia general	248.40
1316	68815	Sondeo de conducto nasolagrimal, con o sin irrigación, con inserción de catéter dilatador	702.59
1317	68840	Sondeo de conductos lagrimales, con o sin irrigación	175.65
1318	68850	Inyección de medio de contraste para dacriocistografía	184.89
1319	69000	Drenaje de oído externo, absceso o hematoma	209.86
1320	69020	Drenaje de conducto auditivo externo, absceso	255.28
1321	69200	Extirpación de cuerpo extraño del conducto auditivo externo; sin anestesia general	55.76
1322	69205	Extirpación de cuerpo extraño del conducto auditivo externo; con anestesia general	300.99
1323	69310	Reconstrucción de conducto auditivo externo (meatoplastia) (p. ej. estenosis debida a trauma, infección) (procedimiento separado)	739.57
1324	69610	Corrección de la membrana timpánica, con o sin preparación del sitio o perforación para cierre, con o sin parche	351.29
1325	69620	Miringoplastia (cirugía confinada a la membrana timpánica y región donante)	528.05
1326	69631	Timpanoplastia sin mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, aticotomía y/o cirugía del oído medio), inicial o revisión	858.19
1327	69635	Timpanoplastia con antrotomía o mastoidotomía (incluyendo conductoplastia, aticotomía, cirugía del oído medio, y/o corrección de la membrana del tímpano)	1098.98
1328	69641	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio, corrección de la membrana del tímpano)	1299.51
1329	69710	Implantación o reemplazo de dispositivo de audición de conducción ósea electromagnético en el hueso temporal	321.22



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1330	69711	Remoción o corrección de dispositivo de audición de conducción ósea electromagnético en el hueso temporal	1109.35
1331	69720	Descompresión del nervio facial, intratemporal; lateral o incluyendo parte medial al ganglio geniculado	1431.88
1332	69740	Sutura del nervio facial, intratemporal, con o sin injerto o descompresión; lateral o incluyendo parte medial al ganglio geniculado	1405.17
1333	69930	Implantación de dispositivo cóclea, con o sin mastoidectomía	1580.82
1334	69950	Sección del nervio vestibular, abordaje transcraneal	1756.47
1335	69955	Descompresión total del nervio facial y/o corrección (puede incluir injerto)	1848.91
1336	69960	Descompresión del conducto auditivo interno	1756.47
1337	69990	Uso del microscopio quirúrgico (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	316.90
1338	D7250	Extracciones quirúrgicas dentales	755.63
1339	41822	Excisión de tuberosidades, lesiones o tumor de estructuras dentoalveolares	682.74
1340	41828	Excisión de mucosa alveolar hiperplásica	682.74
1341	41830	Alveolectomía, incluyendo legrado de osteitis o secuestrectomía	755.63
1342	D7310	Alveoplastias	901.42
1343	D2181	Tratamientos restauradores (con amalgama, silicato, otros materiales)	47.64
1344	D2710	Tratamientos restauradores (con incrustaciones, coronas)	91.53
1345	D2799	Otros tratamientos restauradores	72.21
1346	D3110	Endodoncias, recubrimientos pulpar	55.90
1347	D3220	Endodoncias, pulpotomías	76.35
1348	D3221	Endodoncias, tratamiento de canales	76.35
1349	D3450	Endodoncias, tratamiento periapical	55.90
1350	D5110	Dentadura completa - maxilar o mandibular	72.21
1351	D7220	Exodoncia compleja	81.33
1352	D1110	Profilaxis dental (antibióticoprofilaxis en traumatismo facial severo)	39.88
1353	70010	Mielografía, fosa posterior, supervisión e interpretación radiológicas	202.42
1354	70030	Examen radiológico, ojo, para detectar cuerpo extraño	28.92
1355	70100	Examen radiológico, mandíbula; parcial, menos de cuatro vistas	30.62
1356	70110	completo, por lo menos cuatro vistas	42.53
1357	70120	Examen radiológico, mastoides; menos de tres vistas por lado	30.62
1358	70130	Examen radiológico, mastoides; completo, mínimo de tres vistas por lado	54.94
1359	70134	Examen radiológico, meatos auditivos internos, completo	57.83
1360	70140	Examen radiológico, huesos faciales; menos de tres vistas	32.32
1361	70150	huesos faciales; completo, mínimo de tres vistas	44.23
1362	70160	Examen radiológico, huesos nasales, completo, mínimo de tres vistas	28.92
1363	70170	Dacriocistografía, conducto nasolagrimal, supervisión e interpretación radiológicas	51.03
1364	70190	Examen radiológico; forámenes ópticos	35.72
1365	70200	órbitas, completo, mínimo de cuatro vistas	47.63
1366	70210	Examen radiológico, senos paranasales, menos de tres vistas	28.92
1367	70220	Examen radiológico, senos paranasales, completo, mínimo de tres incidencias	42.53
1368	70240	Examen radiológico, silla turca	32.32
1369	70250	Examen radiológico, cráneo, menos de 4 incidencias	67.50



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1370	70260	completo, mínimo de cuatro vistas, con o sin estereotáctico	57.83
1371	70300	Examen radiológico, dientes; vista única	17.01
1372	70310	examen parcial, menos de la boca entera	25.86
1373	70320	completo, boca entera	37.42
1374	70328	Examen radiológico, articulación temporomandibular, boca abierta y cerrada; unilateral	30.62
1375	70330	bilateral	40.82
1376	70332	Articulación temporomandibular, artrografía, supervisión e interpretación radiológicas	91.85
1377	70336	Imágenes por resonancia magnética (p. ej., de protones), articulación temporomandibular	251.75
1378	70350	Cefalograma ortodóntico	28.92
1379	70355	Ortopantograma	32.32
1380	70360	Examen radiológico, cuello, tejido blando	28.92
1381	70370	faringe o laringe, incluyendo técnica de fluoroscopia y/o técnica de aumento	51.71
1382	70371	Evaluación dinámica compleja de la faringe y evaluación foniátrica por grabación en cine o vídeo	135.74
1383	70373	Laringografía de contraste, supervisión e interpretación radiológicas eliminado, vea 31708, 70373)	74.84
1384	70380	Examen radiológico, glándula salival para detectar cálculo	28.92
1385	70390	Sialografía, supervisión e interpretación radiológicas	764.26
1386	71010	Examen radiológico, tórax; vista única, frontal	36.74
1387	71015	estereotáctico, frontal	42.87
1388	71020	Examen radiológico, tórax, dos vistas, frontal y lateral;	44.91
1389	71021	con procedimiento lordótico apical	52.36
1390	71022	con proyecciones oblicuas	63.28
1391	71030	Examen radiológico, tórax, completo, mínimo de cuatro vistas;	60.11
1392	71035	Examen radiológico, tórax, vistas especiales (p. ej., decúbito lateral, estudios de Bucky)	36.74
1393	71036	Biopsia de aguja de lesión intratorácica, incluyendo placas de seguimiento, orientación fluoroscópica solamente, supervisión e interpretación radiológicas	1146.38
1394	71040	Bronquiografía unilateral, supervisión e interpretación radiológicas	112.47
1395	71060	Bronquiografía bilateral, supervisión e interpretación radiológicas	151.05
1396	71090	Inserción de marcapasos, fluoroscopia y radiografía, supervisión e interpretación radiológicas	110.22
1397	71100	Examen radiológico, costillas, unilateral; dos vistas	44.91
1398	71101	incluyendo el tórax posteroanterior, mínimo de tres vistas	55.11
1399	71110	Examen radiológico, costillas, bilateral; tres vistas	55.11
1400	71111	incluyendo el tórax posteroanterior, mínimo de cuatro vistas	62.05
1401	71120	Examen radiológico; esternón, mínimo de dos vistas	40.82
1402	71130	articulación o articulaciones esternocaviculares, mínimo de tres vistas	44.91
1403	72010	Examen radiológico, columna vertebral completa, estudio de exploración, anteroposterior y lateral	49.61
1404	72020	Examen radiológico, columna vertebral, vista única, especifique nivel	30.62
1405	72040	Examen radiológico, columna vertebral cervical; anteroposterior y lateral	44.91
1406	72050	mínimo de cuatro vistas	63.28



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1407	72052	completo, incluyendo estudios oblicuos, de flexión y/o de extensión	73.48
1408	72069	Examen radiológico, columna vertebral toracolumbar, de pie (escoliosis)	44.91
1409	72070	Examen radiológico, columna vertebral; torácica, anteroposterior y lateral	44.91
1410	72072	torácica, anteroposterior y lateral, incluyendo vista de nadador de la unión cervicotorácica	44.91
1411	72074	torácica completa, incluyendo vistas oblicuas, mínimo de cuatro vistas	44.91
1412	72080	toracolumbar, anteroposterior y lateral	44.91
1413	72090	estudio de escoliosis, incluyendo estudios en posición supina y erguida	57.15
1414	72100	Examen radiológico, columna vertebral lumbosacral; anteroposterior y lateral	44.91
1415	72110	completo, con vistas oblicuas	63.28
1416	72114	completo, incluyendo vistas en posición doblada	73.48
1417	72120	Examen radiológico, columna vertebral lumbosacral, vistas en posición doblada solamente, mínimo de cuatro vistas	44.91
1418	72170	Examen radiológico, pelvis; anteroposterior solamente	34.70
1419	72200	Examen radiológico, articulaciones sacroiliacas; menos de tres vistas	34.70
1420	72202	tres o más vistas	38.78
1421	72220	Examen radiológico, sacro y cóccix, mínimo de dos vistas	34.70
1422	72240	Mielografía cervical, supervisión e interpretación radiológicas	2292.77
1423	72255	Mielografía torácica, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1424	72265	Mielografía lumbosacral, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1425	72270	Mielografía de canal espinal completo, supervisión e interpretación radiológicas	2292.77
1426	72275	Epidurografía, supervisión radiológica e interpretación	91.85
1427	72285	Discografía, cervical o torácica, supervisión e interpretación radiológicas	187.45
1428	72295	Discografía lumbar, supervisión e interpretación radiológicas	141.18
1429	73000	Examen radiológico; clavícula, completo	32.66
1430	73010	escápula, completo	34.70
1431	73020	Examen radiológico, hombro; una vista	30.62
1432	73040	Examen radiológico, hombro, artrografía, supervisión e interpretación radiológicas	110.22
1433	73050	Examen radiológico; articulaciones acromioclaviculares, bilateral, con o sin distracción ponderada	40.82
1434	73060	húmero, mínimo de dos vistas	34.70
1435	73070	Examen radiológico, codo; vista anteroposterior y lateral	30.62
1436	73085	Examen radiológico, codo, artrografía, supervisión e interpretación radiológicas	110.22
1437	73090	Examen radiológico; antebrazo, vista anteroposterior y lateral	32.66
1438	73092	extremidad superior, lactante, mínimo de dos vistas	32.66
1439	73100	Examen radiológico, muñeca, vista anteroposterior y lateral	32.66
1440	73115	Examen radiológico, muñeca, artrografía, supervisión e interpretación radiológicas	110.22
1441	73120	Examen radiológico, mano; dos vistas	32.66
1442	73130	mínimo de tres vistas	34.70
1443	73140	Examen radiológico, dedos de manos, mínimo de dos vistas	26.54
1444	73500	Examen radiológico, cadera, unilateral; una vista	34.70



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1445	73520	Examen radiológico, cadera, bilateral, mínimo de dos vistas de cada cadera, incluyendo la vista anteroposterior de la pelvis	53.07
1446	73525	Examen radiológico, cadera, artrografía, supervisión e interpretación radiológicas	1146.38
1447	73530	Examen radiológico, cadera, durante un procedimiento quirúrgico	59.19
1448	73540	Examen radiológico, pelvis y caderas, lactante o niño, mínimo de dos vistas	38.78
1449	73542	Examen radiológico, artrografía de articulación sacroiliaca, supervisión radiológica e interpretación	1146.38
1450	73550	Examen radiológico, fémur, vista anteroposterior y lateral	34.70
1451	73560	Examen radiológico, rodilla; una o dos vistas	34.70
1452	73562	tres vistas	36.74
1453	73564	completo, cuatro o más vistas	44.91
1454	73565	ambas rodillas, posición de pie, anteroposterior	34.70
1455	73580	Examen radiológico, rodilla, artrografía, supervisión e interpretación radiológicas eliminado, (vea 27370, 73580)	1146.38
1456	73590	Examen radiológico; tibia y fibula, vista anteroposterior y lateral	34.70
1457	73592	extremidad inferior, lactante, mínimo de dos vistas	32.66
1458	73600	Examen radiológico, tobillo; vista anteroposterior y lateral	32.66
1459	73615	Examen radiológico, tobillo, artrografía, supervisión e interpretación radiológicas	1146.38
1460	73620	Examen radiológico, pie; vista anteroposterior y lateral	32.66
1461	73650	Examen radiológico, calcáneo, mínimo de dos vistas	32.66
1462	73660	dedos de los pies, mínimo de dos vistas	26.54
1463	74000	Examen radiológico, abdomen; vista única anteroposterior	35.44
1464	74010	vista anteroposterior y vistas adicionales oblicuas y cónicas	50.86
1465	74020	completo, incluyendo en posición de decúbito y/o erguida	59.71
1466	74022	serie completa de abdomen agudo, incluyendo vistas en posición supina, erguida, y/o de decúbito, vista posteroanterior del tórax en posición erguida	67.22
1467	74190	Peritoneograma (p. ej., después de inyectar aire o material de contraste), supervisión e interpretación radiológicas	106.14
1468	74210	Examen radiológico; faringe y/o esófago cervical	58.17
1469	74220	esófago	78.25
1470	74230	Función de deglución, faringe y/o esófago, con cineradiografía y/o video	90.15
1471	74235	Extracción de cuerpos extraños esofágicos, mediante el uso de balón de cateterización, supervisión e interpretación radiológicas	192.30
1472	74240	Examen radiológico, tracto gastrointestinal superior; con o sin placas retrasadas, sin KUB	111.50
1473	74245	con intestino delgado, incluyendo placas múltiples seriadas	147.05
1474	74246	Examen radiológico, tracto gastrointestinal superior, contraste de aire, con bario específico de alta densidad, agente efervescente, con o sin glucagón; con o sin placas retrasadas, sin KUB	117.37
1475	74249	con seguimiento de intestino delgado	154.79
1476	74250	Examen radiológico, intestino delgado, incluye múltiples placas seriadas,	79.95
1477	74251	via tubo de enteroclis	117.37
1478	74260	Duodenografía hipotónica	85.05
1479	74270	Examen radiológico, colon, enema de bario, con o sin KUB	117.37
1480	74280	contraste de aire con bario específico de alta densidad, con o sin glucagón	168.40



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1481	74283	Enema terapéutico, de material de contraste o de aire, para la reducción de intususcepción u otra obstrucción intraluminal (p. ej. ileo meconial)	326.42
1482	74290	Colecistografía, contraste oral;	54.43
1483	74291	examen adicional o repetido o examen en días múltiples	34.02
1484	74320	Colangiografía percutánea transhepática, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1485	74327	Extracción postquirúrgica de cálculos biliares por vía percutánea con tubo T, cesta o lazo	2413.44
1486	74328	Cateterización endoscópica del sistema de conductos biliares, supervisión e interpretación radiológicas	119.07
1487	74329	Cateterización endoscópica del sistema de conductos pancreáticos, supervisión e interpretación radiológicas	119.07
1488	74330	Cateterización endoscópica combinada de los sistemas de conductos biliares y pancreáticos supervisión e interpretación radiológicas	145.44
1489	74340	Introducción de tubo gastrointestinal largo (p. ej., Miller-Abbott), incluyendo múltiples fluoroscopias y placas, supervisión e interpretación radiológicas	91.85
1490	74350	Colocación percutánea de tubo de gastrostomía, supervisión e interpretación radiológicas	804.48
1491	74355	Colocación percutánea de tubo de enteroclisia, supervisión e interpretación radiológicas	804.48
1492	74360	Dilatación intraluminal de constricciones y/o obstrucciones (p. ej., esófago), supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1493	74363	Dilatación percutánea transhepática de constricción del conducto biliar con o sin colocación de catéter dilatador, supervisión e interpretación radiológicas	3057.03
1494	74400	Urografía (pielografía) intravenosa, con o sin KUB, con o sin tomografía	150.03
1495	74410	Urografía, infusión, técnica de goteo y/o técnica de bolo;	150.03
1496	74415	con nefrotomografía	150.03
1497	74420	Urografía retrógrada, con o sin KUB	110.22
1498	74425	Urografía anterógrada (pielostograma, nefrostograma, estudio de asas), supervisión e interpretación radiológicas	1146.38
1499	74430	Cistografía, mínimo de tres vistas, supervisión e interpretación radiológicas	108.86
1500	74440	Vasografía, vesiculografía o epididimografía, supervisión e interpretación radiológicas	122.81
1501	74450	Uretrocistografía retrógrada, supervisión e interpretación radiológicas	112.27
1502	74455	Uretrocistografía con micción, supervisión e interpretación radiológicas	56.13
1503	74475	Introducción percutánea de intracatéter o catéter en la pelvis renal para drenar y/o inyectar, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1504	74480	Introducción percutánea de catéter uretral o catéter dilatador en la uretra a través de la pelvis renal para drenar y/o inyectar, supervisión e interpretación radiológicas	1608.96
1505	74485	Dilatación de nefrostomía, uréteres o uretra, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1506	75600	Aortografía torácica, sin estudio seriado, supervisión e interpretación	1146.38
1507	75605	Aortografía torácica por estudio seriado, supervisión e interpretación	1146.38
1508	75625	Aortografía abdominal, por estudio seriado, supervisión e interpretación radiológicas	1146.38
1509	75630	Aortografía abdominal más iliofemoral bilateral de las extremidades inferiores, catéter, por estudio seriado, supervisión e interpretación	1528.51
1510	75650	Angiografía cervicocerebral, catéter, incluyendo origen del vaso, supervisión e interpretación radiológicas intravenoso	2413.44



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1511	75658	Angiografía braquial retrógrada, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1512	75660	Angiografía, carótida externa, unilateral y selectiva, supervisión e interpretación radiológicas	1608.96
1513	75662	Angiografía, carótidas externas, bilateral y selectiva, supervisión e interpretación radiológicas	2038.02
1514	75665	Angiografía, carótida, cerebral, unilateral, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1515	75671	Angiografía, carótida, cerebral, bilateral, supervisión e interpretación radiológicas	2292.77
1516	75676	Angiografía, carótida, cervical, unilateral, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1517	75680	Angiografía, carótida, cervical, bilateral, supervisión e interpretación radiológicas	2413.44
1518	75685	Angiografía vertebral, cervical y/o intracraneal, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1519	75705	Angiografía espinal selectiva, supervisión e interpretación radiológicas	3821.28
1520	75710	Angiografía, extremidad, unilateral, supervisión e interpretación radiológicas	1019.01
1521	75716	Angiografía, extremidades, bilateral, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1522	75722	Angiografía renal unilateral, selectiva (incluyendo aortograma de perfusión), supervisión e interpretación radiológicas	1019.01
1523	75724	Angiografía renal bilateral, selectiva (incluyendo aortograma de perfusión), supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1524	75728	Angiografía visceral selectiva o supraselectiva (con o sin aortograma de perfusión), supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1525	75731	Angiografía adrenal unilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológicas	1019.01
1526	75733	Angiografía adrenal bilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1527	75736	Angiografía pélvica, selectiva o supraselectiva, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1528	75741	Angiografía pulmonar unilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológicas	1072.64
1529	75743	Angiografía pulmonar bilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1530	75756	Angiografía mamaria interna, supervisión e interpretación radiológicas	1146.38
1531	75774	Angiografía selectiva, cada vaso adicional estudiado después del examen básico, supervisión e interpretación radiológicas	764.26
1532	75790	Angiografía de derivación arteriovenosa, (p. ej., paciente de diálisis), supervisión e interpretación radiológicas	1608.96
1533	75801	Linfangiografía, extremidad solamente, unilateral, supervisión e interpretación radiológicas	137.78
1534	75803	Linfangiografía, extremidad solamente, bilateral, supervisión e interpretación radiológicas	189.07
1535	75805	Linfangiografía pélvica/abdominal, unilateral, supervisión e interpretación radiológicas	137.78
1536	75807	Linfangiografía pélvica/abdominal, bilateral, supervisión e interpretación radiológicas	199.02
1537	75809	Estudio de derivación para investigar una derivación implantada, no vascular, previamente colocada (p. ej., derivación LeVeen, derivación ventriculoperitoneal), supervisión e interpretación radiológicas	1072.64
1538	75810	Esplenoportografía, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1539	75820	Venografía, extremidad, unilateral, supervisión e interpretación radiológicas	119.07
1540	75822	Venografía, extremidad, bilateral, supervisión e interpretación radiológicas	180.31



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1541	75825	Venografía de la cava inferior, con estudio seriado, supervisión e interpretación radiológicas	1019.01
1542	75827	Venografía de la cava superior, con estudio seriado, supervisión e interpretación radiológicas	1019.01
1543	75831	Venografía renal unilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológicas	1019.01
1544	75833	Venografía renal bilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1545	75840	Venografía adrenal unilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológicas	184.22
1546	75842	Venografía adrenal bilateral, selectiva, supervisión e interpretación radiológicas	253.45
1547	75860	Venografía por catéter en el seno o yugular, supervisión e interpretación radiológicas para el procedimiento intra-arterial, 75860)	1528.51
1548	75870	Venografía, seno sagital superior, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1549	75872	Venografía epidural, supervisión e interpretación radiológicas	184.22
1550	75880	Venografía orbital, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1551	75885	Portografía transhepática percutánea con evaluación hemodinámica, supervisión e interpretación radiológicas	3057.03
1552	75887	Portografía transhepática percutánea sin evaluación hemodinámica, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1553	75889	Venografía hepática, cuneiforme o libre, con evaluación hemodinámica, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1554	75891	Venografía hepática, cuneiforme o libre, sin evaluación hemodinámica, supervisión e interpretación radiológicas	1019.01
1555	75893	Obtención de muestra venosa por catéter, con o sin angiografía (p. ej., para paratohormona, renina), supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1556	75894	Terapia transcáteter, embolización, cualquier método, supervisión e interpretación radiológicas	4826.88
1557	75896	Terapia transcáteter, infusión, cualquier método (p. ej., trombolisis excepto coronaria), supervisión e interpretación radiológicas	6114.05
1558	75898	Angiograma a través de catéter ya colocado, para estudio de seguimiento para la terapia de transcáteter, embolización o infusión	280.67
1559	75900	Intercambio de catéter arterial previamente colocado durante terapia trombolítica con control de contraste, supervisión e interpretación radiológicas	83.35
1560	75940	Colocación percutánea de filtro intravenoso (IVC) supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1561	75960	Introducción transcáteter de catéteres dilatadores intravasculares (vaso no coronario), por vía percutánea y/o a cielo abierto, supervisión e interpretación radiológicas, cada vaso	2292.77
1562	75961	Rescate transcáteter percutáneo de cuerpo extraño intravascular (p. ej., catéter venoso o arterial fracturado), supervisión e interpretación radiológicas	764.26
1563	75962	Angioplastia transluminal de balón, arteria periférica, supervisión e interpretación radiológicas	3057.03
1564	75964	Angioplastia transluminal de balón, cada arteria periférica adicional, supervisión e interpretación radiológicas (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	61.24
1565	75978	Angioplastia transluminal de balón, venosa (p. ej., estenosis subclávica), supervisión e interpretación radiológicas	3217.92
1566	75980	Drenaje biliar transhepático percutáneo con control de contraste, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1567	75982	Colocación percutánea de catéter de drenaje para el drenaje biliar interno y externo, combinado, o de un catéter dilatador de drenaje para el drenaje biliar interno en pacientes con obstrucción biliar mecánica inoperable, supervisión e interpretación radiológicas	3057.03



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1568	75984	Cambio de tubo percutáneo o catéter de drenaje con control de contraste (p. ej., sistema gastrointestinal, sistema genitourinario, absceso), supervisión e interpretación radiológicas	509.50
1569	75989	Orientación radiológica para el drenaje percutáneo de un absceso o para obtención de una muestra (esdecir, fluoroscopia, ultrasonido o tomografía computadorizada), con colocación de catéter implantado, supervisión e interpretación radiológicas	1528.51
1570	76000	Fluoroscopia (procedimiento separado), hasta una hora de tiempo médico, excepto 71023 ó 71034 (p.ej., fluoroscopia cardíaca)	28.92
1571	76001	Fluoroscopia, tiempo médico de más de una hora, asistencia a un médico no radiólogo (p. ej., nefrostotomía, ERCP, broncoscopia, biopsia transbronquial)	113.97
1572	76005	Guía fluoroscópica y localización de aguja o punta de catéter para procedimientos de inyección diagnóstica y terapéutica en columna o paravertebral (epidural, epidural transforamen, subaracnoideo, carilla articular paravertebral, carilla articular paravertebral nerviosa o articulación sacroiliaca), incluyendo destrucción por agente neurofítico	1528.51
1573	76511	Ultrasonido oftálmico, ecografía diagnóstica; rastreo A solamente, con determinación cuantitativa de la amplitud	74.03
1574	76512	rastreo B de contacto (con o sin rastreo A simultáneo)	51.98
1575	76513	ultrasonido de segmento anterior, rastreo B de inmersión (baño de agua) o biomicroscopia de alta resolución	51.98
1576	76529	Ubicación ultrasónica oftálmica de cuerpos extraños	44.89
1577	76604	Ecografía, tórax, rastreo B (incluye el mediastino) y/o en tiempo real con documentación de la imagen (opacidades pulmonares, colecciones líquidas pleurales)	43.31
1578	76645	Ecografía, mamas (unilateral o bilateral), rastreo B y/o en tiempo real con documentación de la imagen	42.53
1579	76700	Ecografía abdominal, rastreo B y/o en tiempo real con documentación de la imagen; completa	102.60
1580	76705	limitada (p. ej., órgano único, cuadrante, seguimiento, hígado, vesícula y vías biliares, páncreas, bazo, sistema porta, colecciones líquidas peritoneales)	60.75
1581	76770	Ecografía retroperitoneal (p. ej., renal, aorta, ganglios), rastreo B y/o en tiempo real con documentación de la imagen; completa	115.43
1582	76775	limitada	67.50
1583	76800	Ecografía, canal espinal y contenido	88.99
1584	76805	Ecografía, útero grávido, rastreo B y/o en tiempo real con documentación de la imagen; completa (evaluación fetal y materna completa)	74.06
1585	76810	completa (evaluación fetal y materna completa), gestación múltiple, después del primer trimestre	147.38
1586	76811	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna más examen anatómico fetal detallado, abordaje transabdominal; gestación única o primera	102.60
1587	76815	limitada (tamaño fetal, latido cardíaco, ubicación de la placenta, posición fetal o emergencia en la sala de parto)	48.63
1588	76816	de seguimiento o repetida	44.89
1589	76818	Perfil biofísico fetal, con test no estresante	109.01
1590	76830	Ecografía transvaginal	83.36
1591	76856	Ecografía pélvica (no obstétrica), rastreo B y/o en tiempo real con documentación de la imagen; completa (útero, ovarios, vejiga, próstata, vesículas seminales)	54.34
1592	76870	Ecografía, escroto y contenido	50.40



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1593	76872	Ecoografía transrectal	54.34
1594	76930	Orientación ultrasónica para la pericardiocentesis, supervisión e interpretación radiológicas	471.76
1595	76934	Orientación ultrasónica para la toracentesis o paracentesis abdominal, supervisión e interpretación radiológicas	353.82
1596	76936	Corrección de compresión guiada por ultrasonido de pseudoaneurisma arterial o fistulas arteriovenosas mediante compresión guiada por ultrasonido (incluye evaluación de diagnóstico por ultrasonido, compresión de la lesión y obtención de imágenes)	707.64
1597	70450	Tomografía axial computadorizada, cabeza o cerebro; sin material de contraste	320.63
1598	70480	Tomografía axial computadorizada, órbita, silla turca o fosa posterior, u oído externo, medio o interno; sin material de contraste	550.42
1599	70486	Tomografía axial computadorizada, zona maxilofacial; sin material de contraste	333.45
1600	70490	Tomografía axial computarizada, tejido blando del cuello; sin material de contraste	320.63
1601	71250	Tomografía axial computadorizada, tórax; sin material de contraste	320.63
1602	72125	Tomografía axial computarizada, columna vertebral cervical; sin material de contraste	320.63
1603	72128	Tomografía axial computadorizada, columna vertebral torácica; sin material de contraste	320.63
1604	72131	Tomografía axial computadorizada, columna vertebral lumbar; sin material de contraste	320.63
1605	72192	Tomografía axial computadorizada, pelvis; sin material de contraste	304.59
1606	73200	Tomografía axial computadorizada, extremidad superior; sin material de contraste	320.63
1607	73700	Tomografía axial computarizada, extremidad inferior; sin material de contraste	320.63
1608	74150	Tomografía axial computadorizada, abdomen; sin material de contraste	320.63
1609	80100	Drogas, evaluación o confirmación; drogas de clases únicas o múltiples, cada procedimiento	68.66
1610	80150	Amikacina	100.95
1611	80152	Amitriptilina	102.52
1612	80154	Benzodiazepinas en sangre	70.47
1613	80156	Carbamacepina	50.12
1614	80158	Ciclosporina	68.84
1615	80160	Desipramina	68.84
1616	80162	Digoxina	42.64
1617	80164	Ácido dipropilacético (ácido valproico)	50.12
1618	80166	Doxepina	68.84
1619	80168	Etosuximida	74.72
1620	80170	Gentamicina	82.16
1621	80172	Oro	68.84
1622	80174	Imiprimina	68.84
1623	80176	Lidocaina	87.55
1624	80178	Litio	38.48
1625	80182	Nortriptilina	101.99
1626	80184	Fenobarbital	42.64
1627	80185	Fenitoína; total	47.62



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1628	80188	libre	52.26
1629	80188	Primidona	40.51
1630	80190	Procainamida:	74.03
1631	80192	con metabolitos (p. ej., n-acetilprocainamida)	77.93
1632	80194	Quinidina	60.32
1633	80196	Salicilato	40.51
1634	80197	Tacrolimus	68.84
1635	80198	Teofilina	40.51
1636	80200	Tobramicina	81.14
1637	80201	Topiramato	68.84
1638	80202	Vancomicina	89.15
1639	80500	Consulta profesional de patología clínica; limitada, sin revisión de la historia médica y registros médicos del paciente	34.02
1640	80502	completa, para un problema de diagnóstico complejo, con revisión de la historia médica y registros médicos del paciente	51.03
1641	81000	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para la bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; no automatizado, con microscopia	13.76
1642	81001	automatizado, con microscopia	12.03
1643	81002	no automatizado, sin microscopia	11.43
1644	81003	automatizado, sin microscopia	11.43
1645	81005	Análisis de orina; cualitativo o semicuantitativo, excepto inmunoensayos (sedimento urinario)	9.78
1646	81007	determinación de bacteriuria, por técnica sin cultivo, kit comercial (especifique el tipo)	12.03
1647	81015	microscópica solamente	12.03
1648	81020	prueba de vidrio, dos o tres	12.03
1649	81025	Pregnosticon (diagnóstico de embarazo) all in	14.99
1650	81133	Potasio (24 hrs.)	10.93
1651	82274	Pruebas de bioquímica. Banda I. Otras pruebas: sangre oculta en heces [1-3 determinaciones simultáneas, cualitativa], capacidad de ligar cianocobalamina, prueba de estabilidad de lecitina-esfingomielina, pH corporal [excepto sangre]	10.59
1652	82088	Pruebas de bioquímica. Banda II. Dosaje de Aldosterona	19.54
1653	82101	Pruebas de bioquímica. Banda III. Ácidos inorgánicos, orgánicos, metabolitos y otros: Dosaje de Alcaloides en orina, cuantitativo	34.63
1654	82164	Dosaje de Angiotensina I - enzima convertidora de la angiotensina I (ACE)	49.32
1655	82175	Pruebas de bioquímica. Dosaje de Arsénico	67.14
1656	83632	Dosaje de Lactógeno, placentario humano (HPL), somatomotropina coriónica humana	78.67
1657	84150	Pruebas de bioquímica. Dosaje de prostaglandina	154.45
1658	85002	Tiempo de coagulación y sangría	10.63
1659	85007	Recuento sanguíneo; recuento manual diferencial de leucocitos (incluye la morfología de eritrocitos y estimación de plaquetas)	59.92
1660	85008	examen manual de extendido de sangre sin parámetros diferenciales	28.40
1661	85009	recuento diferencial de leucocitos, capa de leucocitos	36.84



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1662	85013	hematocrito	7.50
1663	85018	hemoglobina	9.55
1664	85021	hemograma automatizado	28.40
1665	85023	hemograma y recuento de plaquetas automatizados, y recuento manual diferencial de leucocitos (CBC)	21.26
1666	85027	hemograma y recuento de plaquetas automatizados	38.26
1667	85031	Recuento sanguíneo; hemograma, manual, completo (CBC) (eritrocitos, leucocitos, hemoglobina, hematocrito, diferencial e índices)	18.02
1668	85032	Constantes corpusculares	6.70
1669	85041	Recuento sanguíneo; eritrocitos solamente	23.62
1670	85044	Recuento sanguíneo; recuento eritrocitos [manual, por citometría de flujo]	11.50
1671	85046	reticulocitos, concentración de hemoglobina	10.92
1672	85048	leucocitos	14.48
1673	85060	Sangre periférica, extendido, interpretación por médico con informe escrito	6.70
1674	85095	Médula ósea; aspiración solamente	43.81
1675	85097	interpretación del extendido solamente, con o sin recuento diferencial de células	4.10
1676	85102	Biopsia de médula ósea, con aguja o trocar	76.78
1677	85170	Retracción de coágulo	11.50
1678	85175	Tiempo de lisis del coágulo, dilución de sangre entera	9.29
1679	85210	Coagulación. Se usará este código para registrar cualquiera de estas pruebas cuantas veces sea necesario: factor II, V, VII, VIII [un estadio, antígeno relacionado a, cofactor de la ristocelina, antígeno VW, análisis multimétrico de VW], IX, X, XI, XII, XIII [estabilizador de fibrina, evaluación de solubilidad de estabilizador de fibrina], ensayo de precalicreína, ensayo de cininógeno de alto peso molecular, actividad de antitrombina III, ensayo antigénico de antitrombina III, proteína C [antígeno, actividad] proteína S [total, libre]	33.49
1680	85335	Prueba de inhibidores de factores	35.25
1681	85337	Trombomodulina	35.25
1682	85345	Tiempo de coagulación; Lee y White	9.29
1683	85347	activada	9.29
1684	85348	otros métodos	8.83
1685	85362	Degradación (escisión) de la fibrina o fibrinógeno, productos (FDP)(FSP); extendido de aglutinación semicuantitativo	24.34
1686	85366	para coagulación	35.25
1687	85378	Productos de degradación de la fibrina, dímero D; semicuantitativos	35.25
1688	85379	cuantitativos	35.25
1689	85384	Fibrinógeno; actividad	22.27
1690	85385	antígeno	35.25
1691	85390	Fibrinolisinias o detección de coagulopatías, interpretación e informe	35.25
1692	85400	Factores fibrinolíticos y sus inhibidores. Usar este código para registrar los siguientes análisis tantas veces como sea necesario; plasmina, alfa-2-antiplasmina, activador del plasminógeno, plasminógeno [excepto el ensayo antigénico]	35.25
1693	85441	Corpúsculos de Heinz; directos	33.49
1694	85445	inducidos con acetilfenilhidrazina	35.25



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1695	85460	Hemoglobina fetal o eritrocitos fetales, para hemorragia materno-fetal, lisis diferencial	33.49
1696	85461	roseta	35.25
1697	85475	Hemolisina ácida	35.25
1698	85520	Ensayo de heparina	35.25
1699	85525	Neutralización de heparina	33.49
1700	85530	Heparina-protamina, prueba de tolerancia	35.25
1701	85535	Tinción de hierro (extendidos de eritrocitos o de médula ósea)	35.25
1702	85540	Fosfatasa alcalina leucocitaria, con recuento	35.25
1703	85547	Fragilidad mecánica de eritrocitos	35.25
1704	85555	Fragilidad osmótica de eritrocitos; sin incubación	11.50
1705	85557	con incubación	11.50
1706	85576	Plaquetas; agregación (in vitro), cada agente	28.40
1707	85585	estimación en el extendido solamente	28.40
1708	85590	recuento manual	7.37
1709	85595	recuento automatizado	17.08
1710	85597	Plaquetas, neutralización	28.40
1711	85610	Tiempo de protrombina;	24.87
1712	85612	Tiempo de veneno de víbora de Russell (incluye el veneno); sin dilución	24.87
1713	85613	con dilución	24.87
1714	85651	Velocidad de sedimentación de eritrocitos; no automatizada	6.70
1715	85652	automatizada	6.70
1716	85660	Formación falciforme de eritrocitos, reducción	6.70
1717	85670	Tiempo de trombina; plasma	19.68
1718	85705	Inhibición de tromboplastina, tisular	26.09
1719	85730	Tiempo de tromboplastina parcial (PTT); en plasma o sangre entera	25.62
1720	85810	Viscosidad	28.40
1721	86000	Aglutinaciones tífy, paratífy o Brucella	18.46
1722	86038	Anticuerpos anti-nucleares (AAN)	35.89
1723	86060	Antiestreptolisina C; título	21.26
1724	86063	evaluación	34.10
1725	86077	Servicios médicos de banco de sangre; homologación difícil y/o evaluación de anticuerpos irregulares, interpretación e informe escrito	35.89
1726	86078	investigación de reacción de transfusión incluyendo sospecha de enfermedad transmisible, interpretación e informe escrito	35.89
1727	86140	Proteína C-reactiva	25.49
1728	86147	Cardiolipina, anticuerpo, (fosfolípido)	56.11
1729	86148	Anticuerpo anti-fosfatidilserina (fosfolípido)	56.11
1730	86156	Crioaglutinina; evaluación	11.78
1731	86160	Complemento, antígeno, cada componente	48.86
1732	86161	actividad funcional, cada componente	51.43
1733	86162	Complemento total hemolítico (CH 50)	38.46
1734	86171	Complemento, pruebas de fijación, cada antígeno	38.46
1735	86215	Desoxirribonucleasa, anticuerpo contra	63.35



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1736	86225	Anti DNA (ss)	60.18
1737	86226	Anti DNA Nativo (ds)	36.68
1738	86235	Anticuerpos contra antígeno nuclear (RNP, SS-A, SS-B, Sm)	54.74
1739	86255	Anticuerpos fluorescentes contra agente no infeccioso; detección, cada anticuerpo	54.74
1740	86256	titulo, cada anticuerpo	54.74
1741	86280	Prueba de inhibición de la hemaglutinación (HAI)	57.62
1742	86308	Anticuerpos heterófilos: evaluación	54.74
1743	86310	titulos después de la absorción con células de res y riñón de cobayo	57.62
1744	86320	Inmunolectroforesis suero	47.28
1745	86325	Inmunolectroforesis, otros líquidos	47.28
1746	86327	cruzada (ensayo bidimensional)	47.28
1747	86334	Electroforesis con inmunofijación	49.77
1748	86337	Anticuerpos contra la insulina	29.94
1749	86340	Anticuerpos contra el factor intrínseco	31.52
1750	86344	Fagocitosis leucocitaria	31.52
1751	86359	Linfocitos T, recuento total	38.83
1752	86380	Linfocitos T, recuento absoluto de CD4 y CD8	60.90
1753	86381	recuento absoluto de CD4	60.90
1754	86376	Anticuerpos microsomales (p. ej., contra tiroides o hígado-riñón), cada uno	60.90
1755	86378	Prueba de factor de inhibición de la migración (MIF)	64.10
1756	86580	Prueba cutánea para Tuberculosis (PPD)	17.79
1757	86585	tuberculosis, prueba "punta"	17.79
1758	86586	antígenos que no aparecen en la lista, cada uno	17.79
1759	86588	Estreptococo beta hemolítico (prueba rápida)	12.51
1760	86590	Estreptocinasa, anticuerpos contra	17.95
1761	86592	Prueba de sífilis cualitativa (VDRL, RPR, ART)	7.99
1762	86593	cuantitativa	7.99
1763	86622	Bruceosis, anticuerpos	22.71
1764	86625	campilobacteria	22.71
1765	86628	Cándida albicans, anticuerpos	23.19
1766	86641	Cryptococcus	26.96
1767	86644	Citomegalovirus, anticuerpos	33.48
1768	86645	citomegalovirus (CMV), IgM	33.48
1769	86648	difteria	33.48
1770	86651	encefalitis, California (La Crosse)	33.48
1771	86652	encefalitis, equina oriental	33.48
1772	86653	encefalitis, Saint Louis	33.48
1773	86654	encefalitis, equina occidental	31.81
1774	86687	HTLV-1	102.87
1775	86688	HTLV-11	102.87
1776	86689	HTLV o HIV 1, anticuerpos, prueba de confirmación (Western Blot)	199.91
1777	86692	hepatitis, agente delta	67.33



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1778	86694	herpes simple, prueba de tipo no específico	56.49
1779	86698	Histoplasma, anticuerpos	21.58
1780	86701	HIV-1, anticuerpos	43.29
1781	86702	HIV-2, anticuerpos	41.12
1782	86703	HIV-1 y HIV-2, análisis único	43.29
1783	86704	Hepatitis B, anticuerpos (HBcAb) Ig G e Ig M	43.29
1784	86705	Hepatitis B, anticuerpos (HBcAb) Ig M	54.45
1785	86706	Hepatitis B, anticuerpos (HBsAb)	44.51
1786	86707	Anticuerpo contra la hepatitis Be (HBeAb)	60.08
1787	86708	Hepatitis A, anticuerpos (HAAb) Ig G e Ig M	54.45
1788	86709	Hepatitis A, anticuerpos (HAAb) Ig M	44.49
1789	86750	Plasmodio (malaria)	31.31
1790	86762	Rubeola, anticuerpos	41.63
1791	86768	Salmonella	20.81
1792	86771	Shigella	19.77
1793	86774	tétano	20.81
1794	86777	Toxoplasma gondii, anticuerpos	46.00
1795	86778	toxoplasma, IgM	46.00
1796	86781	FTA - absorbido, prueba de confirmación Treponema pallidum	49.92
1797	86784	trichinella	49.92
1798	86787	Varicela zoster, anticuerpos	23.83
1799	86790	virus, no especificado en otro lugar	23.83
1800	86803	Hepatitis C, anticuerpos	61.24
1801	86804	prueba de confirmación (p. ej. "immunoblot")	58.18
1802	86880	Coombs directo, test de	17.01
1803	86885	Coombs indirecto, cualitativo	17.01
1804	86886	Coombs indirecto (titulación), test de	70.28
1805	86890	Sangre o componente autólogo: obtención, procesado y almacenamiento	129.28
1806	86899	Grupo sanguíneo y factor Rh	8.51
1807	86900	Tipificación ABO	8.51
1808	86906	Fenotipificación Rh	79.82
1809	86920	Prueba de compatibilidad	32.32
1810	86920A	Prueba cruzada	32.32
1811	86920B	Células Panel	144.59
1812	86920C	Células Pantalla	59.54
1813	86920D	Tamizaje de Sangre o componentes (GS y Rh, Hto, Hb, VIH, Hepatitis B - superficie y core, antichagas, Anti HTLV I y II, Ant HC, VDRL, detección de Acs irregulares, Pruebas de compatibilidad	201.99
1814	86920E	Plasmaferesis	170.10
1815	86920F	Plaquetas por Aferesis	170.10
1816	87040	Hemocultivo y antibiograma	42.53
1817	87045	Coprocultivo y antibiograma	46.02
1818	87070	Mielocultivo y antibiograma	47.51



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1819	87087	Urocultivo y antibiograma	40.28
1820	87106	Cultivo para hongos	14.71
1821	87116	Cultivo para BK	29.93
1822	87162	Cultivo de secreciones (faringea, uretral, faginal, esputo, heridas, otros)	31.63
1823	87163	Cultivo de líquidos corporales (LCR, pleural, ascítico, pericárdico, amniótico, otros)	31.63
1824	87177	Parasitológico - directo y concentrado	12.53
1825	87207	Gota gruesa	5.36
1826	87211	Parasitológico - sedimentación en copa	12.55
1827	87220	Examen directo para hongos (KOH)	5.98
1828	87272	Cryptosporidium / Giardia, detección de antígenos	28.06
1829	87274	Herpes simple, detección de antígenos	26.65
1830	87276	Virus de influenza A, detección de antígenos	24.04
1831	87340	Hepatitis B, detección de antígeno de superficie (HBs Ag)	22.90
1832	89050	Recuento celular en líquidos corporales varios (p. ej., líquido cefalorraquídeo, pleural, articular, pericárdico, ascítico), excepto sangre:	6.38
1833	88000	Necropsia (autopsia) adulto	461.69
1834	88012	Necropsia (autopsia) niño	396.69
1835	88141	Papanicolaou	25.52
1836	88172	Citología de aspiración con aguja fina	76.55
1837	88300	Estudio macroscópico de pieza operatoria	109.98
1838	88302	Estudio histopatológico de pieza operatoria. Puede incluir microscopía electrónica según necesidad	316.61
1839	88318	Estudio histopatológico de pieza operatoria con técnicas de inmunohistoquímica o inmunofluorescencia	267.31
1840	88318.01	Biopsia Quirúrgica con pieza operatoria (o pieza operatoria grande)	272.69
1841	88318.02	Biopsia (o pieza operatoria mediana)	223.39
1842	88318.03	Biopsia (o pieza operatoria pequeña)	198.73
1843	90744	Vacuna de la hepatitis B, dosis pediátrica o pediátrica/adolescente (esquema de 3 dosis), para uso intramuscular	32.06
1844	90780	Infusión intravenosa de terapia o diagnóstico, administrada por el médico o bajo su supervisión directa, hasta una hora	68.68
1845	90781	cada hora adicional, hasta ocho (8) horas (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	72.29
1846	90782	Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especifique el material inyectado): subcutánea o intramuscular	10.63
1847	90783	intraarterial	25.25
1848	90784	intravenosa	16.83
1849	90788	Inyección intramuscular de antibiótico (especifique)	10.10
1850	90804	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual en consultorio de 30 minutos de duración, cara a cara	59.54
1851	90805	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual en consultorio de 45-60 minutos de duración, cara a cara	72.47
1852	90808	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afronte cognitivo conductual en consultorio de 75-90 minutos de duración, cara a cara	85.48



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1853	90810	Psicoterapia individual, de tipo interactivo con implementos de juego, físicos, intérprete de idioma, u otros medios de comunicación no verbal, en un consultorio de 60 minutos de duración, cara a cara	208.37
1854	90845	Psicoanálisis	103.44
1855	90846	Psicoterapia de la familia en ambiente ambulatorio con o sin la presencia del paciente	83.76
1856	90847	Psicoterapia de la familia en ambiente de internamiento con o sin la presencia del paciente	88.95
1857	90849	Psicoterapia de familias múltiples, incluyendo programas psico-educativos para familias en ambientes ambulatorios o de internamiento	51.90
1858	90853	Psicoterapia de grupo (excepto grupos de familias múltiples)	46.71
1859	90857	Psicoterapia interactiva de grupo	51.90
1860	90935	Procedimiento de hemodiálisis con una sola evaluación médica	170.10
1861	90937	Procedimiento de hemodiálisis que requiere evaluaciones repetidas, con o sin revisión substancial de la prescripción de diálisis	513.38
1862	90945	Procedimiento de diálisis distinto a la hemodiálisis (p. ej., peritoneal, hemofiltración), con una sola evaluación médica	148.84
1863	90947	Procedimiento de diálisis distinto a la hemodiálisis (p. ej., peritoneal, hemofiltración), que requiere evaluaciones repetidas, con o sin revisión substancial de la prescripción de diálisis	311.21
1864	90999.01	Hemofiltración con una sola evaluación	159.94
1865	90999.02	Hemofiltración con evaluaciones repetidas en 24 horas	423.39
1866	91100	Tubo para sangrado intestinal, inserción, posicionamiento y control	27.78
1867	91105	Lavado gástrico por sonda nasogástrica	67.50
1868	92002	Servicios oftalmológicos: examen médico y evaluación médica, con inicio de un programa de diagnóstico y tratamiento, intermedios, paciente nuevo	159.04
1869	92015	Determinación del estado de refracción	17.01
1870	92018	Examen y evaluación oftalmológicos bajo anestesia general, con o sin manipulación del globo ocular para determinar la amplitud del movimiento, u otra manipulación para facilitar el examen diagnóstico, completos	240.37
1871	92019	limitado	236.76
1872	92020	Gonioscopia	66.87
1873	92060	Examen sensorimotor con mediciones múltiples de la desviación ocular (p. ej., músculo restrictivo o parético con diplopia) con interpretación e informe	124.70
1874	92065	Entrenamiento ortóptico y/o pleóptico, con dirección y evaluación médicas continuadas	66.87
1875	92081	Examen de campo visual uni o bilateral, con interpretación e informe; examen limitado (p. ej., pantalla tangente, Autoplot, perímetro de arco, o prueba automatizada de nivel de estímulo único, tal como Octopus 3 ó 7 equivalente)	65.06
1876	92082	examen intermedio (p. ej., por lo menos 2 isópteros en el perímetro Goldmann, o programa de clasificación evaluación semi cuantitativo, automatizado y supraumbral, prueba de diagnóstico automático supraumbral de Humphrey, programa Octopus 33)	79.52
1877	92083	examen extendido (p. ej., campos visuales Goldman con graficación de por lo menos 3 isópteros y determinación estática dentro de los 30° centrales, o perimetría cuantitativa y automatizada de umbral, programa Octopus G-1, 32 ó 42, analizador de campo visual Humphrey con programas de umbral completos 30-2, 24-2, o 30/60-2) los servicios oftalmológicos generales y no se informan por separado)	90.37



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1878	92100	Tonometría seriada (procedimiento separado) con mediciones múltiples de la presión intraocular a lo largo de un período prolongado y con interpretación e informe, en el mismo día (p. ej., curva diurna o tratamiento médico del aumento agudo de la presión intraocular)	166.27
1879	92120	Tonografía con interpretación e informe, método de tonómetro de registro de indentación o método de succión perilábica	154.10
1880	92130	Tonografía con provocación por agua	146.39
1881	92135	Imágenes computarizadas de barrido para diagnóstico oftálmico (p. ej., barrido con láser), con interpretación e informe, unilateral	63.26
1882	92225	Oftalmoscopia extendida con dibujo retinal (p. ej., por desprendimiento de la retina, melanoma), con interpretación e informe; inicial	68.68
1883	92226	subsiguiente	62.78
1884	92330	Prescripción, colocación y suministro de prótesis ocular (ojo artificial), con supervisión médica de la adaptación	190.24
1885	92502	Examen de otorrinolaringología bajo anestesia general	72.29
1886	92506	Evaluación del habla, lenguaje, voz, comunicación, procesamiento auditivo, y/o rehabilitación del estado auditivo	39.11
1887	92511	Nasofaringoscopia con endoscopio (procedimiento separado)	40.22
1888	92516	Estudios de función de los nervios faciales (p. ej., electroneuronografía)	30.30
1889	92520	Estudios de función de la laringe	36.39
1890	92525	Evaluación de la deglución y función oral para la alimentación	87.03
1891	92526	Tratamiento de la disfunción de la deglución y/o función oral para la alimentación	31.89
1892	92531	Nistagmo espontáneo, incluyendo la mirada	47.54
1893	92532	Nistagmo de posición	45.16
1894	92533	Prueba vestibular calórica, cada irrigación (la estimulación binaural, bitérmica constituye cuatro pruebas)	45.16
1895	92534	Nistagmo optocinético	47.54
1896	92541	Prueba de nistagmo espontáneo, incluyendo el nistagmo de mirada y de fijación, con registro	19.15
1897	92542	Prueba de nistagmo de posición, mínimo de 4 posiciones, con registro	15.80
1898	92543	Prueba vestibular calórica, cada irrigación (la estimulación binaural, bitérmica constituye cuatro pruebas), con registro	4.79
1899	92544	Prueba de nistagmo optocinético, bidireccional, estimulación de la fosa o periférica, con registro	12.45
1900	92545	Prueba de seguimiento oscilante, con registro	11.01
1901	92546	Prueba rotacional de eje vertical sinusoidal	13.88
1902	92547	Empleo de electrodos verticales (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	52.56
1903	92548	Posturografía dinámica computadorizada	23.94
1904	92551	Prueba de evaluación, tonos puros, transmitidos por aire solamente	69.52
1905	92552	Audiometría de tonos puros (umbral), transmitidos por aire solamente	66.04
1906	92553	transmitidos por aire y hueso	69.52
1907	92555	Umbral de audiometría para el habla;	67.75
1908	92556	con reconocimiento del habla	71.31
1909	92557	Evaluación completa del umbral de audiometría y reconocimiento del habla (92553 y 92556 combinados)	73.70
1910	92559	Pruebas audiométricas de grupos	66.79



Nº	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1911	92560	Audiometría de Békésy; evaluación y diagnóstico	140.04
1912	92562	Prueba de balance del volumen, binaural alternada o monoaural	73.70
1913	92563	Prueba de decaimiento del tono	70.02
1914	92564	Índice de sensibilidad a los incrementos breves (SISI)	70.02
1915	92565	Prueba de Stenger, tonos puros	75.38
1916	92567	Timpanometría (prueba de impedancia)	71.91
1917	92568	Prueba de reflejo acústico	71.91
1918	92569	Prueba de decaimiento del reflejo acústico	68.31
1919	92571	Prueba de habla filtrada	75.38
1920	92572	Prueba de palabras espondeicas alternadas	75.38
1921	92573	Prueba de Lombard	75.38
1922	92575	Prueba de nivel de agudeza neurosensorial	75.38
1923	92576	Prueba de identificación de oraciones sintéticas	75.38
1924	92577	Prueba de Stenger, habla	75.38
1925	92579	Audiometría de refuerzo visual (VRA)	75.38
1926	92582	Audiometría de condicionamiento por juego	71.61
1927	92583	Audiometría de cuadro seleccionado	75.38
1928	92584	Electrococleografía	75.38
1929	92585	Potenciales evocados auditivos para la audiometría de respuestas evocadas y/o pruebas del sistema nervioso central	35.91
1930	92587	Emisiones otoacústicas evocadas; limitadas (nivel de estímulo único, transiente o productos de distorsión)	63.79
1931	92588	evaluación completa o diagnóstica (comparación de emisiones otoacústicas transientes transitorias y/o de productos de distorsión a niveles y frecuencias múltiples)	54.54
1932	92589	Pruebas de función de audición centrales (especifique)	76.94
1933	92590	Examen y selección de audifono; monoaural y binaural	136.35
1934	92592	Revisión de audifono; monoaural y binaural	143.52
1935	92594	Evaluación electroacústica para audifono; monoaural y binaural	143.52
1936	92596	Mediciones de atenuación por protección de oídos	72.99
1937	92597	Evaluación para el uso y/o colocación de prótesis para la voz o dispositivo de aumento o dispositivo de comunicación alternativa para suplementar el habla oral	92.10
1938	92598	Modificación de prótesis para la voz o dispositivo de aumento o dispositivo de comunicación alternativa para suplementar el habla oral	47.40
1939	92950	Reanimación cardiopulmonar (p. ej., en paro cardíaco)	342.10
1940	92960	Cardioversión electiva, conversión eléctrica de la arritmia; externa	202.56
1941	92961	interna (procedimiento separado)	414.13
1942	92970	Método Cardioassist para mejorar la circulación; interno	333.57
1943	92971	Método Cardioassist para mejorar la circulación; externo	167.73
1944	92975	Trombolisis coronaria: por infusión intracoronaria, incluyendo la angiografía coronaria selectiva	687.05
1945	92977	Trombolisis coronaria: por infusión intravenosa	480.75
1946	92978	Ultrasonido intravascular (vaso o injerto coronarios) durante la evaluación diagnóstica y/o la intervención terapéutica, incluyendo la supervisión, interpretación e informe de las imágenes; vaso inicial (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	170.58



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1947	92980	Colocación transcatóter de catéteres dilatadores intracoronarios, percutánea, con o sin otras intervenciones terapéuticas, cualquier método; un solo vaso	1336.00
1948	92982	Angioplastia de balón percutánea y transluminal de las coronarias; un solo vaso	988.50
1949	92995	Aterectomia percutánea y transluminal de las coronarias por método mecánico u otro método, con o sin angioplastia de balón; un solo vaso	1145.71
1950	92997	Angioplastia percutánea transluminal con balón de la arteria pulmonar; un solo vaso	1137.19
1951	93000	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; con interpretación e informe	51.51
1952	93005	trazado solamente, sin interpretación e informe	22.33
1953	93012	Transmisión telefónica de tiras de ritmo de electrocardiograma posterior a síntomas, por cada periodo de 30 días, trazado solamente	26.79
1954	93014	revisión médica con interpretación e informe solamente	111.22
1955	93040	Ritmo de ECG, uno a tres electrodos; con interpretación e informe	36.02
1956	93041	trazado solamente sin interpretación e informe	21.82
1957	93224	Control electrocardiográfico durante 24 horas por registro y almacenamiento continuo de las ondas del ECG original, con revisión por barrido visual de trazado superpuesto; incluye el registro, análisis de revisión e informe, revisión e informe interpretación médicos	117.07
1958	93226	Control electrocardiográfico durante 24 horas por registro y almacenamiento continuo de las análisis por barrido con informe	117.07
1959	93230	Control electrocardiográfico durante 24 horas por registro continuo de las ondas originales del ECG y su almacenamiento sin barrido por registro sobrepuesto, mediante un dispositivo capaz de producir una tira impresa completa y en miniatura; incluye el registro, análisis con microprocesador e informe, revisión e interpretación médicas	117.07
1960	93232	análisis por microprocesador, con informe	117.07
1961	93235	Control electrocardiográfico durante 24 horas por control computarizado continuo y registro no continuo, y análisis de los datos en tiempo real mediante un dispositivo capaz de producir un trazado de tamaño completo de las ondas, que podría estar activado por el paciente; incluye el control y análisis de los datos en tiempo real, con informe, revisión e interpretación médicas	101.31
1962	93236	monitoreo y análisis de datos en tiempo real, con reporte	96.24
1963	93237	con revisión e interpretación médicas	101.31
1964	93268	Registro de incidente, unico o múltiple, a pedido de paciente, con lazo de memoria previo a los síntomas, por cada periodo de 30 días; incluye la transmisión, revisión e interpretación médicas	117.07
1965	93271	control, recepción de transmisiones y análisis	117.07
1966	93272	revisión e interpretación médicas solamente	117.07
1967	93278	Electrocardiografía con señal promediada (SAECG), con o sin ECG	56.28
1968	93503	inserción y colocación de catéter de flujo dirigido (p. ej., Swan-Ganz) para fines de control	275.77
1969	93508	Colocación de catéter en arterias coronarias, conductos coronarios arteriales, y/o injertosvenosos de derivación coronaria para angiografía coronaria sin cateterización concomitante del corazón izquierdo	388.54
1970	93510	Cateterización retrógrada del corazón izquierdo desde la arteria braquial, arteria axilar o arteria femoral; percutánea	410.33
1971	93511	por incisión	476.67
1972	93514	Cateterización del corazón izquierdo por punción del ventrículo izquierdo	668.10



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1973	93524	Cateterización combinada transeptal y retrógrada del corazón izquierdo	658.62
1974	93526	Cateterización combinada del corazón derecho y retrógrada del corazón izquierdo	567.65
1975	93527	Cateterización combinada del corazón derecho y transeptal del corazón izquierdo a través del tabique intacto (con o sin cateterización retrógrada del corazón izquierdo)	689.89
1976	93528	Cateterización combinada del corazón derecho con punción del ventrículo izquierdo (con o sin cateterización retrógrada del corazón izquierdo)	852.89
1977	93529	Cateterización combinada del corazón derecho y del corazón izquierdo a través de apertura existente en el tabique (con o sin cateterización retrógrada del corazón izquierdo)	454.87
1978	93530	Cateterización del corazón derecho, para anomalias cardíacas congénitas	400.86
1979	93531	Cateterización del corazón derecho y cateterización retrógrada del corazón izquierdo combinadas, para anomalias cardíacas congénitas	791.29
1980	93532	Cateterización del corazón derecho y cateterización transeptal del corazón izquierdo combinadas a través del tabique intacto con o sin cateterización retrógrada del corazón izquierdo, para anomalias cardíacas congénitas	947.65
1981	93533	Cateterización del corazón derecho y cateterización transeptal del corazón izquierdo combinadas a través de apertura existente del tabique, con o sin cateterización retrógrada del corazón izquierdo, para anomalias cardíacas congénitas	634.93
1982	93536	Insertión percutánea de catéter de balón intra-aórtico	459.61
1983	93539	Procedimiento de inyección durante la cateterización cardíaca, para la opacificación selectiva de los conductos arteriales (p. ej., mamarios internos), sean nativos o usados para la revascularización	37.91
1984	93540	para la opacificación selectiva de los injertos venosos de revascularización aortocoronaria, una o más arterias coronarias	40.75
1985	93541	para la angiografía pulmonar	27.48
1986	93542	para la angiografía selectiva del ventrículo derecho o la aurícula derecha	27.48
1987	93543	para la angiografía selectiva del ventrículo izquierdo o la aurícula izquierda	27.48
1988	93544	para la aortografía	23.69
1989	93545	para la angiografía selectiva de las coronarias (la inyección del material radiopaco puede hacerse manualmente)	37.91
1990	93555	La supervisión de las imágenes, su interpretación e informe para procedimientos de inyección durante la cateterización cardíaca; angiografía ventricular y/o auricular	76.76
1991	93556	angiografía pulmonar, aortografía y/o angiografía coronaria selectiva incluyendo injertos venosos de revascularización y conductos arteriales (sean nativos o utilizados en la revascularización)	78.66
1992	93561	Los estudios de dilución de indicador tales como la dilución térmica o con colorantes, incluyendo la cateterización arterial y/o venosa, con medición del gasto cardíaco (procedimiento separado)	47.38
1993	93562	medición subsiguiente del gasto cardíaco	15.16
1994	93571	Medición de velocidad intravascular con técnica Doppler y/o medición de flujo coronario de reserva a partir de la presión (vaso coronario o injerto) durante angiografía coronaria, incluyendo esfuerzo inducido farmacológicamente; vaso inicial (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	170.58
1995	93600	Registro de haz de His	200.90
1996	93602	Registro intraauricular	200.90
1997	93603	Registro de ventrículo derecho	200.90
1998	93607	Registro de ventrículo izquierdo	308.94



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
1999	93609	Mapeo intraventricular y/o intra-auricular de sitios de taquicardia con manipulación de catéter para registrar desde sitios múltiples para identificar el origen de la taquicardia	954.29
2000	93610	Marcapasos intraauricular	286.19
2001	93612	Marcapasos intraventricular	286.19
2002	93615	Registro esofágico de electrograma auricular con o sin electrogramas ventriculares	93.82
2003	93616	con marcapasos	141.20
2004	93618	Inducción de arritmia mediante marcapasos eléctrico	403.70
2005	93619	Evaluación electrofisiológica completa con marcapasos y registro de la aurícula derecha; marcapasos y registro del ventrículo derecho, registro del haz de His, incluyendo la inserción y nuevo posicionamiento de catéteres de electrodos múltiples; sin inducción o intento de inducción de arritmia (este código debe usarse cuando el 93600 se combina con 93602, 93603, 93610, 93612)	693.68
2006	93620	con inducción o intento de inducción de arritmia (este código debe usarse cuando el 93618 se combina con 93619)	1043.41
2007	93621	con registros de la aurícula izquierda desde el seno coronario o aurícula izquierda, con o sin marcapasos, con inducción o intento de inducción de arritmia	1199.73
2008	93622	con registro del ventrículo izquierdo, con o sin marcapasos, con inducción o intento de inducción de arritmia	1207.31
2009	93623	Estimulación programada y marcapasos después de la infusión intravenosa de drogas (añotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	270.08
2010	93624	Estudio de seguimiento electrofisiológico con marcapaso y registro para verificar la eficacia de la terapia, incluyendo la inducción o intento de inducción de arritmia	455.82
2011	93631	Marcapasos y mapeo cardíacos y cardíacos intraquirúrgicos para ubicar el sitio de taquicardia o zona de conducción lenta para su corrección quirúrgica	720.22
2012	93840	Evaluación electrofisiológica de electrodos de cardioversor-desfibrilador de pulsos de cámara única o doble, incluyendo prueba de evaluación del umbral de desfibrilación (inducción de arritmia, evaluación de la sensibilidad y del ritmo de pulso para la cesación de arritmias) en el momento del implante inicial o de su reemplazo	333.57
2013	93641	con prueba del generador de pulsos de cardioversión-desfibrilación de cámara única o doble	561.96
2014	93642	Evaluación electrofisiológica de cardioversor-desfibrilador de pulsos de cámara única o doble (incluye la prueba del umbral de desfibrilación, inducción de arritmia, evaluación de detección y marcapasos para la terminación de la arritmia, y la programación o reprogramación de parámetros de detección o terapéuticos)	463.40
2015	93650	Ablación intracardiaca por catéter, para función de nódulo auriculoventricular, conducción auriculoventricular para crear un bloqueo cardíaco completo, con o sin colocación temporaria de marcapasos	995.98
2016	93651	Ablación intracardiaca por catéter, para foco arritmogénico; para el tratamiento de taquicardia supraventricular por ablación de vías auriculoventriculares rápidas o lentas, conexiones auriculoventriculares accesorias u otros focos auriculares, en forma aislada o combinada	1539.94
2017	93652	para el tratamiento de la taquicardia ventricular	1675.45
2018	93660	Evaluación de la función cardiovascular por evaluación de tabla de oscilación, con control continuo por ECG y control intermitente de la presión arterial, con o sin intervención farmacológica	170.15



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
2019	93797	Servicios médicos para la rehabilitación cardíaca de pacientes externos, sin control continuo del ECG	189.77
2020	93798	con control continuo del ECG (por sesión)	379.54
2021	94656	Ayuda y manejo de la ventilación, inicio de ventiladores de presión o de volumen prefijados para la respiración asistida o controlada; primer día	186.05
2022	94657	días subsiguientes	141.40
2023	94660	Ventilación con presión positiva continua en las vías aéreas (CPAP), inicio y manejo	176.74
2024	94662	Ventilación con presión negativa continua (CNP), inicio y manejo	176.74
2025	94664	Inhalaciones de aerosoles o vapores para la movilización del esputo, broncodilatación, o inducción del esputo con fines diagnósticos; demostración inicial y/o evaluación	84.84
2026	94667	Manipulación de la pared torácica, tal como acopado, percusión y vibración para facilitar la función pulmonar; demostración inicial y/o evaluación	127.26
2027	95812	Electroencefalograma (EEG), control prolongado; hasta una hora	38.27
2028	95813	más de una hora	60.60
2029	95816	Electroencefalograma (EEG), incluyendo el registro en estado de vigilia y en estado de somnolencia (incluye hiperventilación y/o estimulación fónica cuando sea apropiado)	68.89
2030	95819	Electroencefalograma (EEG), incluyendo el registro en estado de vigilia y en estado de sueño. (incluye hiperventilación y/o estimulación fónica cuando sea apropiado)	103.34
2031	95822	Electroencefalograma (EEG); durante el sueño solamente	49.75
2032	95824	evaluación de muerte cerebral solamente	22.96
2033	95827	sueño de toda la noche solamente	29.24
2034	95829	Electrocorticograma durante la cirugía (procedimiento separado)	168.14
2035	95830	Inserción médica de electrodos esfenoideales para el registro electroencefalográfico (EEG)	43.73
2036	95831	Pruebas musculares, manuales (procedimiento separado) con reporte; extremidades (excepto manos) o tronco	7.58
2037	95833	evaluación total del cuerpo, excepto manos	12.73
2038	95834	evaluación total del cuerpo, incluyendo manos	16.25
2039	95851	Mediciones de arco de movimiento e informe (procedimiento separado); cada extremidad	4.33
2040	95857	Prueba Tension (cloruro de edrofonio) para miastenia grave;	13.63
2041	95858	con registro electromiográfico	40.13
2042	95860	Electromiografía de aguja, una extremidad con o sin zonas paraespinosas relacionadas	36.39
2043	95861	Electromiografía de aguja, dos extremidades con o sin zonas paraespinosas relacionadas	58.38
2044	95863	Electromiografía de aguja, tres extremidades con o sin zonas paraespinosas relacionadas	70.88
2045	95864	Electromiografía de aguja, cuatro extremidades con o sin zonas paraespinosas relacionadas	75.43
2046	95867	Electromiografía de aguja, músculos surtidos por los nervios craneales, unilateral	29.95
2047	95868	Electromiografía de aguja, músculos surtidos por los nervios craneales, bilateral	44.73
2048	95869	Electromiografía de aguja, músculos torácicos paraespinales	14.03



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
2049	95870	estudio limitado de músculos en una extremidad o músculos que no pertenecen a una extremidad (axiales) (unilateral o bilateral), diferente de músculos inervados por nervios torácicos, paraespinales, craneales, o es/Interes)	10.02
2050	95872	Electromiografía de aguja con electrodo de fibra única, con determinación cuantitativa de fibrilaciones, bloqueo y/o densidad de fibras, cualquier sitio o todos los sitios de cada músculo estudiado	40.61
2051	95875	Ejercicio de extremidad isquémica con electromiografía de aguja, con determinación de ácido láctico	36.28
2052	95900	Estudio de conducción, amplitud y latencia/velocidad nerviosos, cada nervio, motor, sin estudio de onda F	11.37
2053	95903	motor, con estudio de onda F	16.25
2054	95904	sensorial o mixto	9.21
2055	95920	Pruebas de neurofisiología intraquirúrgicas, por hora (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	54.27
2056	95921	Pruebas de función del sistema nervioso autónomo; inervación cardiovagal (función del parasimpático), incluyendo dos o más de lo siguiente: respuesta de ritmo cardíaco a la respiración profunda con registro del intervalo R-R, relación Valsalva y relación 30:15	24.37
2057	95925	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos o sitios cutáneos, o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central; en las extremidades superiores	18.29
2058	95926	en las extremidades inferiores	14.62
2059	95927	en el tronco o la cabeza	14.62
2060	95930	Pruebas del sistema nervioso central mediante potenciales evocados visuales (VEP), tablero de ajedrez o destello	9.48
2061	95933	Reflejo orbicularis oculi (parpadeo), por prueba electrodiagnóstica	15.97
2062	95934	Reflejo H, estudio de amplitud y latencia; registro del músculo gastrocnemio/sóleo	13.81
2063	95936	registro de músculo diferente al músculo gastrocnemio/sóleo	14.89
2064	95937	Pruebas de unión neuromuscular (estimulación repetitiva, estímulos pareados), cada nervio, cualquier método	17.60
2065	95950	Control para la identificación y lateralización de foco cerebral de convulsiones, registro electroencefalográfico (p. ej., EEG de 8 canales) y su interpretación, cada 24 horas	40.88
2066	95951	Control para la ubicación de foco cerebral de convulsiones, por cable o radio, telemetría de 16 o más canales, registro electroencefalográfico (EEG) y video combinados y su interpretación (p. ej., para la ubicación prequirúrgica), cada 24 horas	162.46
2067	95953	Control para la ubicación de foco cerebral de convulsiones, por EEG computadorizado portátil de 16 o más canales, registro electroencefalográfico (EEG) y su interpretación, cada 24 horas	83.39
2068	95954	Activación farmacológica o física que requiera la presencia del médico durante el registro EEG de la fase de activación (p. ej., prueba de activación con tiopental)	66.34
2069	95955	Electroencefalograma (EEG) durante la cirugía no intracraneal (p. ej., cirugía de las carótidas)	31.89
2070	95956	Control para la ubicación de foco cerebral de convulsiones, por cable o radio, telemetría de 16 o más canales, registro electroencefalográfico (EEG) y su interpretación, cada 24 horas	83.39
2071	95957	Análisis digital del electroencefalograma (EEG) (p. ej., durante el análisis de pico epiléptico)	53.61



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
2072	95958	Prueba de activación Wada para la función hemisférica, incluyendo el control electroencefalográfico	115.07
2073	95961	Mapeo cortical y subcortical funcional por estimulación y/o registro de electrodos en la superficie del cerebro, o de electrodos profundos, para provocar convulsiones o identificar estructuras de corteza vital; primera hora de presencia médica	80.42
2074	95962	cada hora adicional de presencia médica (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	86.91
2075	27730	Paro epifisario de tibia distal y/o peroné distal	3000.00
2076	36510	Cateterismo de vena umbilical para diagnóstico o tratamiento en recién nacido	478.00
2077	64722	Descompresión; nervios no especificados (especifique)	739.57
2078	64726	Descompresión; nervio digital plantar	369.78
2079	86431	Factor reumatoideo cuantitativo	23.88
2080	86430	Factor reumatoideo; cualitativo	23.88
2081	D0140	Consulta estomatológica no especializada	28.61
2082	D4210	Gingivectomía - gingivoplastia de 4 a más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante o sextantes	718.67
2083	41740	Periodoncias, curetaje gingival y/o relleno óseo	72.21
2084	41708	Extracción dental simple	40.33
2085	D7110	Exodoncia simple	47.32
2086	21150	Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort II, con intrusión anterior (p. ej. Síndrome de Treacher-Collins)	1928.94
2087	21154	Reconstrucción mediofacial, osteotomía LeFort III (extracraneal), de cualquier tipo, con injerto de hueso (incluye la obtención del injerto) sin LeFort I	3110.20
2088	27600	Fasciotomía descompresiva, pierna; compartimientos anteriores y/o laterales solamente	452.18
2089	27892	Fasciotomía descompresiva, pierna; solamente los compartimientos anterior y/o lateral, con desbridamiento de músculos y/o nervios desvitalizados	657.72
2090	71023	Examen radiológico de tórax, 2 incidencias, frontal y lateral; con fluoroscopia	77.57
2091	71034	Examen radiológico, tórax, completo, mínimo de cuatro vistas; con fluoroscopia	93.90
2092	72190	Examen radiológico, pelvis; completo, mínimo de tres vistas	42.87
2093	73030	Examen radiológico, hombro, completo, mínimo de dos vistas	36.74
2094	73060	Examen radiológico, codo; completo, mínimo de tres vistas	34.70
2095	73110	Examen radiológico, muñeca; completo, mínimo de tres vistas	34.70
2096	73510	Examen radiológico, cadera, unilateral; completo, mínimo de dos vistas	42.87
2097	73610	Examen radiológico, tobillo, completo, mínimo de tres vistas	28.35
2098	73630	Examen radiológico, pie; completo, mínimo de tres vistas	34.70
2099	74241	Examen radiológico, tracto gastrointestinal superior; con o sin placas retrasadas, con visualización de riñones, uréteres y vejiga	117.37
2100	85370	Medición de los productos de la degradación del fibrina-fibrinogeno por aglutinación en placa, cuantitativo	35.25
2101	85611	Tiempo de protrombina; sustitución de fracciones plasmáticas, cada una	24.87
2102	85732	Tiempo de tromboplastina parcial (PTT); sustitución de fracciones plasmáticas, cada una	25.62
2103	86039	Anticuerpos antinucleares (ANA); título	35.89
2104	86805	Atención Psiquiátrica con sesión de psicoterapia	59.54



N°	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO MÉDICO	TARIFA FINAL
2105	92979	Ultrasonido intravascular (vaso o injerto coronarios) durante la intervención terapéutica, incluyendo la supervisión, interpretación e informe de las imágenes; cada vaso adicional (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	136.46
2106	92981	Colocación transcáteter de catéteres dilatadores intracoronarios, percutánea, con o sin otras intervenciones terapéuticas, cualquier método; cada vaso adicional (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	395.17
2107	92984	Angioplastia de balón percutánea y transluminal de las coronarias; cada vaso adicional (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	281.45
2108	92996	Aterectomía percutánea y transluminal de las coronarias por método mecánico u otro método, con o sin angioplastia de balón; cada vaso adicional (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	308.94
2109	92998	Angioplastia percutánea transluminal con balón de la arteria pulmonar; cada vaso adicional (anotar separadamente además del código para el procedimiento primario)	568.59
2110	93010	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; interpretación e informe solamente	54.22
2111	93042	Ritmo de ECG, uno a tres derivaciones; interpretación e informe solamente	36.02
2112	93225	Registro electrocardiográfico externo hasta 48 horas mediante registro y almacenamiento continuo; registro (incluye la conexión, registro y desconexión)/Registro Electrocardiográfico externo (monitoreo Holter) de 48 horas	117.07
2113	93227	Registro electrocardiográfico externo hasta 48 horas mediante registro y almacenamiento continuo; revisión e interpretación por médico u otro profesional de la salud calificado	117.07
2114	93231	Control electrocardiográfico durante 24 horas por registro continuo de las ondas originales del ECG y su almacenamiento sin barrido por registro sobrepuesto, mediante un dispositivo capaz de producir una tira impresa completa y en miniatura; registro ((incluye la conexión, registro y desconexión)	117.07
2115	93233	Control electrocardiográfico durante 24 horas por registro continuo de las ondas originales del ECG y su almacenamiento sin barrido por registro sobrepuesto, mediante un dispositivo capaz de producir una tira impresa completa y en miniatura; revisión e interpretación médicas	117.07
2116	93270	Registro de incidente electrocardiográfico de ritmo por paciente externo, y cuando se realice, autoactivado, con asociación de síntomas, con capacidad de almacenamiento y transferencia de hasta 30 días, monitoreo asistido de 24 horas; registro (incluye la conexión, registro y desconexión)	117.07
2117	93572	Medición de velocidad intravascular con técnica Doppler y/o medición de flujo coronario de reserva a partir de la presión (vaso coronario o injerto) durante angiografía coronaria, incluyendo esfuerzo inducido farmacológicamente; cada vaso adicional (anota separadamente además del código para el procedimiento primario)	136.46
2118	94666	Demostración y/o evaluación subsiguientes de la manipulación de la pared torácica, tal como acopado, percusión y vibración para facilitar la función pulmonar	44.65
2119	95832	Pruebas musculares, manual (procedimiento separado) con reporte; mano, con o sin comparación con el lado normal	7.85
2120	95852	Mediciones del arco de movimiento e informe (procedimiento separado); mano, con o sin comparación con el lado normal	2.98



ANEXO Nº 05: CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS

1. ID de la prestación de salud
2. Número de Documento de Autorización
3. Tipo de documento de identidad del beneficiario
4. Número de documento de identidad del beneficiario
5. Apellido Paterno del Paciente
6. Apellido Materno del Paciente
7. Nombres del Paciente
8. N° de Historia Clínica
9. Fecha de nacimiento del beneficiario
10. Sexo
11. Código Prestacional
12. Fecha de ingreso
13. Fecha de atención o alta
14. Código CIE 10 del diagnóstico
15. Descripción del diagnóstico (según CIE 10)
16. N° RENIPRESS
17. Nombre de IPRESS
18. Código CIE 10 del diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios (éste último de ser el caso)
19. Descripción según CIE 10 del diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios (éste último de ser el caso)
20. Apellidos y nombres del responsable de la atención
21. Tipo de documento de identidad del responsable de la atención
22. Número del documento de identidad del responsable de la atención
23. Profesión del responsable de la atención.
24. N° de Colegiatura del responsable de la atención.
25. Especialidad del profesional de salud que realizó la atención (de corresponder).
26. N° de Registro de Especialista del profesional de salud que realizó la atención (de corresponder).
27. Circunstancias del egreso (mejoría, curación, transferencia, voluntaria, fuga, defunción)
28. Codificación CPT de los procedimientos realizados
29. Descripción del procedimiento realizado (según CPT)
30. Codificación de los productos farmacéuticos o dispositivos médicos utilizados (según SISMED)
31. Descripción de los productos farmacéuticos o dispositivos médicos utilizados (según SISMED)
32. Valor de prestación de salud en soles (desagregando en valor de procedimiento médico y valor de productos farmacéuticos o dispositivos médicos).



ANEXO N° 06. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SALUD

