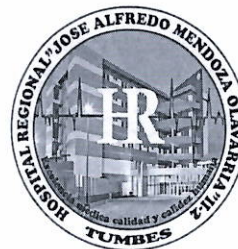


CONVENIO DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD ENTRE EL HOSPITAL REGIONAL "JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA" – JAMO II-2 Y EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ – SALUDPOL

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 POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ**, con RUC N° 20178922581, con domicilio legal en Parque Maldonado N° 142, distrito de Pueblo Libre, 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 "JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA" – JAMO II-2**, con RUC N° 20409446303, con domicilio legal en Calle 24 de Julio N°565 del distrito, provincia y departamento de Tumbes, con Registro en SUSALUD N° 00017077, representado por su Director Ejecutivo Med. **RAÚL RIVERA CLAVO**, con DNI N°43507786, designado mediante Resolución Ejecutiva Regional N°163-2020/GOB.REG.TUMBES-GR 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.
- 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 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.
- 1.26. Acta de Sesión Ordinaria N° 033-2018, que aprueba el Manual de Gestión de Riesgos de SALUDPOL.
- 1.27. 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".

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 resolutive 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 resolutive, 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.

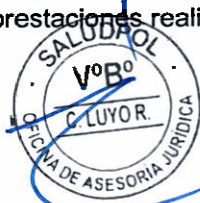
2.11. **Gestión de Riesgos de Corrupción:** Conjunto de actividades coordinadas que permiten a la entidad identificar, analizar, evaluar, mitigar, eliminar o aceptar la ocurrencia de riesgos de corrupción en los procesos de su gestión. El resultado de todas esas actividades se materializa en el Mapa 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 IAFA para la realización de la prestación. En estos casos no se cancelará la prestación.

CLÁUSULA TERCERA.- DE LAS PARTES

EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA 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 Tumbes.

EL HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA, es una IPRESS Pública que no está asignada a ninguna UGIPRESS, pertenece al Gobierno Regional de Tumbes, es Unidad Ejecutora y se encuentra inscrita en el Registro Nacional de IPRESS de SUSALUD, con Código único de IPRESS N° 00017077. 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, **LA IPRESS** 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** que se encuentren debidamente acreditados, de acuerdo a su Plan de Salud.

LA IAFAS 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.- ÁMBTO DE APLICACIÓN

Las partes acuerdan que el presente convenio es de aplicación en el departamento de Tumbes, 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

Para la prestación del servicio es condición obligatoria que el beneficiario se identifique con el Documento Nacional de Identidad – DNI, o Carné de Extranjería, Pasaporte u otros validados por las normas migratorias vigentes, además es condición obligatoria que **LA IPRESS** cuente con el documento de autorización de procedimiento médico¹ 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 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.

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





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 salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por servicio; la cual será calculado según la periodicidad acordada en función del número, tipo de prestaciones brindadas en el periodo y el costo acordado para cada prestación, según los valores y el tarifario contenido en el Anexo N° 4 del presente convenio

LA IAFAS retribuirá a **LA IPRESS** los servicios brindados, según las tarifas acordadas entre las partes, mediante el mecanismo de pago por servicio. Los desembolsos se realizarán en forma adelantada a la prestación, cada tres (03) meses.

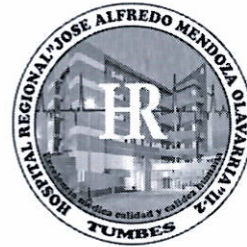
El importe a desembolsar a **LA IPRESS** será estimado por **LA IAFAS** en base a la suma histórica de las prestaciones de salud correspondiente en los últimos tres meses. Los siguientes importes a desembolsar a **LA IPRESS** serán estimados por **LA IAFAS** en base a la diferencia entre la suma de la valorización de las prestaciones de salud conformes del periodo trimestral previo y los saldos del mismo periodo, según la siguiente fórmula:

Monto a Desembolsar =

$$\sum \text{Valor prestaciones conformes (mes 1, mes 2, mes 3)} - \text{saldo (mes 1, mes 2, mes 3)}$$

Si no hay antecedente de pago a **LA IPRESS**, el primer desembolso se realizará en forma posterior a los primeros tres (03) meses a la entrada en vigencia del presente Convenio, en base a las prestaciones de salud conformes, luego del cual los siguientes desembolsos se realizarán en forma adelantada.





Una vez ejecutado el 80% del monto del desembolso previamente realizado, **LA IPRESS** podrá solicitar mediante documento formal y/o correo electrónico la realización de un nuevo desembolso, previa rendición y/o liquidación.

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-SISMED.⁴

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 cuarta, 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**

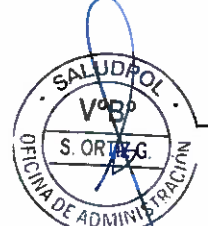
10.2 **LA IAFAS** se obliga a pagar la contraprestación a **LA IPRESS** mediante el mecanismo de pago acordado, estipulado en la cláusula sexta del presente Convenio.

10.3 **LA IPRESS** dentro de los primeros 10 días calendario del mes siguiente de producción, deberá registrar las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios de **LA IAFAS**, 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° 6).

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) aplica las reglas de consistencia y validación. El resultado de la aplicación de dichas reglas y 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, el cual deberá contemplar el detalle de las prestaciones conformes, y remite

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.





dicho informe a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de LA IAFAS para la verificación de la valorización de las prestaciones conformes.

- 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 o deducción correspondiente.
- 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 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.
- 10.9 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.
- 10.10 LA IAFAS debe realizar la deducción del valorizado de las prestaciones conformes del mes al monto previamente desembolsado, luego de recibir los documentos señalados en el numeral 10.7, lo cual será un requisito para realizar los siguientes desembolsos.
- 10.11 Si la valorización de las prestaciones conformes alcanza el 80% del monto del desembolso previamente realizado, LA IPRESS podrá solicitar mediante documento formal la realización de un nuevo desembolso sin la necesidad de esperar que se cumpla el plazo establecido.

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

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

con lo establecido en el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS públicas, privadas o mixtas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-2019-SA.

Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior la IPRESS informa 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

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

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.
- 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 formularios 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:

- Verificación de las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares convenidos y la normatividad vigente, a través de las visitas inopinadas y acciones de supervisión.
- Encuestas de satisfacción de beneficiarios.
- Auditoría y/o control de las historias clínicas de sus beneficiarios.
- Verificar y evaluar los procesos administrativos y financieros referidos al reconocimiento de la cobertura de las prestaciones de salud
- 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.

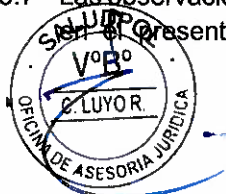
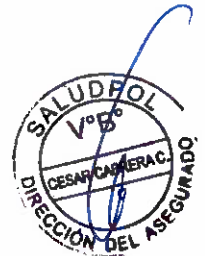
15.3 **LA IAFAS**, producto de las acciones de auditoría y/o control prestacional (distintas al proceso de control posterior de las prestaciones conformes) puede formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos relacionados con la atención que se brinda a sus beneficiarios, los cuales 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 científica 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 (03) años 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 IPRESS**: Unidad de Seguros del Hospital Regional "José Alfredo Mendoza Olavarría" – JAMO II-2.

Coordinador de **LA IAFAS**: Dirección de Financiamiento y Planes de Salud del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA.- DOMICILIO DE LAS PARTES

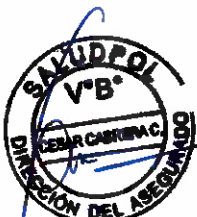
Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente Convenio:

DOMICILIO DE LA IAFAS: Parque Maldonado N° 142, distrito de Pueblo Libre, provincia y departamento de Lima.

DOMICILIO DE LA IPRESS: Calle 24 de Julio N°565 del distrito, provincia y departamento de Tumbes.

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 TUMBES a los 12 días del mes de AGOSTO de 2021.




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

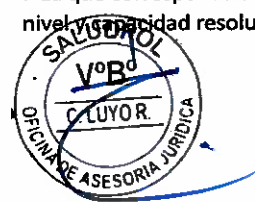

Dirección Regional de Salud Tumbes
HOSPITAL REGIONAL II-2 JAMO TUMBES
Dr. Raúl Rivera Clavo
CMP 65378 DNI 4350786
DIRECTOR EJECUTIVO
Med. RAÚL RIVERA CLAVO
Director Ejecutivo
Hospital Regional "José Alfredo Mendoza
Olavarría" – JAMO II-2

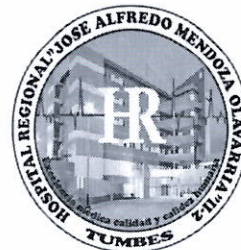


ANEXO N° 1: CARTERA DE SERVICIOS⁷

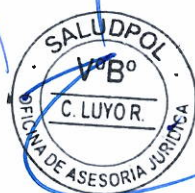
N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	CARTERA DE SERVICIOS
1	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico general
2	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina interna
3	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico especialista en pediatría
4	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía general
5	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico especialista en ginecología y obstetricia.
6	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía pediátrica
7	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía plástica
8	CONSULTA EXTERNA	• Teleconsultas de especialidades médicas
9	CONSULTA EXTERNA	• Atención ambulatoria por enfermera
10	CONSULTA EXTERNA	• Atención ambulatoria diferenciada por enfermera u otro profesional de la salud
11	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por dermatología
12	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico especialista en gastroenterología
13	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico especialista en infectología
14	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico especialista en oftalmología
15	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico especialista en neumología
16	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico especialista en neonatología
17	CONSULTA EXTERNA	• Consulta ambulatoria por médico especialista en nefrología

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



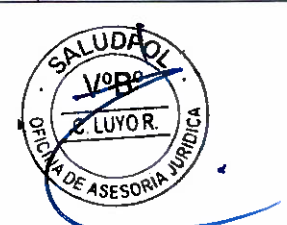
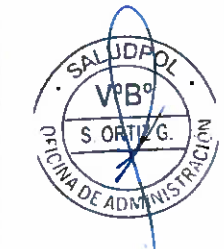
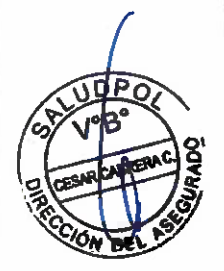


N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	CARTERA DE SERVICIOS
18	CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> Consulta ambulatoria por médico especialista en traumatología
19	CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina física y rehabilitación
20	CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> Consulta ambulatoria por médico especialista en neurología
21	CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> Consulta ambulatoria por médico especialista en neurocirugía
22	CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> Consulta ambulatoria por médico especialista en psiquiatría
23	CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> consulta ambulatoria por médico especialista en oncología
24	CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> consulta ambulatoria por médico especialista en otorrinolaringología
25	CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> consulta ambulatoria por médico especialista en odontología
26	CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> consulta ambulatoria por médico especialista en urología
27	CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> Consulta ambulatoria por médico especialista en cardiología
28	CONSULTA EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> Atención ambulatoria por psicólogo
29	EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Atención de inyectables y nebulizaciones por enfermera
30	EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de Medicina Interna
31	EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de pediatría
32	EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de gineco y obstetricia
33	EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de cirugía general
34	EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Atención en Sala de Observación de Emergencia
35	EMERGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Atención en Unidad de Vigilancia Intensiva
36	CENTRO OBSTÉTRICO	<ul style="list-style-type: none"> Atención de parto vaginal por médico especialista en ginecología y obstetricia

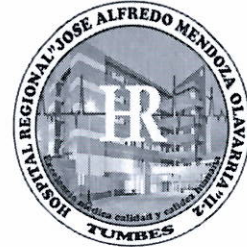




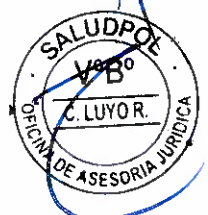
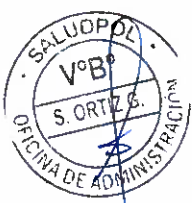
N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	CARTERA DE SERVICIOS
37	CENTRO OBSTÉTRICO	<ul style="list-style-type: none"> Atención inmediata del recién nacido por médico especialista en pediatría
38	CENTRO OBSTÉTRICO	<ul style="list-style-type: none"> Atención en ambiente de cuidados intermedios materno-neonatales
39	CENTRO QUIRÚRGICO	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en cirugía general
40	CENTRO QUIRÚRGICO	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en ginecología y obstetricia
41	CENTRO QUIRÚRGICO	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones quirúrgicas por médico de otras especialidades quirúrgicas
42	CENTRO QUIRÚRGICO	<ul style="list-style-type: none"> Atención en Sala de Recuooperación Post-Anésteica
43	HOSPITALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización de Adultos
44	HOSPITALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización de Pediatría
45	HOSPITALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización de Ginecología y Obstetricia
46	PATOLOGÍA CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos de Laboratorio Clínico Tipos I-3 o I-4
47	PATOLOGÍA CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos de Laboratorio Clínico Tipo II-1
48	ANATOMÍA PATOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos de Anatomía Patológica
49	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	<ul style="list-style-type: none"> Radiología Convencional
50	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	<ul style="list-style-type: none"> Ecografía general y dopler
51	FARMACIA	<ul style="list-style-type: none"> Dispensación de medicamentos
52	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Desinfección y esterilización en Central de Esterilización
53	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	<ul style="list-style-type: none"> Recepción, almacenamiento y distribución de sangre y hemoderivados, provenientes de un Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre tipo I
54	HEMODIALISIS (SERVICIO TERCERIZADO)	<ul style="list-style-type: none"> Diálisis, para pacientes con insuficiencia renal crónica



Fondo de Aseguramiento en Salud
de la Policía Nacional del Perú
SaludPOL



N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	CARTERA DE SERVICIOS
55	TOMOGRAFIAS (SERVICIO TERCERIZADO)	<ul style="list-style-type: none"> Atención de tomografía convencional con y sin contraste, bajo responsabilidad del médico especialista en radiología o médico general capacitado en radiología y tecnólogo médico con clínica radioimagen



ANEXO N° 02 DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN

Autorización de Procedimiento Médico Nro. CV-XXXXXXXX

Lima, XX de XXXX de XXXX



CV-1401-20180000020

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° XXXXXXXX)

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 apliquen 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 <https://www.saludpol.gob.pe/consultas-en-linea/>

En el caso la prestación de salud autorizada sea Consulta Externa, el presente documento dará cobertura a la medicación prescrita, a los exámenes de apoyo al diagnóstico, las interconsultas, 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 conllevó a la emisión del presente documento.

En caso la prestación de salud autorizada sea Emergencia u Hospitalización, el presente documento dará cobertura a la totalidad de las prestaciones de salud que se requieran para la atención del beneficiario, siempre y cuando éstas 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 consignados, no considerándose otros procedimientos médicos diferentes.

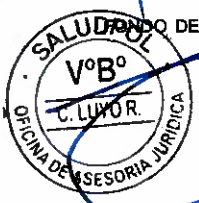
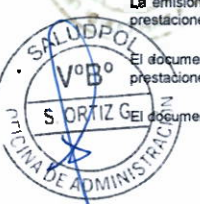
La emisión del presente documento en ningún caso exonera la realización de los procesos de auditoría y/o control prestacional establecidos en el Convenio suscrito, para determinar si las prestaciones de salud que recibió el beneficiario fueron acordes al problema de salud inicial.

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 la atención.

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

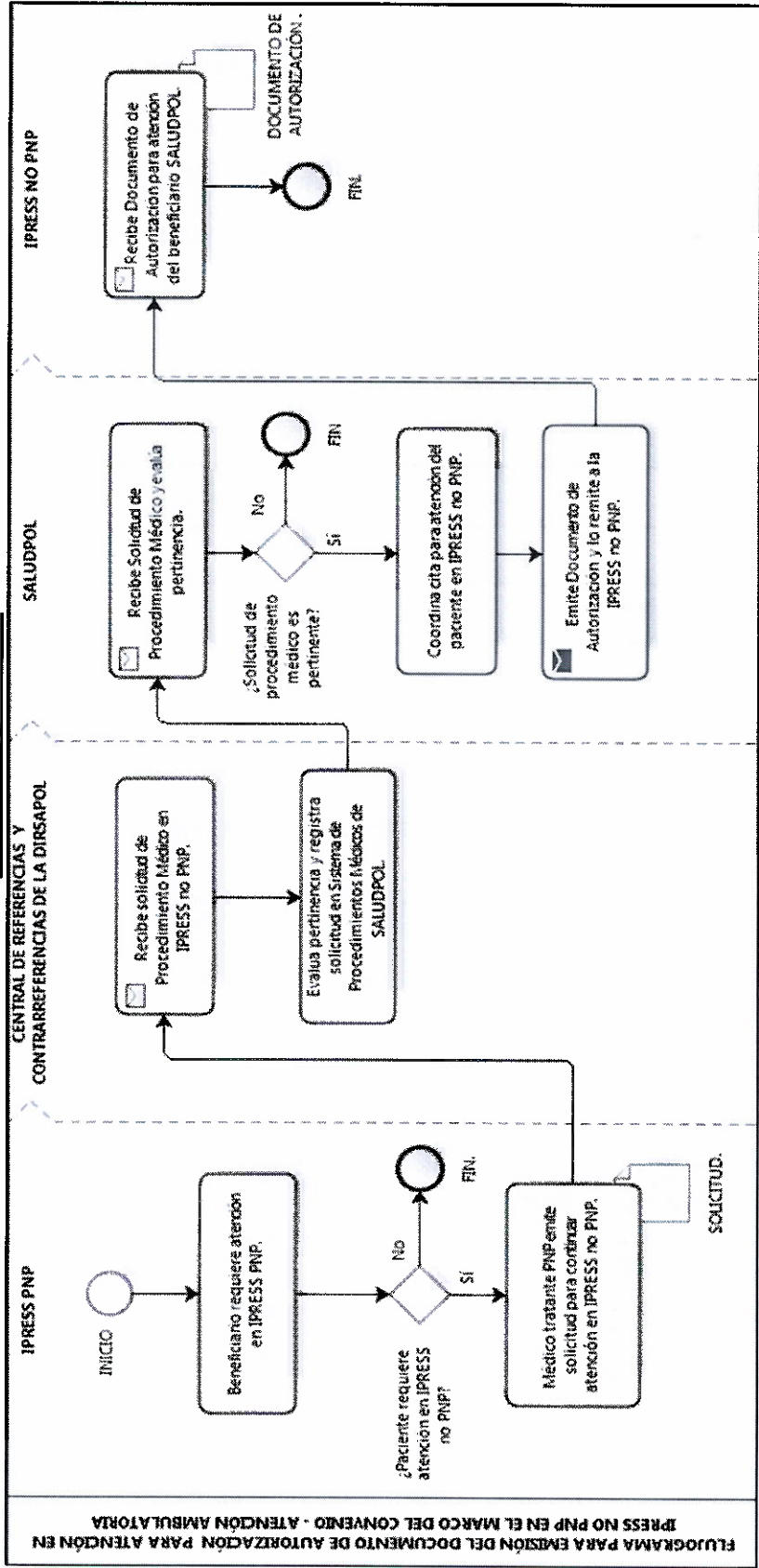
FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU - SALUDPOL (RUC N° 20178922581)
Parque Maldonado 142 - Pueblo Libre - Lima



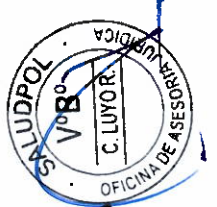
ANEXO N° 03

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

Atención Ambulatoria⁸

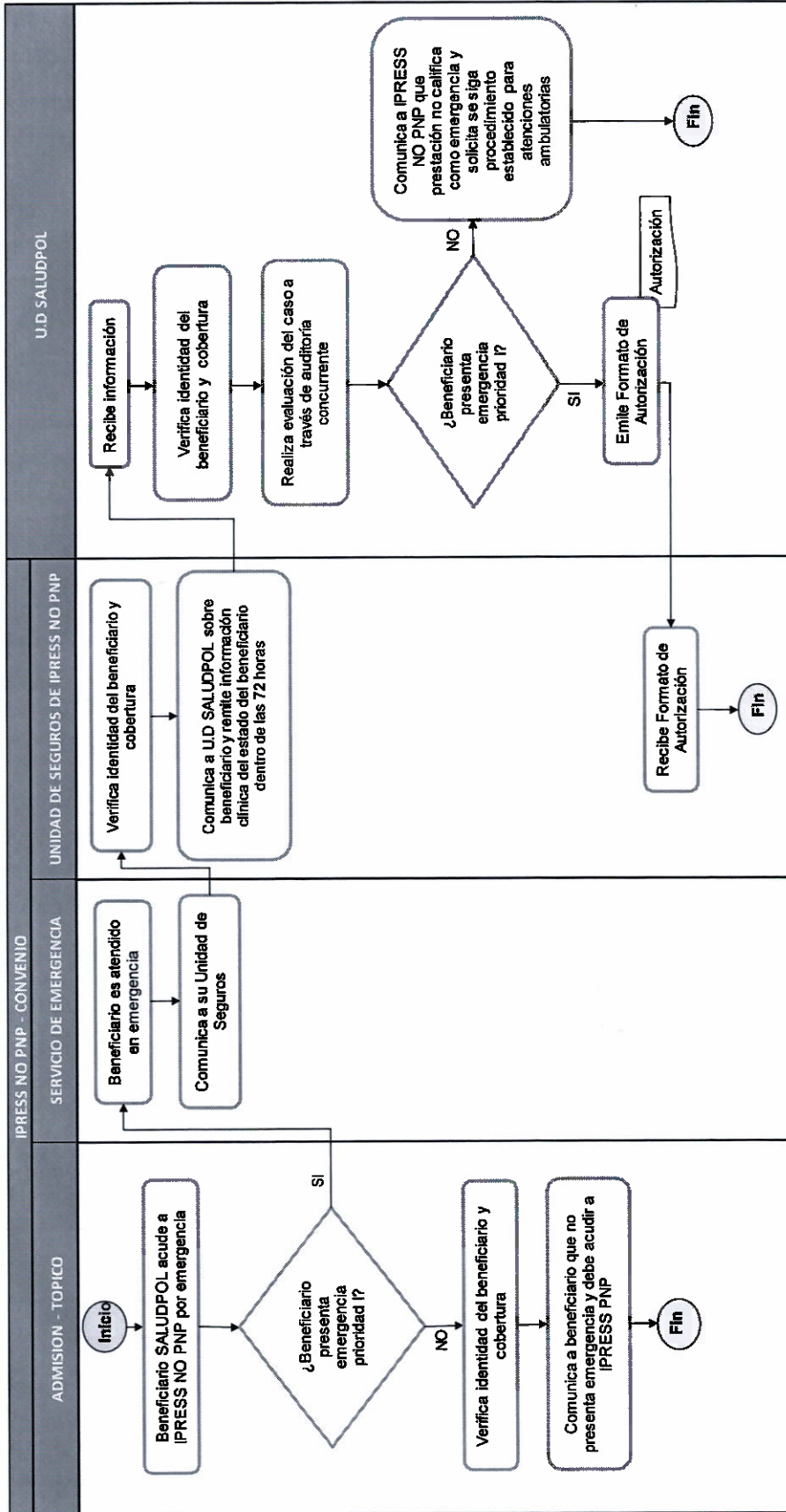


⁸ Modelo Referencial. Flujoograma puede variar según realidad de Unidad Territorial y capacidad de IPRESS.



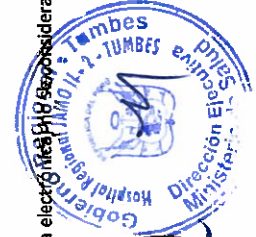


Atención de Emergencia (Prioridad I)^{9,10}



9 Modelo Referencial. Flujoograma 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) la U.D. SaludPOL considerará dicha prestación como brindada.

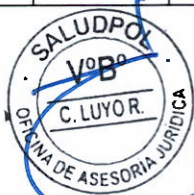
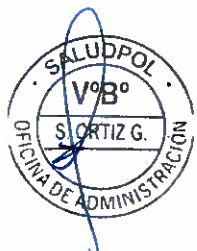


ANEXO N° 4: TARIFARIO¹¹

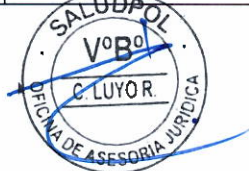
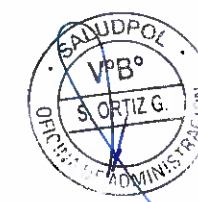
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1	790	ANESTESIA GENERAL PARA LAPAROSCOPIA	375.00
2	1974	ANESTESIA GENERAL ENDOVENOSA CON INTUBACIÓN	188.00
3	1975	ANESTESIA GENERAL ENDOVENOSA SIN INTUBACION (NO INCLUYE FARMACOS)	56.88
4	1986	ANESTESIA LOCAL MAS SEDOANALGESIA	120.00
5	1987	EVALUACION PRE ANESTESICA	12.00
6	1995	ADMINISTRACION DEL TRATAMIENTO ENDOVENOSO PACIENTE C/ VIA INSTALADA	4.50
7	10030	INCISIÓN Y DRENAJE, O EXTIRPACION DE QUISTE, ADENOMA, LIPOMA (TRAUMATOLOGIA)	375.00
8	10060	INCISION Y DRENAJE	52.50
9	10061	DEBRIDACION DE ABSCEOS BUCODENTAL (ODONTOLOGIA)	22.50
10	10080	INCISION Y DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL SIMPLE	45.00
11	10120	INCISION Y RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO DE TEJIDO SUBCUTANEO SIMPLE	57.53
12	10121	INCISIÓN Y EXTIRPACION DE CUERPO DE CUERPO EXTRAÑO DE TEJIDO SUBCUTÁNEO COMPLICADO	60.80
13	10140	DRENAJE DE HEMATOMA/ABCESO	22.50
14	10140.01	INCISION Y DRENAJE DE HEMATOMA, SEROMA O COLECCIONES DE FLUIDOS	45.00
15	10160	PUNCIÓN ASPIRACIÓN DE ABSCESO, HEMATOMA, BULA O QUISTE (UROLOGIA)	40.00
16	19001	PUNCION ASPIRATIVA DE ABSCESO, HEMATOMA, QUISTE	45.00
17	10180	CURACION DE HERIDAS NO COMPLICADAS CONSULTA EXTERNA	7.50
18	11000	DESBRIDAMIENTO DE ECCEMA O INFECCION DE PIEL	99.69
19	11010	DEBRIDAMIENTO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO, INCLUYENDO REMOCION DE CUERPOS EXTRAÑOS ASOCIADOS CON FRACTURA(S) Y/O DISLOCADURA (S) ABIERTA (S)	525.00
20	11042	ESCARECTOMÍA PEQUEÑA	120.00
21	11100	BIOPSIA DE PIEL, TEJIDO SUBCUTANEO Y/O MUCOSA, LESION UNICA	45.00
22	11200	EXTIRPACION DE VERRUGAS BLANDAS, POLIPOS FIBROCUTANEOS MULTIPLES, CUALQUIER ZONA; HASTA 15 LESIONES	75.00
23	11300	AFEITADO DE LESION EPIDERMICA O DERMICA	30.00
24	11400	EXTIRPACION DE QUISTES Y LIPOMAS (CIRUGIA GENERAL)	180.00
25	11402	BIOPSIA PIEL LOSANGE	40.62
26	11603	EXTIRPACION DE TUMORES PEQUEÑOS Y MEDIANOS	120.00
27	11650	PLASTIA DE CICATRICES SIMPLES	150.00
28	11740	EVACUACION DE HEMATOMA SUBUNGUEAL	45.00

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.

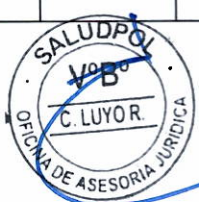
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
29	11750	EXCISION DE UÑA Y MATRIZ UNGUEAL, PARCIAL O COMPLETA (EJM. UÑA DEFORMADA)	45.00
30	11976	EXTRACCION DE IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS (IMPLANON, NORPLANT, JARELLE)	75.00
31	12002	CORRECCION SIMPLE DE HERIDAS SUPERFICIALES	37.50
32	12004	SUTURAS	15.00
33	12005	SUTURA SIMPLE DE HERIDAS SUPERFICIALES, MAYOR DE 10 CM	67.50
34	12013	SUTURA SIMPLE DE HERIDAS SUPERFICIALES EN CARA, OÍDOS, PÁRPADOS, NARIZ, LABIOS Y/O MUCOSAS; 2.6 A 5 CM	60.00
35	12031	CIERRE EN CAPAS DE HERIDAS; 2.5 CM O MENOS	60.41
36	12032	CIERRE EN CAPAS DE HERIDAS, MENOR O IGUAL A 10 CM	90.00
37	12035	CIERRE EN CAPAS DE HERIDAS, MAYOR DE 10 CM	105.00
38	13160	CIERRE SECUNDARIO DE HERIDA QUIRURGICA O DEHISCENCIA, AMPLIA O COMPLICADA	135.00
39	15050	INJERTO DE PIEL LIBRE	135.00
40	15650	TRANSFERENCIA DE CUALQUIER COLGAJO PEDICULADO A CUALQUIER ZONA DEL CUERPO (COLGAJO LOCAL PEQUEÑO)	135.00
41	15734	APLICACIÓN DE COLGAJO MUSCULAR, MIOCUTÁNEO O FASCIOCUTÁNEO	270.00
42	15820	BLEFAROPLASTIA	494.69
43	15822	BLEFAROPLASTIA, PÁRPADO SUPERIOR	330.00
44	15851	RETIRO DE PUNTOS	7.50
45	15852	CAMBIO DE APOSITOS Y CURACIONES BAJO ANESTESIA	150.00
46	15852.01	COLOCACION DE APOSITO A HERIDA	7.50
47	15859	RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA (SNG)	6.00
48	15877	CAMBIO DE APÓSITOS A HERIDA QX. SUPERVISION DE HERIDA	7.50
49	15878	CURACIONES DE HERIDAS PEQUEÑAS, MENOR DE 5 CM.	15.00
50	15879	CURACIÓN DE HERIDAS MEDIANAS, DE 5 A 10 CMS	22.50
51	15880	CURACIÓN DE HERIDAS GRANDES, MAS DE 10 CMS.	30.00
52	16010	(INSUMO) DEBRIDAMIENTO Y/O LIMPIEZA QUIRURGICA DE QUEMADURAS BAJO ANESTESIA	150.00
53	17340	CRIOTERAPIA PARA ACNE	10.50
54	19000	PUNCION CON AGUJA FINA DE QUISTE DE MAMA	30.00
55	19020	MASTOTOMÍA CON EXPLORACIÓN O DRENAJE DE ABSCESO, PROFUNDO	75.00
56	19100	BIOPSIA DE MAMA; AGUJA TROCAR	52.50
57	19101	BIOPSIA DE MAMA A CIELO ABIERTO	120.00
58	19102	BIOPSIA PERCUTÁNEA DE MAMA CON IMAGENES	60.00
59	19371	EXTIRPACION DE FIBROADENOMA DE MAMA, LIPOMA, TEJIDO ABERRANTE (TUMOR MAMARIO)	150.00
60	20000	INCISIÓN DE ABSCESO SUPERFICIAL DE TEJIDO BLANDO (EXCLUYE ABSCESO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO)	75.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
61	20005	INCISIÓN DE ABSCESO PROFUNDO O COMPLICADO DE TEJIDO BLANDO (EXCLUYE ABSCESO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO)	150.00
62	20100	EXPLORACION DE HERIDA PENETRANTE	97.50
63	20200	BIOPSIA DE MUSCULO	75.00
64	20200.01	TOMA DE BIOPSIA DE MÚSCULO (SIN ANATOMIA PATOLOGICA)	37.50
65	20220	BIOPSIA DE HUESO	32.99
66	20525	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MÚSCULO O VAINA TENDINOSA	150.00
67	20552	INFILTRACION (POR PUNTO - QUELOIDES O ALOPECIA AREATA)	22.50
68	20600.01	ARTROCENTESIS	15.00
69	20600	ARTROCENTESIS Y/O INFILTRACION	180.00
70	21805	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE COSTILLA SIN FIJACION, CADA UNA	639.44
71	21825	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DEL ESTERNÓN CON O SIN FIJACIÓN ESQUELÉTICA	723.21
72	21930	EXCISION DE TUMOR DE TEJIDO BLANDO DE ESPALDA O FLANCO	370.31
73	21935	RESECCION RADICAL DE TUMOR DE TEJIDO BLANDO DE ESPALDA O FLANCO	600.00
74	22110	INTERCONSULTA DERMATOLOGIA	15.00
75	22210	OSTEOTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL, ABORDAJE POSTERIOR O POSTEROLATERAL	1275.00
76	22220	OSTEOTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL, INCLUYENDO DISQUECTOMIA, ABORDAJE ANTERIOR	728.64
77	22848	FIJACIÓN PÉLVICA QUE NO SEA SACRO	396.70
78	23000	EXTIRPACION DE DEPOSITOS CALCAREOS SUBDELTOIDEOS (O INTRATENDINOSOS), CUALQUIER METODO	330.00
79	23030	INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO, HEMATOMA, O DE BOLSA SINOVIAL INFECTADA	315.70
80	23035	INCISIÓN DE HUESO CORTICAL, EN HOMBRO	525.00
81	23040	ARTROTOMIA DE ARTICULACION GLENOHUMERAL, INCLUYENDO EXPLORACION, DRENAJE, EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO, BIOPSIA	570.00
82	23077	RESECCION RADICAL DE TUMOR(NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE REGION DEL HOMBRO	225.00
83	23120	CLAVICULECTOMIA; PARCIAL	384.00
84	23140	EXCISION O LEGRADO DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO DE CLAVICULA O ESCAPULA	450.00
85	23170	SECUESTRECTOMIA (P. EJ. PARA OSTEOMIELITIS O ABSCESO OSEO), CLAVICULA	330.00
86	23174	SECUESTRECTOMIA (P. EJ. PARA OSTEOMIELITIS O ABSCESO OSEO), CABEZA O CUELLO QUIRURGICO DEL HUMERO	525.00
87	23180	EXCISION PARCIAL (CRATERIZACION, SAUCERIZACION, O DIAFISECTOMIA) HUESO (P. EJ. OSTEOMIELITIS), CLAVICULA	480.00
88	23190	OSTEOTOMIA DE ESCAPULA, PARCIAL (P. EJ. ANGULO MEDIAL SUPERIOR)	360.00



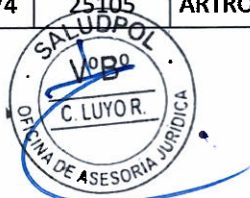
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
89	23200	RESECCION RADICAL DE TUMOR; CLAVICULA	480.00
90	23220	RESECCION RADICAL DE TUMOR OSEO, HUMERO PROXIMAL	450.00
91	23332	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE HOMBRO CON COMPLICACIONES	720.00
92	23395	TRANSFERENCIA DE MUSCULO DE HOMBRO O BRAZO	728.64
93	23405	TENOTOMIA REGION DEL HOMBRO	360.00
94	23410	CORRECCION DE RUPTURA DE MANGUITO MUSCULOTENDINOSO	661.58
95	23415	LIBERACION DE LIGAMENTO CORACOACROMIAL, CON O SIN ACROMIOPLASTIA	375.00
96	23420	RECONSTRUCCIÓN DE AVULSIÓN COMPLETA DEL HOMBRO (ROTADOR), AVULSIÓN DE MANGUITO, CRÓNICO	422.00
97	23430	TENODESIS DE TENDON LARGO DEL BICEPS	379.20
98	23440	RESECCION O TRANSPLANTE DEL TENDON LARGO DEL BICEPS	364.50
99	23465	CAPSULOTOMIA, ARTICULACION GLENOHUMERAL, POSTERIOR, CON O SIN INSERCIÓN DE BLOQUE OSEO	594.00
100	23470	ARTROPLASTIA, ARTICULACION GLENOHUMERAL; HEMIARTROPLASTIA	825.00
101	23480	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA, CON O SIN FIJACION INTERNA	495.00
102	23490	TRATAMIENTO PROFILÁCTICO (USO DE CLAVOS, CLAVIJAS, PLACAS O ALAMBRE); CON O SIN METILMETACRILATO, CLAVICULA, HÚMERO PROXIMAL	211.86
103	23500	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE CLAVICULA SIN MANIPULACION	56.00
104	23515	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA CLAVICULAR, LUXACION ESTERNOCLAVICULAR, ACROMIOCLAVICULAR	577.51
105	23530	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN ESTERNOCLAVICULAR	67.20
106	23550	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN ACROMIOCLAVICULAR	233.01
107	23585	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA ESCAPULAR	600.00
108	23600	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE HUMERO PROXIMAL	88.00
109	23615	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DEL HUMERO PROXIMAL	750.00
110	23630	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DE LA TUBEROSIDAD MAYOR DEL HÚMERO, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (FRACTURA PROXIMAL DE HUMERO)	490.00
111	23650	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCACIÓN DE HOMBRO (LUXACIÓN)	100.00
112	23660	TRATAMIENTO ABIERTO DE LUXACION AGUDA DEL HOMBRO, CON O SIN FRACTURA HUMERAL, CON O SIN FIJACION INTERNA O EXTERNA	465.00
113	23665	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCACIÓN DE HOMBRO, CON FRACTURA HUMERAL (LUXACION)	88.00
114	23700	MANIPULACIÓN BAJO ANESTESIA, ARTICULACIÓN DEL HOMBRO, INCLUYENDO LA APLICACIÓN DE APARATO DE FIJACIÓN	175.00
115	23800	ARTRODESIS DE HOMBRO	576.00
116	23920	DESARTICULACION DE HOMBRO	720.00
117	23930	INCISIÓN Y DRENAJE DE LESIONES (ABSCEOS O HEMATOMAS PROFUNDOS) EN BRAZO O CODO	180.25



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
118	23935	INCISIÓN, PROFUNDA, CON APERTURA DE HUESO CORTICAL, HÚMERO O CODO	216.00
119	24000	ARTROTOMIA DE CODO, INCLUYENDO EXPLORACION, DRENAJE O EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO	200.00
120	24006	ARTROTOMÍA DE CODO, CON EXCISIÓN PARA LIBERACIÓN CAPSULAR (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	300.00
121	24075	EXCISION DE TUMOR EN BRAZO O REGION DEL CODO; SUBCUTANEO	240.00
122	24077	RESECCION RADICAL DE TUMOR (P. EJ. NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE BRAZO O REGION DEL CODO	540.00
123	24105	EXCISION, BOLSA DEL OLECRANON	270.00
124	24110	EXCISION Y LEGRADO DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO, HUMERO	450.00
125	24130	EXCISION, CABEZA DEL RADIO	525.00
126	24134	SECUESTRECTOMIA DE HUMERO DISTAL, CABEZA O CUELLO DE RADIO, APOFISIS OLECRANEANA	300.00
127	24140	EXCISION PARCIAL DE HUMERO, CABEZA O CUELLO DE RADIO, APOFISIS OLECRANEANA	525.00
128	24149	RESECCION RADICAL DE CAPSULA, TEJIDO BLANDO Y HUESO HETEROTOPICO DE CODO	475.50
129	24150	RESECCION RADICAL DE TUMOR, DIAFISIS O HUMERO DISTAL	330.00
130	24155	RESECCION DE ARTICULACION DEL CODO (ARTRECTOMIA)	480.00
131	24160	REMOCIÓN DE IMPLANTE, CODO/CABEZA DE RADIO	157.50
132	24200	EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO O REGION DEL CODO	375.00
133	24201	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBFACIAL O INTRAMUSCULAR EN BRAZO O CODO	375.00
134	24301	TRANSFERENCIA DE MUSCULO O TENDON EN BRAZO O REGION DEL CODO	780.00
135	24305	ALARGAMIENTO DE TENDON EN BRAZO O CODO	540.00
136	24310	TENOTOMIA ABIERTA, DESDE EL CODO AL HOMBRO	312.00
137	24320	TENOPLASTIA CON TRANSFERENCIA DE MUSCULO, DESDE EL CODO AL HOMBRO	525.00
138	24330	REFLEXOPLASTIA DE CODO	313.50
139	24340	TENODESIS DEL TENDON DE BICEPS A NIVEL DE CODO	300.00
140	24342	REINSERCIÓN DE TENDON ROTO DEL BICEPS O TRICEPS, DISTAL	375.00
141	24350	FASCIECTOMIA LATERAL O MEDIAL (P. EJ. "CODO DE TENISTA" O EPICONDILITIS)	375.00
142	24360	ARTROPLASTIA DE CODO, CABEZA DE RADIO	750.00
143	24400	OSTEOTOMIA DE HUMERO	525.00
144	24420	OSTEOPLASTIA DE HUMERO (P. EJ. ACORTAMIENTO O ALARGAMIENTO)	780.00
145	24430	CORRECCIÓN DE FALTA DE UNIÓN O UNIÓN DEFECTUOSA DE HÚMERO	288.90
146	24470	PARO HEMIEPIFISARIO (P. EJ. CUBITO VARO O VALGO, HUMERO DISTAL)	300.00
147	24495	FASCIECTOMIA DE DESCOMPRESION DE ANTEBRAZO	345.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
148	24498	TRATAMIENTO PROFILÁCTICO (USO DE CLAVOS, CLAVIJAS, PLACAS O ALAMBRE), CON O SIN METILMETACRILATO, DIÁFISIS DEL HÚMERO	143.52
149	24500	REDUCCION INCRUENTA DE DIÁFISIS DEL HÚMERO (LUXACIÓN)	42.75
150	24515	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA HUMERAL DIAFISIARIA	525.00
151	24538	(INSUMO) FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA HUMERAL	450.00
152	24545	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA HUMERAL SUPRACONDILAR O TRANSCONDILAR, SIN EXTENSION INTERCONDILAR	900.00
153	24586	(INSUMO) TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA PERIARTICULAR Y/O LUXACION DE CODO (FRACTURA DEL HUMERO DISTAL Y CUBITO PROXIMAL Y/O RADIO PROXIMAL)	875.00
154	24600	TRATAMIENTO CERRADO DE LUXACION DE CODO, MUÑECA	240.00
155	24615	TRATAMIENTO ABIERTO DE LUXACION AGUDA O CRONICA DE CODO	375.00
156	24620	TRATAMIENTO CERRADO DE LA FRACTURA DE MONTEGGIA A NIVEL DEL CODO	105.00
157	24635	TRATAMIENTO ABIERTO DE LA FRACTURA DE MONTEGGIA A NIVEL DEL CODO	750.00
158	24640.01	REDUCCION INCRUENTA DE SUBLUXACIÓN DE CABEZA PRURACIÓN DOLOROSA O CODO DE NUÑERA, CON MANIPULACIÓN (LUXACIÓN)	150.00
159	24640	TRATAMIENTO CERRADO DE SUBLUXACIÓN DE CABEZA DEL RADIO EN NIÑOS, CON MANIPULACIÓN	36.15
160	24650	REDUCCION INCRUENTA DE CABEZA O CUELLO DE RADIO (LUXACIÓN)	150.00
161	24665	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE CABEZA O CUELLO DEL RADIO	825.00
162	24670	REDUCCION INCRUENTA DE CÚBITO, EXTREMO PROXIMAL (APÓFISIS OLECRANEANA) (LUXACIÓN)	33.60
163	24685	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE OLECRANON	600.00
164	24800	ARTRODESIS, ARTICULACION DE CODO	600.00
165	24900	AMPUTACION A NIVEL DE BRAZO A TRAVES DEL HUMERO	480.00
166	25000	INCISION DE VAINA TENDINOSA DEL EXTENSOR, MUÑECA (P. EJ. ENFERMEDAD DE QUERVAIN)	160.00
167	25020	FASCIOTOMIA DESCOMPRESIVA, ANTEBRAZO Y/O MUÑECA	345.00
168	25028	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO O HEMATOMA; ANTEBRAZO Y/O MUÑECA	58.80
169	25035	INCISIÓN PROFUNDA, HUESO CORTICAL, ANTEBRAZO Y/O MUÑECA (P. EJ. OSTEOMIELITIS O ABSCESO ÓSEO)	262.50
170	25040	ARTROTOMIA DE ARTICULACION RADIOCARPAL O MEDIOCARPAL, CON EXPLORACION, DRENAJE O EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO	420.00
171	25075	EXCISION, TUMOR, ANTEBRAZO Y/O REGION DE LA MUÑECA; SUBCUTANEO	200.00
172	25077	RESECCION RADICAL DE TUMOR (P. EJ. NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE ANTEBRAZO Y/O REGION DE LA MUÑECA	525.00
173	25100	ARTROTOMÍA DE MUÑECA CON BIOPSIA	120.00
174	25105	ARTROTOMIA DE MUÑECA CON SINOVECTOMIA	435.00



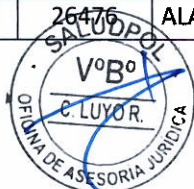
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
175	25110	EXCISIÓN, LESIÓN DE VAINA TENDINOSA, ANTEBRAZO Y/O MUÑECA	175.00
176	25111	EXCISIÓN DE GANGLION DE MUÑECA (DORSAL O PALMAR)	300.00
177	25115	EXCISIÓN RADICAL DE BOLSA TENDINOSA, LIQUIDO SINOVIAL DE MUÑECA O VAINA TENDINOSA DE ANTEBRAZO	450.00
178	25118	SINOVECTOMIA, VAINA DE TENDON EXTENSOR EN MUÑECA	345.00
179	25120	EXCISIÓN O LEGRADO DE QUISTE ÓSEO O TUMOR BENIGNO DE RADIO O CUBITO	300.00
180	25145	SECUESTRECTOMÍA DE ANTEBRAZO Y/O MUÑECA (EJ. POR OSTEOMIELITIS O ABSCESO ÓSEO)	225.00
181	25150	EXCISIÓN PARCIAL DE CÚBITO O RADIO	480.00
182	25170	RESECCION RADICAL DE TUMOR, RADIO O CUBITO	450.00
183	25210	CARPECTOMIA, UN SOLO HUESO	240.00
184	25215	CARPECTOMIA DE TODOS LOS HUESOS DE LA FILA PROXIMAL	390.00
185	25230	ESTILOIDECTOMIA RADIAL	375.00
186	25260	CORRECCION DE TENDON O MUSCULO DE ANTEBRAZO Y/O MUÑECA	600.00
187	25280	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DE TENDON FLEXOR O EXTENSOR DE ANTEBRAZO O MUÑECA	435.00
188	25290	TENOTOMIA ABIERTA DE TENDON FLEXOR O EXTENSOR DE ANTEBRAZO Y/O MUÑECA	330.00
189	25295	TENOLISIS DE TENDON FLEXOR O EXTENSOR DE ANTEBRAZO Y/O MUÑECA	285.00
190	25300	TENODESIS A NIVEL DE LA MUÑECA	435.00
191	25310	TRANSPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDON DE ANTEBRAZO Y/O MUÑECA	882.00
192	25315	DESLIZAMIENTO DEL ORIGEN DE LOS FLEXORES DE ANTEBRAZO Y/O MUÑECA	450.00
193	25320	CAPSULORRAFIA O RECONSTRUCCION DE MUÑECA	525.00
194	25332	ARTROPLASTIA DE MUÑECA	435.00
195	25335	CENTRALIZACION DE MUÑECA SOBRE EL CUBITO (P. EJ. MANO PENDULA RADIAL)	420.00
196	25337	RECONSTRUCCIÓN PARA ESTABILIZACIÓN DE CÚBITO O ARTICULACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL INESTABLE EMPLEANDO TEJIDOS BLANDOS	315.00
197	25350	OSTEOTOMIA DE RADIO Y/O CUBITO	510.00
198	25390	OSTEOPLASTIA DE RADIO Y/O CUBITO	495.00
199	25440	CORRECCION DE FALTA DE UNION DE HUESO ESCAFOIDE (NAVICULAR), CON O SIN ESTILOIDECTOMIA RADIAL	570.00
200	25449	REVISION DE ARTROPLASTIA DE MUÑECA INCLUYENDO REMOCION DE IMPLANTES	375.00
201	25490	TRATAMIENTO PROFILÁCTICO (USO DE CLAVOS, CLAVIJAS, PLACAS O ALAMBRE), CON O SIN METILMETACRILATO, RADIO Y/O CÚBITO	117.60
202	25500	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA RADIAL O ULNAR	195.00
203	25515	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA RADIAL, INCLUYE FIJACION INTERNA	609.41



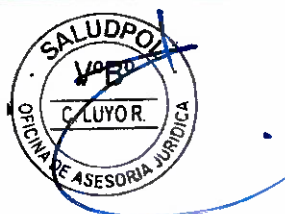
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
204	25525	TRATAMIENTO ABIERTO DE DIÁFISIS RADIAL CON FIJACION INTERNA Y/O EXTERNA Y REDUCCIÓN INCRUENTA DE DISLOCADURA RADIOCUBITAL DISTAL: GALEAZZI	750.00
205	25526	TRATAMIENTO DE FRACTURA RADIAL Y RADIAL ULNAR	480.00
206	25574	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURAS DE LAS DIAFISIS DEL RADIO Y CUBITO, CON FIJACION INTERNA O EXTERNA; DE RADIO O CUBITO	480.00
207	25600	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA DISTAL DE RADIO O SEPARACION EPIFISARIA	375.00
208	25620	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DISTAL DE RADIO (P. EJ. FRACTURA DE COLLES O SMITH) O SEPARACION EPIFISARIA	609.41
209	25622	REDUCCION INCRUENTA DE ESCAFOIDE (LUXACIÓN)	31.95
210	25628	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DE ESCAFOIDE CARPEANO (NAVICULAR), CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (FRACTURA DE MUÑECA)	200.00
211	25630	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE HUESO CARPIANO; EXCEPTO ESCAFOIDES	92.34
212	25645	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE HUESO CARPEANO	384.00
213	25650	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE LA APÓFISIS ESTILOIDES CUBITAL	85.30
214	25660	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCACIÓN RADIOCARPAL O INTERCARPAL (LUXACIÓN)	16.80
215	25675	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL, CON MANIPULACIÓN (LUXACIÓN)	85.30
216	25676	TRATAMIENTO ABIERTO DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL	390.00
217	25680	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCACIÓN POR FRACTURA DE TIPO TRANSESCAFOIDEA PERISEMILUNAR, CON MANIPULACIÓN (LUXACIÓN)	195.00
218	25685	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN POR FRACTURA DE TIPO TRANSESCAFOIDEA PERISEMILUNAR	236.25
219	25690	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCACIÓN DEL SEMILUNAR, CON MANIPULACIÓN (LUXACIÓN)	149.00
220	25695	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN DEL SEMILUNAR	224.50
221	25800	ARTRODESIS DE MUÑECA	420.00
222	25900	AMPUTACION DE ANTEBRAZO A TRAVES DE RADIO Y CUBITO	495.00
223	25920	DESARTICULACION A TRAVES DE LA MUÑECA	430.50
224	25927	AMPUTACION TRANSMETACARPAL	435.00
225	26010	DRENAJE DE ABSCESO DE DEDO; SIMPLE	52.50
226	26020	DRENAJE DE VAINA TENDINOSA	45.00
227	26034	INCISION DE HUESO CORTICAL DE MANO O DEDO	420.00
228	26037	FASCIOTOMIA DESCOMPRESIVA DE MANO	345.00
229	26040	FASCIOTOMIA PALMAR	420.00
230	26055	INCISION DE VAINA TENDINOSA (P. EJ. PARA DEDO "EN GATILLO")	285.00



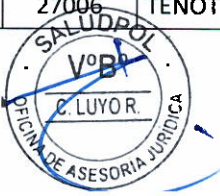
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
231	26070	ARTROTOMIA CON EXPLORACION, DRENAJE, EXTIRPACION DE CUERPO SUELTO O CUERPO EXTRAÑO O BIOPSIA EN ARTICULACION CARPOMETACARPIANA, METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA	420.00
232	26115	EXCISION, TUMOR O MALFORMACION VASCULAR, MANO O DEDO; SUBCUTANEO	570.00
233	26117	RESECCION RADICAL DE TUMOR (P. EJ. NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE MANO O DEDO	390.00
234	26121	FASCIECTOMIA DE LA PALMA	420.00
235	26130	SINOVECTOMIA DE ARTICULACION CARPOMETACARPIANA, METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA	330.00
236	26145	SINOVECTOMIA RADICAL DE VAINA TENDINOSA (TENOSINOVECTOMIA) DE TENDON FLEXOR, PALMA Y/O DEDO	345.00
237	26160	EXCISIÓN DE LESIÓN DE VAINA TENDINOSA O CÁPSULA (P. EJ. QUISTE, QUISTE MUCOSO, O GANGLIÓN), MANO O DEDO	88.00
238	26170	EXCISIÓN DE TENDÓN	67.20
239	26185	SESAMOIDECTOMIA DEDO PULGAR U OTRO DEDO	255.00
240	26200	EXCISION O LEGRADO DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO DEL METACARPO; MAS INJERTO OSEO	435.00
241	26230	EXCISION PARCIAL DE METACARPO O FALANGES	435.00
242	26250	RESECCION RADICAL, METACARPO; (P. EJ. TUMOR)	450.00
243	26320	EXTIRPACION DE IMPLANTE DEL DEDO O MANO	570.00
244	26350	CORRECCION O AVANCE DE TENDON FLEXOR DE MANO	450.00
245	26350.01	TENORRAFIA DEDO DE MANO Y PIE	225.00
246	26370	CORRECCION O AVANCE DE TENDON DEL MUSCULO FLEXOR PROFUNDO DE LOS DEDOS	450.00
247	26390	EXCISIÓN DE TENDÓN FLEXOR, IMPLANTACIÓN DE VARILLA PROSTÉTICA PARA INJERTO DIFERIDO DE TENDÓN, MANO O DEDO, CADA TENDÓN	168.00
248	26392	REMOCIÓN DE VARILLA PROSTÉTICA E INSERCIÓN DE INJERTO DE TENDÓN FLEXOR, MANO O DEDO, CADA TENDÓN	168.00
249	26410	CORRECCION DE TENDON EXTENSOR DE MANO O DEDO	450.00
250	26415	EXCISIÓN DE TENDÓN EXTENSOR, IMPLANTACIÓN DE VARILLA PROSTÉTICA PARA INJERTO DIFERIDO DE TENDÓN, MANO O DEDO	75.60
251	26416	REMOCIÓN DE VARILLA PROSTÉTICA E INSERCIÓN DE INJERTO DE TENDÓN EXTENSOR, MANO O DEDO, CADA TENDÓN	168.00
252	26432	REDUCCION INCRUENTA DE INSERCIÓN DISTAL DE TENDÓN EXTENSOR, CON O SIN FIJACIÓN CON ENCLAVIADO PERCUTÁNEO (LUXACIÓN)	67.20
253	26437	REALINEACION DE TENDON EXTENSOR DE MANO	525.00
254	26440	TENOLISIS DE TENDON FLEXOR O EXTENSOR DE MANO Y/O DEDO	300.00
255	26450	TENOTOMIA ABIERTA DE TENDON FLEXOR O EXTENSOR DE MANO O DEDO	330.00
256	26471	TENODESIS DE ARTICULACION INTERFALANGICO	435.00
257	26476	ALARGAMIENTO DE TENDON EXTENSOR O FLEXOR DE MANO O DEDO	450.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
258	26477	ACORTAMIENTO DE TENDON EXTENSOR O FLEXOR DE MANO O DEDO	450.00
259	26480	TRANSPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDÓN, REGIÓN CARPOMETACARPIANA O DORSO DE LA MANO	201.60
260	26485	TRANSPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDÓN PALMAR	201.60
261	26490	RESTAURACION DE LA OPOSICION DEL PULGAR ("OPONENPLASTIA")	900.00
262	26497	TRANSFERENCIA DE TENDÓN PARA RESTABLECER FUNCIÓN INTRÍNSECA	201.60
263	26499	CORRECCION DE DEDO "EN GARRA"	435.00
264	26500	RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DEL TENDÓN, CADA TENDÓN	268.80
265	26508	LIBERACION DE MUSCULOS TENARES (P. EJ. CONTRACTURA DEL PULGAR)	435.00
266	26510	TRANSFERENCIA INTRÍNSECA CRUZADA	168.00
267	26516	CAPSULODESIS EN ARTICULACION METACARPOFALANGICA	450.00
268	26520	CAPSULECTOMIA O CAPSULOTOMIA DE ARTICULACION METACARPOFALANGICA	420.00
269	26530	ARTROPLASTIA DE ARTICULACION METACARPOFALANGICA, INTERFALANGICA	435.00
270	26540	CORRECCION DE LIGAMENTO COLATERAL DE ARTICULACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA	420.00
271	26541	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO COLATERAL DE ARTICULACION METACARPOFALANGICA, INTERFALANGICA	450.00
272	26548	CORRECCION Y RECONSTRUCCION DE DEDO, PLACA PALMAR O ARTICULACION INTERFALANGICA	480.00
273	26560	CORRECCION DE SINDACTILIA (DEDOS EN MEMBRANA), CADA ESPACIO INTERDIGITAL; CON COLGAJOS CUTANEOS	450.00
274	26565	OSTEOTOMIA METACARPIANA, FALANGE DE DEDO	450.00
275	26568	OSTEOPLASTIA, ALARGAMIENTO, METACARPO O FALANGE	525.00
276	26580	CORRECCION DE MANO HENDIDA	675.00
277	26585	CORRECCION DE DEDO BIFIDO	345.00
278	26587	RECONSTRUCCION DE DIGITO SUPERNUMERARIO, TEJIDO BLANDO Y HUESO	375.00
279	26590	CORRECCION DE MACRODACTILIA	375.00
280	26591	CORRECCION/LIBERACION DE MUSCULOS INTRINSECOS DE LA MANO, CADA MUSCULO	375.00
281	26596	EXCISION DE SURCOS ANULARES CONSTRICTIVOS, CON VARIAS Z-PLASTIAS	480.00
282	26597	LIBERACION DE CONTRACTURA CICATRIZAL, FLEXOR O EXTENSOR DE MANO Y/O DEDO	330.00
283	26600	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA METACARPIANA	16.80
284	26608	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA METACARPIANA	450.00
285	26615	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA METACARPIANA, FALANGES	336.00
286	26665	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCACIÓN POR FRACTURA CARPOMETACARPIANA, DEDO PULGAR, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	168.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
287	26670	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCACIÓN POR FRACTURA CARPOMETACARPIANA, QUE NO SEA DEDO PULGAR	33.60
288	26676	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE LUXACION CARPOMETACARPIANA, INTERFALANGICA	375.00
289	26685	TRATAMIENTO ABIERTO DE LUXACION CARPOMETACARPIANA, METACARPOFALANGICA	450.00
290	26700	(INSUMO) TRATAMIENTO CERRADO DE LUXACION CARPOMETACARPIANA, TARSOMETARSIANA, METACARPOFALANGICA, METATARSOFALANGICA, INTERFALANGICA	60.00
291	26720	TRATAMIENTO DE FRACTURA CERRADA DE DIAFISIS DE FALANGE	31.95
292	26727	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA INESTABLE DE FALANGE	330.00
293	26735.01	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS AGUDA O CRONICA DE CODO	380.00
294	26735	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DE DIÁFISIS DE FALANGE PROXIMAL O MEDIA, DEDO O PULGAR, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (FRACTURA)	300.00
295	26740	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS ARTICULAR CON COMPROMISO DE ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA (FRACTURA DEDOS DE MANO Y/O PIE)	33.60
296	26746	(INSUMO) TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA ARTICULAR, CON COMPROMISO DE ARTICULACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA	375.00
297	26750	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE FALANGE DISTAL DE CUALQUIER DEDO	32.55
298	26756	FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA DE FRACTURA DE FALANGE DISTAL, DEDO O PULGAR, CADA UNA	50.40
299	26765	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DE FALANGE DISTAL, DEDO O PULGAR, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (FRACTURA PRIMER DEDO DE MANO)	67.20
300	26770	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCACIÓN DE ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA, CON MANIPULACIÓN (LUXACIÓN)	3.60
301	26820	FUSION EN OPOSICION DE PULGAR	450.00
302	26841	ARTRODESIS DE ARTICULACION CARPOMETACARPIANA, METACARPOFALANGICA, O INTERFALANGICA	450.00
303	26910	AMPUTACION A NIVEL DE MANO	510.00
304	26951	AMPUTACION A NIVEL DE DEDOS DE MANO	270.00
305	26990	INCISIÓN Y DRENAJE, PELVIS O ARTICULACIÓN DE LA CADERA, ABSCESO, HEMATOMA O BOLSA SINOVIAl INFECTADA	25.20
306	26992	INCISION DE HUESO CORTICAL DE PELVIS Y/O ARTICULACION DE LA CADERA	525.00
307	27000	TENOTOMIA DE ADUCTOR DE LA CADERA	450.00
308	27005	TENOTOMIA DEL PSOAS	525.00
309	27006	TENOTOMIA DE ABDUCTORES Y/O EXTENSORES DE LA CADERA	450.00



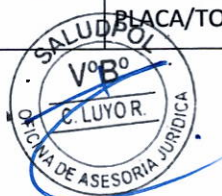
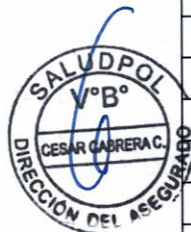
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
310	27025	FASCIECTOMIA DE CADERA O MUSLO	480.00
311	27030	ARTROTOMIA DE CADERA, INCLUYENDO EXPLORACION O EXTIRPACION DE CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRAÑO O DRENAJE O BIOPSIA	570.00
312	27035	DERIVACION DE ARTICULACION DE LA CADERA	750.00
313	27036	CAPSULECTOMIA O CAPSULOTOMIA DE CADERA	720.00
314	27049	RESECCION RADICAL DE TUMOR, TEJIDO BLANDO DE PELVIS Y REGION DE LA CADERA (P. EJ. NEOPLASIA MALIGNA)	480.00
315	27060	EXCISION DE BOLSA SINOVIAL ISQUIATICA, TROCANTERICA O CALCIFICACION	480.00
316	27065	EXCISION DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO; SUPERFICIAL CON O SIN INJERTO AUTOLOGO	525.00
317	27070	EXCISION PARCIAL DE HUESOS DE CADERA O PELVIS	180.00
318	27075	RESECCION RADICAL DE TUMOR O INFECCION; ALA DEL ILION, UNA RAMA DEL ISQUION O DEL PUBIS, O SINFISIS DEL PUBIS	525.00
319	27086	EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO EN PELVIS O CADERA	570.00
320	27090	REMOCIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA	159.00
321	27097	LIBERACION O RESECCION DE TENDONES DE LA CORVA	525.00
322	27098	TRANSFERENCIA DE MÚSCULO A PELVIS	193.20
323	27120	ACETABULOPLASTÍA	600.00
324	27125	HEMIARTROPLASTIA DE CADERA	1200.00
325	27130	ARTROPLASTIA, REEMPLAZO PROTESICO ACETABULAR Y FEMORAL PROXIMAL, CON O SIN INJERTO AUTOLOGO O ALOINJERTO	870.00
326	27132	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA PREVIA DE CADERA EN REEMPLAZO TOTAL DE CADERA, CON O SIN INJERTO AUTÓLOGO O ALOINJERTO	151.20
327	27134	REVISION DE ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA, CON O SIN INJERTO AUTOLOGO O ALOINJERTO	975.00
328	27140	OSTEOTOMIA Y TRANSFERENCIA DE TROCANTER MAYOR	624.00
329	27146	OSTEOTOMIA ILIACA, ACETABULAR O HUESO INNOMINADO COXAL	675.00
330	27158	OSTEOTOMIA DE PELVICA	525.00
331	27161	OSTEOTOMIA, FEMORAL	720.00
332	27165	OSTEOTOMIA INTRATROCANTERICA O SUBTROCANTERICA	900.00
333	27170	INJERTO OSEO, CABEZA Y CUELLO DEL FEMUR, AREA INTERTROCANTERICA O SUBTROCANTERICA	900.00
334	27175.01	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DE DIÁFISIS FEMORAL CON CLAVO ENDOMEDULAR (ENCLAVADO ENDOMEDULAR)	762.66
335	27175	TRATAMIENTO DEL DESLIZAMIENTO DE LA EPIFISIS FEMORAL POR TRACCION	300.00
336	27177	TRATAMIENTO ABIERTO DEL DESLIZAMIENTO DE LA EPIFISIS FEMORAL	750.00
337	27187	TRATAMIENTO PROFILÁCTICO (CLAVOS, CLAVIJAS, PLACAS, O ALAMBRES) CON O SIN METILMETACRILATO, CUELLO FEMORAL Y FÉMUR PROXIMAL	168.00
338	27193	TRATAMIENTO CERRADO DE LUXACION DE CADERA, RODILLA, TOBILLO	150.00
339	27200	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA COCCIGEA	150.00



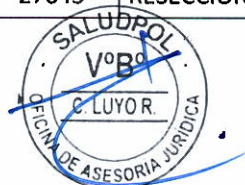
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
340	27215	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURAS DE ESPINAS ILIACAS O DE CRESTA ILIACA	876.00
341	27216	FIJACION PERCUTANEA DE FRACTURA DE PELVIS	600.00
342	27217	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA PELVICA Y/O LUXACION, INCLUYE FIJACION INTERNA	624.00
343	27220	REDUCCION INCRUENTA DE ACETÁBULO (PELVIPEDIO DE YESO) (LUXACIÓN)	75.60
344	27226	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE ACETABULAR	1470.00
345	27230	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE EXTREMO FEMORAL PROXIMAL, EXCEPTO TROCÁNTER MAYOR	82.00
346	27235	FIJACION PERCUTANEA DE FRACTURA FEMORAL PROXIMAL	762.00
347	27236	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE EXTREMO FEMORAL PROXIMAL, EXCEPTO TROCANTER MAYOR	1020.00
348	27246	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DEL TROCÁNTER MAYOR, SIN MANIPULACIÓN	100.80
349	27248	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DEL TROCÁNTER MAYOR, CON O SIN FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA (FRACTURA PROXIMAL DE HUMERO)	126.00
350	27250	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCACIÓN TRAUMÁTICA DE LA CADERA (LUXACIÓN)	60.00
351	27265	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCACIÓN DE LA CADERA POST ARTROPLASTIA DE CADERA (LUXACIÓN)	58.80
352	27275	MANIPULACION, ARTICULACION DE LA CADERA, CON ANESTESIA GENERAL	465.00
353	27282	ARTRODESIS DE SINFISIS DEL PUBIS	450.00
354	27284	ARTRODESIS DE CADERA	900.00
355	27295	DESARTICULACION DE LA CADERA	962.50
356	27301	INCISIÓN Y DRENAJE EN MUSLO O RODILLA DE ABSCESO PROFUNDO, BOLSA SINOVIAL, HEMATOMA	67.20
357	27305	FASCIECTOMIA ILIOTIBIAL	435.00
358	27306	TENOTOMIA PERCUTANEA DE ADUCTOR O TENDONES DE LA CORVA, UNO O VARIOS TENDONES	420.00
359	27310	ARTROTOMIA DE RODILLA CON EXPLORACION, DRENAJE, EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO O BIOPSIA SINOVIAL	480.00
360	27315	NEURECTOMIA, MUSCULO DE LA CORVA	450.00
361	27320	NEURECTOMIA, POPLITEA (MUSCULOS GEMELOS)	405.00
362	27327	EXCISION DE TUMOR DE REGION DEL MUSLO O LA RODILLA; SUBCUTANEA	300.00
363	27329	RESECCION RADICAL DE TUMOR (P. EJ. NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO O REGION DEL MUSLO O LA RODILLA	390.00
364	27340	EXCISION DE BOLSA SINOVIAL PRERROTULIANA	360.00
365	27350	ROTULECTOMIA O HEMIROTULECTOMIA	570.00
366	27355	EXCISION O LEGRADO DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO DE FEMUR	720.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
367	27360	EXCISION PARCIAL (CRATERIZACION, SAUCERIZACION, O DIAFISECTOMIA) HUESO, FEMUR, TIBIA PROXIMAL Y/O PERONE	480.00
368	27365	RESECCION RADICAL DE TUMOR, HUESO, FEMUR O RODILLA	435.00
369	27372	EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO, PROFUNDO, REGION DEL MUSLO O DE LA RODILLA	528.00
370	27380	SUTURA DE TENDON INFRARROTULIANO	420.00
371	27385	SUTURA DE RUPTURA DEL MUSCULO CUADRICEPS O DE UNIDAD MUSCULOTENDINOSA DE LA CORVA	480.00
372	27390	TENOTOMIA ABIERTA DE TENDONES DE LA CORVA, RODILLA HASTA CADERA, UNO O MAS TENDONES	330.00
373	27393	ALARGAMIENTO DE TENDON DE LA CORVA	435.00
374	27396	TRASPLANTE DE TENDON DE LA CORVA A LA ROTULA	525.00
375	27400	TRASLADO DE TENDON O MUSCULO DE LA CORVA AL FEMUR	495.00
376	27403	ARTROTOMIA DE RODILLA CON REPARACION DE MENISCO	480.00
377	27405	CORRECCION DE CAPSULA Y/O LIGAMENTOS DE RODILLA	510.00
378	27418	PLASTIA DE TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA	300.00
379	27420	RECONSTRUCCION DE LUXACION DE ROTULA	450.00
380	27425	LIBERACION DEL RETINACULO LATERAL	375.00
381	27427	RECONSTRUCCION EXTRAARTICULAR DE LIGAMENTOS DE RODILLA	450.00
382	27428	RECONSTRUCCION INTRAARTICULAR DE LIGAMENTOS DE RODILLA	480.00
383	27430	CUADRICEPLASTIA	450.00
384	27435	CAPSULOTOMIA DE RODILLA, LIBERACION DE LA CAPSULA POSTERIOR	510.00
385	27437	ARTROPLASTIA DE RODILLA	1275.00
386	27448	OSTEOTOMIA DE FEMUR	876.00
387	27455	OSTEOTOMIA TIBIA PROXIMAL, INCLUYENDO EXCISION U OSTEOTOMIA DE PERONE	585.00
388	27465	OSTEOPLASTIA DE FEMUR, ACORTAMIENTO	882.00
389	27466	OSTEOPLASTIA DE FEMUR, ALARGAMIENTO	985.01
390	27468	OSTEOPLASTIA DE FEMUR; COMBINADO, ALARGAMIENTO Y ACORTAMIENTO CON TRANSFERENCIA DE SEGMENTO FEMORAL	570.00
391	27495	TRATAMIENTO PROFILÁCTICO (CLAVOS, CLAVIJAS, PLACAS O ALAMBRE) CON O SIN METILMETACRILATO, FÉMUR (FIJACIÓN EXTERNA)	75.60
392	27496	FASCIOTOMIA DESCOMPRESIVA DE MUSLO Y/O RODILLA	120.00
393	27497	FASCIOTOMIA DESCOMPRESIVA DE MUSLO Y/O RODILLA CON DEBRIDAMIENTO DE MUSCULO Y/O NERVIOS DESVITALIZADOS	750.00
394	27500	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA FEMORAL, SIN MANIPULACION	150.00
395	27501	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA FEMORAL SUPRACONDILAR O TRANSCONDILAR CON O SIN EXTENSIÓN INTERCONDILAR, SIN MANIPULACIÓN	58.80
396	27506	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE DIÁFISIS FEMORAL	151.20
397	27507	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE LA DIAFISIS FEMORAL CON PLACA/TORNILLOS, CON O SIN CERCLAJE	750.00



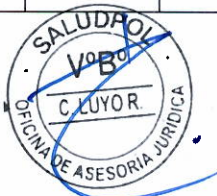
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
398	27508	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA FEMORAL, EXTREMO DISTAL, CONDILO MEDIAL O LATERAL, SIN MANIPULACION	125.26
399	27509	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA FEMORAL DISTAL	525.00
400	27511	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS FEMORAL DISTAL (FRACTURA FEMUR DISTAL)	379.02
401	27514	(INSUMO) TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA FEMORAL, EXTREMO DISTAL, CONDILO MEDIAL O LATERAL, CON O SIN FIJACION INTERNA O EXTERNA	876.00
402	27519	TRATAMIENTO ABIERTO DE SEPARACION EPIFISARIA FEMORAL DISTAL	525.00
403	27520	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA ROTULIANA, SIN MANIPULACIÓN (MUSLOPEDIO)	105.00
404	27524	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA ROTULIANA O LUXACION DE RODILLA	750.00
405	27530	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA TIBIAL	105.00
406	27535	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS TIBIAL CON PLACA, TORNILLO (FRACTURA DE TIBIA)	556.43
407	27550	TRATAMIENTO CERRADO DE LUXACION DE RODILLA SIN ANESTESIA	144.77
408	27556	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCADURA DE RODILLA	117.60
409	27560	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCADURA ROTULIANA	12.00
410	27566	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCADURA ROTULIANA	75.60
411	27570	MANIPULACION DE ARTICULACION DE LA RODILLA BAJO ANESTESIA GENERAL	450.00
412	27580	ARTRODESIS, RODILLA, CUALQUIER TECNICA	525.00
413	27590	AMPUTACION A NIVEL DE MUSLO	552.00
414	27598	DESARTICULACION A NIVEL DE LA RODILLA	750.00
415	27600	FASCIECTOMIA DESCOMPRESIVA DE PIERNA	345.00
416	27603	INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO, HEMATOMA, BOLSA SINOVIAL INFECTADA DE PIERNA O TOBILLO	375.00
417	27605	TENOTOMIA PERCUTANEA DE TENDON DE AQUILES	312.00
418	27607	INCISIÓN, (P.EJ. OSTEOMIELITIS O ABSCESO ÓSEO), PIERNA O TOBILLO	67.20
419	27610	ARTROTOMIA DE TOBILLO, INCLUYENDO EXPLORACION, DRENAJE O EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO	420.00
420	27615	RESECCION RADICAL DE TUMOR (P. EJ. NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DE PIERNA O REGION DEL TOBILLO	375.00
421	27618	EXCISION DE TUMOR DE PIERNA O REGION DEL TOBILLO; TEJIDO SUBCUTANEO	330.00
422	27620	ARTROTOMIA DE TOBILLO, DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA	480.00
423	27630	EXCISION DE LESION DE VAINA TENDINOSA O CAPSULA (P. EJ. QUISTE O GANGLIO), PIERNA Y/O TOBILLO	525.00
424	27635	EXCISION O LEGRADO DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO; TIBIA O PERONE	375.00
425	27640	EXCISION PARCIAL OSEA DE TIBIA O PERONE	450.00
426	27645	RESECCION RADICAL DE TUMOR, HUESO, TIBIA, PERONE	450.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
427	27650	CORRECCION DE RUPTURA DEL TENDON DE AQUILES	525.00
428	27656	CORRECCION DE DEFECTO FASCIAL DE LA PIERNA	420.00
429	27658	CORRECCION DE TENDON FLEXOR O EXTENSOR DE PIERNA	525.00
430	27675	CORRECCIÓN DE DISLOCACIÓN DE TENDONES DEL PERONÉ	67.20
431	27680	TENOLISIS, TENDON FLEXOR O EXTENSOR, PIERNA Y/O TOBILLO	300.00
432	27685	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DE TENDON DE PIERNA O TOBILLO	450.00
433	27687	RECESION DE MUSCULOS GEMELOS (P. EJ. PROCEDIMIENTO DE STRAYER)	450.00
434	27690	TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE TENDON (CON CAMBIO DE DIRECCION O DE RUTA DEL MUSCULO) DE PIERNA	600.00
435	27695	CORRECCION DE LIGAMENTO LESIONADO DE TOBILLO	360.00
436	27700	ARTROPLASTIA DE TOBILLO	840.00
437	27704	REMOCION DE IMPLANTE DE TOBILLO	588.00
438	27705	OSTEOTOMIA DE TIBIA Y/O PERONE	810.00
439	27715	OSTEOPLASTIA DE TIBIA Y PERONE, ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO	792.00
440	27727	CORRECCION DE PSEUDOARTROSIS CONGENITA, TIBIA	525.00
441	27745	TRATAMIENTO PROFILÁCTICO (CLAVOS, CLAVIJAS, PLACA, O ALAMBRE) CON O SIN METILMETACRILATO, TIBIA (FIJACIÓN EXTERNA)	67.20
442	27750	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE DIAFISIS TIBIAL, SIN MANIPULACION	163.00
443	27756	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA DE DIÁFISIS TIBIAL (CON O SIN FRACTURA DEL PERONE)	465.00
444	27758	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE LA DIAFISIS TIBIAL, (CON O SIN FRACTURA DEL PERONE)	825.00
445	27760	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE MALEOLO MEDIAL	61.35
446	27766	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DE MALEOLO TOBIAL (FRACTURA DE MALEOLO TIBIAL)	190.19
447	27780	REDUCCION INCRUENTA DE PERONÉ PROXIMAL O DIÁFISIS DE PERONÉ (MUALO PEDIO) (LUXACIÓN)	60.00
448	27784	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE PERONE PROXIMAL O DIAFISIS DEL PERONE	384.00
449	27786	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE PERONÉ DISTAL	61.35
450	27792	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DEL PERONE DISTAL	480.00
451	27808	REDUCCION INCRUENTA BIMALEOLAR DEL TOBILLO (LUXACIÓN)	141.75
452	27814	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA BIMALEOLAR O TRIMALEOLAR DEL TOBILLO	675.00
453	27816	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA TRIMALEOLAR DEL TOBILLO	67.20
454	27822	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE TOBILLO	570.00
455	27824	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE LA PORCIÓN ARTICULAR DE LA TIBIA DISTAL QUE SOPORTA CARGA AXIL	67.20
456	27826	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DE LA PORCIÓN DE LA SUPERFICIE ARTICULAR DE LA TIBIA DISTAL QUE SOPORTA CARGA AXIL (FRACTURA DISTAL EN TIBIA)	800.00



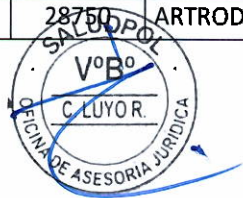
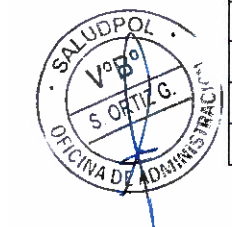
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
457	27829	TRATAMIENTO ABIERTO DE ROTURA DE LA ARTICULACION TIBIOPERONEA DISTAL (SINDESMOSIS)	420.00
458	27830	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCADURA DE ARTICULACIÓN TIBIOPERONEA PROXIMAL (LUXACIÓN)	67.20
459	27832	TRATAMIENTO ABIERTO DE LUXACION DE ARTICULACION TIBIOPERONEA PROXIMAL O TOBILLO	450.00
460	27840	REDUCCION INCRUENTA DE DISLOCADURA DE TOBILLO (LUXACIÓN)	67.20
461	27846	TRATAMIENTO ABIERTO DE DISLOCADURA DE TOBILLO, CON O SIN FIJACIÓN ESQUELÉTICA PERCUTÁNEA	201.60
462	27860	MANIPULACION DE TOBILLO BAJO ANESTESIA GENERAL	330.00
463	27870	ARTRODESIS, TOBILLO, CUALQUIER METODO	450.00
464	27871	ARTRODESIS, ARTICULACION TIBIOPERONEA, PROXIMAL O DISTAL	435.00
465	27880	AMPUTACION A NIVEL DE TIBIA Y PERONE	552.00
466	27889	DESARTICULACION DE TOBILLO	450.00
467	27893	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FASCEITIS NECROTIZANTE, LIMPIEZA QUIRURGICA	225.00
468	28001	INCISIÓN Y DRENAJE DE BOLSA SINOVIOL DE PIE, SUBFASCIAL, VAINA TENDINOSA	67.20
469	28005	INCISION DE HUESO CORTICAL DE PIE	420.00
470	28008	FASCIOTOMIA DE PIE Y/O DEDO DEL PIE	345.00
471	28010	TENOTOMIA PERCUTANEA DE DEDO DEL PIE	312.00
472	28020	(INSUMO) ARTROTOMIA DE PIE INCLUYENDO EXPLORACION, DRENAJE, EXTIRPACION DE CUERPO SUELTO O DE CUERPO EXTRAÑO O BIOPSIA	450.00
473	28035	LIBERACION DE TUNEL DEL TARSO (DESCOMPRESION DEL NERVIO TIBIAL POSTERIOR)	630.00
474	28043	EXCISION DE TUMOR DE PIE; TEJIDO SUBCUTANEO	330.00
475	28046	RESECCION RADICAL DE TUMOR (P. EJ. NEOPLASIA MALIGNA), TEJIDO BLANDO DEL PIE	375.00
476	28050	ARTROTOMÍA, INTERTARSIANA, TARSOMETATARSIANA, METATARSOFALÁNGICA, INTERFALÁNGICA	144.00
477	28055	NEURECTOMIA, MUSCULATURA INTRINSECA DEL PIE	315.00
478	28062	FASCIECTOMIA, FASCIA PLANTAR	360.00
479	28070	SINOVECTOMIA DE ARTICULACION INTERTARSIANA, TARSOMETATARSIANA O METATARSOFALANGICA	270.00
480	28086	SINOVECTOMIA DE VAINA TENDINOSA DE PIE	270.00
481	28090	EXCISIÓN DE LESIÓN, TENDÓN, VAINA TENDINOSA O CÁPSULA	67.20
482	28100	EXCISION O LEGRADO DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO, ASTRAGALO O CALCANEOS;HUESOS DEL TARSO, METATARSO O FALANGES	375.00
483	28110	OSTECTOMIA, EXCISION PARCIAL, CABEZA DEL QUINTO METATARSIANO (BUNIONETE) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	390.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
484	28114	OSTECTOMIA, EXCISION TOTAL, CABEZAS METATARSIANAS, CON FALANGECTOMIA PROXIMAL PARCIAL, EXCLUYENDO PRIMER METATARSIANO	468.00
485	28120	EXCISION PARCIAL OSEA EN HUESOS TARSIANOS, METATARSIANOS Y FALANGES DE DEDOS DEL PIE	435.00
486	28126	RESECCIÓN, PARCIAL O COMPLETA, BASE DE LA FALANGE, CADA DEDO DEL PIE	67.20
487	28130	TALECTOMIA (ASTRAGALECTOMIA)	360.00
488	28140	METATARSECTOMIA	397.50
489	28150	FALANGECTOMIA, DEDO DEL PIE	300.00
490	28153	RESECCIÓN, CÓNDILO(S), EXTREMO DISTAL DE FALANGE, CADA DEDO DEL PIE	67.20
491	28160	HEMIFALANGECTOMIA O EXCISION DE ARTICULACION INTERFALANGICA DE DEDO DEL PIE	375.00
492	28171	RESECCION RADICAL DE TUMOR, HUESO; TARSIANO, METATARSIANO Y FALANGES DEL PIE	375.00
493	28190	EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE, CON O SIN COMPLICACIONES	450.00
494	28200	CORRECCION DE TENDON DE PIE	375.00
495	28200.01	TENORRAFIA TENDON DE AQUILES	612.00
496	28220	TENOLISIS, DE TENDON FLEXOR O EXTENSOR DE PIE	270.00
497	28230	TENOTOMIA ABIERTA DE TENDON FLEXOR O EXTENSOR DE PIE	375.00
498	28238	RECONSTRUCCION (AVANCE) DE TENDON TIBIAL POSTERIOR CON EXCISION DE HUESO ESCAFOIDES (NAVICULAR)	900.00
499	28240	TENOTOMIA, ALARGAMIENTO, O LIBERACION DE MUSCULO ABDUCTOR DEL DEDO GORDO	375.00
500	28250	DIVISIÓN DE FASCIA PLANTAR Y MÚSCULO (P. EJ. DENUDACIÓN DE STEINDLER) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	67.20
501	28264	CAPSULOTOMÍA, MEDIOTARSIANA (P. EJ. PROCEDIMIENTO TIPO HEYMAN)	300.00
502	28270	CAPSULOTOMÍA EN ARTICULACIÓN METATARSOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA, POR CADA ARTICULACIÓN	216.00
503	28280	SINDACTILIZACION, DEDO DEL PIE (P. EJ. OPERACION DE MEMBRANA O PROCEDIMIENTO TIPO KELIKIAN)	300.00
504	28285	CORRECCION, "DEDO EN MARTILLO" (P. EJ. FUSION INTERFALANGICA, FALANGECTOMIA PARCIAL O TOTAL)	330.00
505	28288	OSTECTOMIA PARCIAL, EXOSTECTOMIA O CONDILECTOMIA	375.00
506	28289	CORRECCION DE HALLUX RIGIDUS POR QUEILECTOMIA, DEBRIDAMIENTO Y LIBERACION CAPSULAR DE PRIMERA ARTICULACION METATARSOFALANGICA	528.00
507	28290	CORRECCION, HALLUX VALGUS (BUNIO), CON O SIN SESAMOIDECTOMIA; EXOSTECTOMIA SIMPLE (P. EJ. PROCEDIMIENTO TIPO SILVER)	600.00
508	28300	OSTEOTOMIA DE HUESOS TARSIANOS, METATARSIANOS Y FALANGES	375.00
509	28313	RECONSTRUCCION, DEFORMIDAD ANGULAR DE DEDO DEL PIE, PROCEDIMIENTOS PARA TEJIDO BLANDO SOLAMENTE	435.00



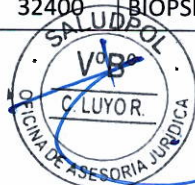
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
510	28315	SESAMOIDECTOMIA, PRIMER DEDO DEL PIE (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	405.00
511	28320	CORRECCION DE HUESOS TARSIANOS, METATARSIANOS POR FALTA DE UNION O UNION DEFECTUOSA	360.00
512	28340	RECONSTRUCCION, DEDO DEL PIE, MACRODACTILIA; RESECCION DE TEJIDO BLANDO	360.00
513	28344	RECONSTRUCCION, DEDOS DEL PIE; POLIDACTILIA	360.00
514	28345	RECONSTRUCCION DE DEDOS DE PIE; SINDACTILIA, CON O SIN INJERTOS DE PIEL, CADA MEMBRANA INTERDIGITAL	600.00
515	28400	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DEL CALCÁNEO O ASTRÁGALO	61.10
516	28406	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA DE CALCANE O ASTRAGALO	345.00
517	28415	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE ASTRAGALO Y CALCANE O	585.00
518	28456	FIJACION PERCUTANEA DE FRACTURA DE HUESOS DEL TARSO	390.00
519	28465	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DE HUESO TARSIANO, ARTICULACION TARSOMETATARSIANA (FRACTURA DE PIE)	264.00
520	28476	FIJACION PERCUTANEA DE FRACTURA DE LOS HUESOS DEL METATARSO	420.00
521	28490	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE DEDO GORDO, FALANGE O FALANGES; SIN MANIPULACION	120.00
522	28496	FIJACION PERCUTANEA DE FRACTURA DEL DEDO GORDO DEL PIE, FALANGE O FALANGES, CON MANIPULACION	375.00
523	28505	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DEL DEDO GORDO, FALANGE O FALANGES, CON O SIN FIJACION INTERNA O EXTERNA	67.20
524	28525	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DE FALANGE O FALANGES, QUE NO SEA DEL DEDO GORDO (FRACTURA)	88.00
525	28531	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA SESAMOIDEA	240.00
526	28546	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE LUXACION DE HUESOS DEL PIE	375.00
527	28555.01	REDUCCION INCRUENTA DE LUXACION DE HUESOS TARSIANOS, ARTICULACION TARSOMETATARSIANA	120.00
528	28555	TRATAMIENTO ABIERTO DE LUXACION DE HUESOS TARSIANOS, ARTICULACION TARSOMETATARSIANA	525.00
529	28570	TRATAMIENTO CERRADO DE LUXACION DE HUESOS TARSIANOS, ARTICULACION TARSOMETATARSIANA	67.20
530	28630	REDUCCION INCRUENTA DE LUXACION METATARSOFALANGICA O INTERFALANGICA	16.80
531	28645	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS METATARSOFALANGICA O INTERFALANGICA (FRACTURA DE PIE)	67.20
532	28705	ARTRODESIS PANASTRAGALINA	480.00
533	28715	ARTRODESIS TRIPLE	585.00
534	28725	ARTRODESIS SUBASTRAGALINA	420.00
535	28730	ARTRODESIS MEDIOTARSAL O TARSOMETATARSIANA	420.00
536	28750	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA	435.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
537	28755	ARTRODESIS INTERFALANGICA	435.00
538	28760	ARTRODESIS Y TRASLADO DEL EXTENSOR LARGO DEL DEDO GORDO A CUELLO DEL PRIMER METATARSIANO, DEDO GORDO, ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA	250.00
539	28800	AMPUTACION DE PIE	480.00
540	28810	AMPUTACIÓN, METATARSIANA, CON DEDO, UNA SOLA	100.80
541	28820	AMPUTACION DE DEDO	225.00
542	29000	APLICACIÓN DE YESO CORPORAL CON ARMAZÓN TIPO HALO	75.70
543	29010	APLICACION DE CORSE DE YESO	120.00
544	29035	APLICACION DE YESO CORPORAL, HOMBRO HASTA CADERAS	150.00
545	29049	ENYESADO "EN FIGURA DE OCHO"	75.00
546	29055	ENYESADO EN ESPIGA DE HOMBRO	100.00
547	29058	APLICACION DE YESO TORACO-BRAQUIAL (TIPO VELPEAU)	75.00
548	29065	APLICACION DE YESO DE HOMBRO A MANO	90.00
549	29075	APLICACION DE YESO CORTO DE BRAZO O PIERNA (CODO A DEDO)	90.00
550	29085	APLICACION DE YESO DE MANO A ANTEBRAZO BAJO (GUANTE)	75.00
551	29105	APLICACION DE FERULA LARGA PARA EL BRAZO O PIERNA	45.00
552	29105.01	FÉRULA LARGA DE MIEMBRO SUPERIOR	30.00
553	29125	APLICACION DE FERULA CORTA EN EL ANTEBRAZO	45.00
554	29125.01	FÉRULA CORTA DE MIEMBRO SUPERIOR	22.50
555	29130	APLICACION DE FERULA DIGITAL	30.00
556	29200	APLICACION DE VENDAJE HEMICUERPO SUPERIOR (INCLUYE TORAX, ESPALDA BAJA, HOMBRO, CODO, MUÑECA, MANO)	117.85
557	29305	APLICACION DE YESO "EN ESPIGA" DE LA CADERA	135.10
558	29345	APLICACION DE YESO LARGO PARA LA PIERNA (MUSLO A TOBILLO O DEDOS)	130.00
559	29405	APLICACION DE YESO DE RODILLA A DEDOS DEL PIE	75.00
560	29435	APLICACION DE YESO ROTULIANO CON SOPORTE PARA EL TENDON	90.00
561	29440	AGREGADO DE ELEMENTO PARA MARCHA A UN YESO PREVIAMENTE APLICADO	22.50
562	29445	APLICACIÓN DE YESO DE CONTACTO TOTAL RÍGIDO, EN LA PIERNA	70.00
563	29450	APLICACION DE YESO PARA PIE ZAMBO, MOLDEADO, O MANIPULACION, LARGO O CORTO PARA LA PIERNA	75.00
564	29505	FÉRULA LARGA DE MIEMBRO INFERIOR	45.00
565	29515	FÉRULA CORTA DE MIEMBRO INFERIOR	37.50
566	29520	APLICACIÓN DE VENDAJE, HEMICUERPO INFERIOR (INCLUYE CADERA, RODILLA, TOBILLO, DEDOS DE LOS PIES, BOTA DE UNNA)	30.00
567	29700	REMOCION DE YESO	30.00
568	29710	FÉRULA DE YESO MAS VENDAJE ELASTICO	45.00
569	29720	CORRECCIÓN DE ESPIGA, YESO CORPORAL O CORSE	22.00
570	29730	CONFECCIÓN DE UNA VENTANA EN EL ENYESADO	22.00
571	29740	CONFECCIÓN DE UNA CUÑA EN EL ENYESADO	16.80



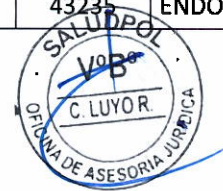
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
572	29750	CONFECCIÓN DE UNA CUÑA EN EL ENYESADO PARA PIE ZAMBO	16.80
573	29870	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE RODILLA CON O SIN BIOPSIA	16.80
574	30000	DRENAJE DE ABSCESO O HEMATOMA NASAL	45.00
575	30100	BIOPSIA, INTRANASAL	30.00
576	30110	EXCISION DE POLIPOS NASALES, SIMPLE	97.50
577	30300	EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO INTRANASAL	60.00
578	30300.01	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO, OIDO NARIZ Y GARGANTA	13.50
579	30310	EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO INTRANASAL CON NECESIDAD DE ANESTESIA GENERAL	150.00
580	30400	RINOPLASTIA, PRIMARIA; CARTÍLAGOS LATERALES Y ALARES Y/O ELEVACION DE LA PUNTA NASAL	375.00
581	30460	RINOPLASTIA POR DEFORMACION NASAL SECUNDARIA A LABIO Y/O PALADAR HENDIDOS CONGENITOS, SOLAMENTE LA PUNTA	330.00
582	30520	SEPTOPLASTIA O RESECCION SUBMUCOSA, INCLUYENDO CALIFICACION, CONTOURNEO O REEMPLAZO CON INJERTO DEL CARTILAGO	270.00
583	30560	LISIS DE SINEQUIA INTRANASAL	75.00
584	30607	COLANGIOGRAFIAS POSTOPERATORIA	120.00
585	30630	REPARACION DE PERFORACIONES NASALES SEPTALES	270.00
586	30801	CAUTERIZACION Y/O ABLACION, MUCOSA DE CORNETE NASAL, UNILATERAL O BILATERAL, CUALQUIER METODO	60.00
587	30801.01	CAUTERIZACIONES	15.00
588	30901	CAUTERIZACION Y / O TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	22.50
589	30905	CAUTERIZACION Y / O TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR	37.50
590	30930	FRACTURA TERAPEUTICA DE CORNETES NASALES	160.00
591	31000	LAVADO POR CANULACION; SENO MAXILAR (PUNCION DEL ANTRO U OSTIUM NATURAL)	30.00
592	31020	SINUSOTOMIA MAXILAR (ANTROTOMIA); INTRANASAL	225.00
593	31500.01	INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL (MEDICINA INTERNA)	60.00
594	31500.02	INTUBACION ENDOTRAQUEAL, PROCEDIMIENTO DE URGENCIA	135.00
595	31500	INTUBACION, ENDOTRAQUEAL	90.00
596	31505	LARINGOSCOPIA INDIRECTA, DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA	75.00
597	31603	TRAQUEOSTOMIA	295.00
598	31605	CRICOTIROTOMIA	50.00
599	31622	BRONCOFIBROSCOPIA	90.00
600	31720	ASPIRACIONES DE SECRECIONES POR TUBO ENDOTRAQUEAL, TRAQUEOSTOMIA O OROTRAQUEAL POR 24 HORAS	15.00
601	31720.01	ASPIRACION DE SECRECIONES POR TUBO TRAQUEOSTOMIA/OROTRAQUEAL POR VEZ	30.00
602	32005	PLEURODESIS	90.56
603	32035	TORACOSTOMIA, PARA DRENAJE DE EMPIEMA	180.00
604	32095	TORACOTOMÍA, LIMITADA, PARA BIOPSIA PULMONAR O PLEURAL	750.00
605	32400	BIOPSIA DE PLEURA PERCUTANEA	94.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
606	32411	TORACOCENTESIS	30.00
607	32421.01	TORACOCENTESIS DIAGNOSTICA (CON EXAMEN DE LABORATORIO)	105.00
608	32421	TORACOCENTESIS-EMERG	67.50
609	32422	DRENAJE TORAXICO	180.00
610	32554	TORACOCENTESIS EVACUATORIA (CON EXAMEN DE LABORATORIO + BIOPSIA + PATOLOGIA)	70.00
611	33010	PERICARDIOCENTESIS	196.50
612	33211	IMPLANTACIÓN Y/O COLOCACION DE MARCAPASOS TRANSITORIOS	300.00
613	33249	DESFIBRILACION Y CARDIOVERSION EN EMERGENCIA	22.50
614	33952	ADMINISTRACION POR VIA PARENTERAL	12.00
615	34401	TROMBECTOMIA, DIRECTA O CON CATETER, DE LAS VENAS CAVA O ILIACA MEDIANTE INCISION ABDOMINAL	1203.84
616	34530	ANASTOMOSIS VENOSA SAFENOPOPLITEA	450.00
617	35201	SUTURA O ANASTOMOSIS DIRECTA DE VASO SANGUINEO PERIFERICO	916.58
618	35211	SUTURA O ANASTOMOSIS DIRECTA DE VASO SANGUINEO INTRATORACICO O INTRAABDOMINAL	1500.00
619	36000	INTRODUCCION DE AGUJA EN EL CATETER EN VENA	9.00
620	36145	COLOCACION DE CATETER DE ALTO FLUJO	75.00
621	36430.01	DERECHO DE TRANSFUSION DE PLASMA FRESCO CONGELADO	288.00
622	36430	TRANSFUSION DE SANGRE O COMPONENTES SANGUINEOS	288.00
623	36481	COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL (SUBCLAVIA, YUGULAR, U OTRA VENA) (P. PARA PRESION VENOSA CENTRAL, HIPERALIMENTACION, HEMODIALISIS, O QUIMIOTERAPIA)	97.50
624	36489	COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL	180.00
625	36557	COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL CVC	180.00
626	36557.01	COLOCACION DE LINEA ARTERIAL (FEMORAL)	120.00
627	36600	PUNCION ARTERIAL, EXTRACCION DE SANGRE PARA DIAGNOSTICO	37.50
628	36620	CATERERISMO O CANULACION ARTERIAL (TOMA DE MUESTRA, MONITORIZACION O TRANSFUSION)	67.50
629	36680	COLOCACIÓN DE AGUJA PARA INFUSIÓN INTRAÓSEA	67.50
630	36825	CREACION DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA QUE NO SEA POR ANASTOMOSIS ARTERIOVENOSA DIRECTA	1055.13
631	37160	ANASTOMOSIS VENOSAS INTRAABDOMINALES	1500.00
632	37785	(INSUMO) LIGADURA, DIVISION Y EXCISION DE VENAS VARICOSAS RECURRENTES O SECUNDARIAS EN PIERNAS	825.31
633	38100	ESPLENECTOMIA TOTAL	900.00
634	38101	ESPLENECTOMIA PARCIAL	825.00
635	38115	REPARACION DE ROTURA DE BAZO (ESPLENORRAFIA) CON O SIN ESPLENECTOMIA PARCIAL	675.00
636	38300	DRENAJE DE ABSCESO DE GANGLIO LINFATICO O DE LINFADENITIS; SIMPLE	75.00



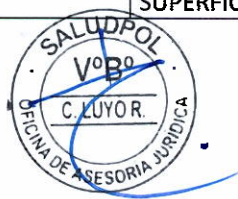
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
637	38305	DRENAJE DE ABSCESO DE GANGLIO LINFATICO O DE LINFADENITIS; EXTENSA	135.00
638	38500	BIOPSIA O EXCISION ABIERTA DE GANGLIOS LINFATICOS; SUPERFICIAL	75.00
639	38500.01	TOMA DE BIOPSIA O EXCISION DE GANGLIOS LINFATICOS; CON AGUJA, SUPERFICIAL (SIN ANATOMIA PATOLOGICA)	45.00
640	38505	BIOPSIA DE NODULO LINFATICO POR ASPIRACION	105.00
641	38510	BIOPSIA O EXCISIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS PROFUNDOS (CON ANATOMIA PATOLOGICA)	240.00
642	38510.01	TOMA DE BIOPSIA O EXCISIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS PROFUNDOS (SIN ANATOMIA PATOLOGICA)	120.00
643	38550	EXCISION DE HIGROMA QUISTICO, AXILAR O CERVICAL	525.00
644	38570	LAPAROSCOPIA, QUIRURGICA; CON MUESTREO DE GANGLIOS LINFÁTICOS RETROPERITONEALES (BIOPSIA), ÚNICO O MÚLTIPLE	238.00
645	39502	CORRECCION DE HERNIA HIATAL PARAESOFAGICA SIN PROCEDIMIENTO ANTIREFLUJO	525.00
646	39545	(INSUMO) IMBRICACION DE DIAFRAGMA PARALITICO O NO PARALITICO POR EVENTRACION VIA TRANSTORACICA O TRANSABDOMINAL	630.00
647	39501.01	RESECCIÓN Y REPARACIÓN DE DIAFRAGMA C/S COLOCACIÓN DE MALLA	750.00
648	39501	CORRECCIÓN DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA POR LAPAROSCOPIA	1125.00
649	40106	ECOGRAFÍAS CARÓTIDAS	105.00
650	40700	CORRECCION CORRECTIVA DE FISURA LABIAL	375.00
651	40806	INCISION DEL FRENILLO LABIAL (FRENOTOMIA)	120.00
652	41005	ENUCLEACIÓN DE QUISTE INTRAORAL (+ DE 4CM)	58.00
653	41110	EXCISIÓN DE LESIÓN DE LENGUA	105.00
654	99295	ESTADIA EN UCI POR 24 HORAS	75.00
655	99299	MONITOREO HEMODINAMICO INVASIVO POR DIA (POR 24 HORAS)	45.00
656	41115	EXCISIÓN DE FRENILLO LINGUAL (FRENECTOMÍA)	135.00
657	41116	RETIRO DE CATETERISMO VESICAL	7.50
658	41510	LIMPIEZA DE C.U	4.50
659	41701	PROFILAXIS ANTIPARASITARIA	6.00
660	41710	APLICACION DE FLUORURO DIAMINO DE PLATA	6.00
661	41732	ENDODONCIA POSTERIOR TRES RAICES	150.00
662	41800	CURETAJE ALVEOLAR	15.00
663	41810	CUIDADO DE BOMBA DE INFUSION EN SALA DE OPERACIONES	7.50
664	41820	TRATAMIENTO ENTERAL POR VEZ (SALA OPERACIONES)	7.50
665	41830	ALVEOLECTOMÍA CORRECTORA POR CUADRANTE.	30.00
666	42700	INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO PERIAMIGDALINO, RETROFARINGEO O PARAFARINGEO	30.00
667	42800	BIOPSIA; OROFARINGE, HIPOFARINGE, NASOFARINGE	37.50
668	42809	EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO DE FARINGE	45.00
669	42825	AMIGDALECTOMÍA, PRIMARIA O SECUNDARIA	225.00
670	43235	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA	105.00



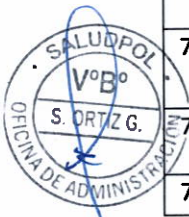
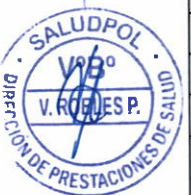
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
671	43239	BIOPSIA DE ESTÓMAGO POR LAPAROSCOPIA	45.00
672	43259	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL ALTA CON ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA	150.00
673	43500	GASTROTOMIA; CON EXPLORACION O EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO	600.00
674	43501	GASTROTOMIA CON CORRECCION POR SUTURA DE ULCERA SANGRANTE	630.00
675	43520	PILOROMIOTOMIA, CORTE DE MUSCULO PILORICO (PROCEDIMIENTO DE FREDT-RAMSTEDT)	375.00
676	43605	BIOPSIA DE ESTOMAGO POR LAPAROTOMIA	405.00
677	43620	GASTRECTOMIA, TOTAL	900.00
678	43631	GASTRECTOMIA, PARCIAL, DISTAL	900.00
679	43635	VAGOTOMIA REALIZADA JUNTO CON GASTRECTOMIA DISTAL PARCIAL	675.00
680	43638	GASTRECTOMIA, PARCIAL, PROXIMAL, ABORDAJES TORACICO O ABDOMINAL, INCLUYENDO ESOFAGOGASTROSTOMIA, CON VAGOTOMIA	1050.00
681	43640	VAGOTOMIA INCLUYENDO PILOROPLASTIA, CON O SIN GASTROSTOMIA	750.00
682	43640.01	VAGOTOMIA INCLUYENDO PILOROPLASTIA, CON O SIN GASTROSTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA	1125.00
683	43641	VAGOTOMIA INCLUYENDO PILOROPLASTIA, CON O SIN GASTROSTOMIA; DE CELULAS PARIETALES (ALTAMENTE SELECTIVA)	750.00
684	43651	VAGOTOMIA TRONCULAR POR LAPAROSCOPIA	898.95
685	43653	CIRUGIA LAPAROSCOPICA	525.00
686	43752	COLOCACION DE S.O.G PERMANENTE	10.50
687	43753	ASPIRACION GASTRICA EN HOSPITALIZACION	22.50
688	43760	COLOCACION PERCUTANEA DE TUBO DE GASTROSTOMIA	75.00
689	43800	PILOROPLASTIA	750.00
690	43810	GASTRODUODENOSTOMIA	979.00
691	43820	GASTROYEYUNOSTOMIA CON/SIN VAGOTOMIA	1125.00
692	43831	GASTROSTOMIA NEONATAL ABIERTA PARA ALIMENTACION	525.00
693	43840.01	GASTRORRAFIA, SUTURA DE ULCERA PERFORADA, HERIDA, O LESION POR VIA LAPAROSCOPICA	1125.00
694	43840	GASTRORRAFIA, SUTURA DE ULCERA, HERIDA O LESION DUODENAL O GASTRICA PERFORADA	750.00
695	43841	GASTRORRAFIA Y PARCHES DE EPIPLON (GRAHAM) POR ULCERA PERFORADA	750.00
696	43632	REPARACION DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL (GASTROYEYUNOSTOMIA) CON RECONSTRUCCION, CON O SIN GASTRECTOMIA PARCIAL O RESECCION INTESTINAL, SIN VAGOTOMIA	902.46
697	43865	REPARACION DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL (GASTROYEYUNOSTOMIA) CON RECONSTRUCCION, CON O SIN GASTRECTOMIA PARCIAL O RESECCION INTESTINAL, CON VAGOTOMIA	682.00
698	43870	CIERRE QUIRURGICO DE GASTROSTOMIA	600.00
699	43880	CIERRE DE FISTULA GASTROCOLICA	675.00
700	44005	ENTEROLISIS, LIBERACION DE ADHERENCIAS INTESTINALES	600.00



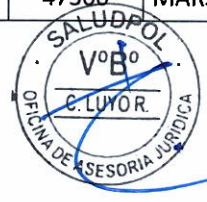
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
701	44005.01	LIBERACION DE ADHERENCIAS PERITONEALES	630.00
702	44010	DUODENOTOMIA	750.00
703	44015	ENTEROSTOMIAS	600.00
704	44020	(INSUMO) ENTEROTOMIA, INTESTINO DIFERENTE A DUODENO	600.00
705	44021	ENTEROTOMÍA, INTESTINO DELGADO DIFERENTE A DUODENO, PARA DESCOMPRESION (P. EJ. TUBO DE BAKER)	435.00
706	44050	REDUCCION DE VOLVULO, INTUSUSCEPCION, HERNIA INTERNA, MEDIANTE LAPAROTOMIA	675.00
707	44120	ENTERECTOMIA, RESECCION DEL INTESTINO DELGADO, RESECCION Y ANASTOMOSIS UNICAS	720.00
708	44120.01	ENTERECTOMÍA, RESECCIÓN DEL INTESTINO DELGADO, CADA RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS ADICIONALES. (REGISTRAR POR SEPARADO ADICIONALMENTE AL CÓDIGO PRIMARIO)	780.00
709	44125	ENTERECTOMÍA, RESECCIÓN DEL INTESTINO DELGADO, CON ENTEROTOMIA	750.00
710	44130	ENTEROENTEROSTOMIA, ANASTOMOSIS DE INTESTINO, CON O SIN ENTEROSTOMIA CUTANEA	750.00
711	44320.01	COLOSTOMIA O CECOSTOMIA CON EXTERIORIZACION A LA PIEL	975.00
712	44140	COLECTOMIA PARCIAL	900.00
713	44155	COLECTOMIA, TOTAL, ABDOMINAL, CON PROCTECTOMIA	900.00
714	44160	COLECTOMÍA PARCIAL CON REMOCIÓN Y/O EXTIRPACIÓN DEL ÍLEONTERMINAL E ILEOCOLOSTOMÍA.	550.00
715	44180	ENTEROLISIS (LIBERACION DE ADHERENCIAS INTESTINALES) POR LAPAROSCOPIA	630.00
716	44180.01	LISIS DE BRIDAS Y ADHERENCIAS PERITONEALES E INTESTINALES POR VIA LAPAROSCOPICA	900.00
717	44200	ENTEROLISIS (LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS INTESTINALES) POR LAPAROSCOPIA	756.42
718	44201	YEYUNOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA	900.00
719	44300	ENTEROSTOMÍA O CECOSTOMÍA, TUBO (P. EJ. PARA DESCOMPRESIÓN O ALIMENTACIÓN)	350.00
720	44310	ILEOSTOMÍA O YEYUNOSTOMÍA, SIN TUBO	424.80
721	44312	REVISIÓN DE ILEOSTOMÍA; SIMPLE	250.00
722	44314	REVISIÓN DE ILEOSTOMÍA COMPLICADA (RECONSTRUCCIÓN PROFUNDA)	431.10
723	44316	ILEOSTOMÍA CONTINENTE (PROCEDIMIENTO DE KOCK)	592.00
724	44320	COLOSTOMÍA O CECOSTOMÍA CON EXTERIORIZACIÓN A LA PIEL, CON BIOPSIAS MÚLTIPLES (EJ MEGACOLON CONGENITO) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	1080.00
725	44604.01	REVISIÓN DE COLOSTOMÍA CON COMPLICACIONES (P EJ. RECONSTRUCCIÓN PROFUNDA, CORRECCIÓN DE HERNIA DE PARACOLOSTÓMICA)	675.00
726	44340	REVISION DE COLOSTOMIA SIMPLE (LIBERACION DE CICATRIZ SUPERFICIAL)	345.00



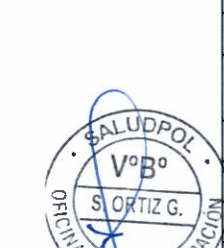
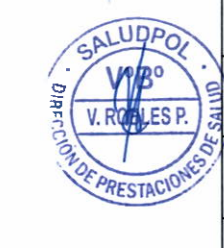
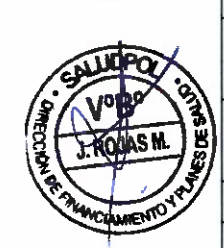
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
727	44604	SUTURA DEL INTESTINO GRUESO (COLORRAFIA) POR ULCERA PERFORADA, DIVERTICULO, HERIDA, LESION O RUPTURA	675.00
728	44144	REVISIÓN DE COLOSTOMÍA CON CORRECCIÓN DE HERNIA PARACOLOSTÓMICA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	750.00
729	44602	SUTURA DE INTESTINO DELGADO (ENTERORRAFIA) POR ULCERA PERFORADA, DIVERTICULO, HERIDA, LESION O RUPTURA	675.00
730	44603	SUTURA DE PERFORACIONES MÚLTIPLES DE INTESTINO DELGADO (ENTERORRAFIA) POR ÚLCERA PERFORADA, DIVERTÍCULO, HERIDA, LESIÓN O RUPTURA	563.00
731	45820.01	CIERRE DE FISTULA RECTOURETRAL	630.00
732	44605	SUTURA DEL INTESTINO GRUESO (COLORRAFÍA) POR ÚLCERA PERFORADA, DIVERTÍCULO, HERIDA, LESIÓN O RUPTURA (CON PERFORACIONES ÚNICA O MÚLTIPLES), CON COLOSTOMIA	630.00
733	44615	CORRECCION PLASTICA DE ESTRECHEZ INTESTINAL (ENTEROTOMIA Y ENTERORRAFIA) CON O SIN DILATAACION, POR OBSTRUCCION INTESTINAL	630.00
734	44620	CIERRE DE ENTEROSTOMIA, INTESTINO GRUESO O DELGADO	750.00
735	44625	CIERRE DE ENTEROSTOMÍA, INTESTINO GRUESO O DELGADO, CON RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS QUE NO SEA COLORECTAL	563.00
736	44640	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA	250.00
737	44650	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROENTERICA O ENTEROCOLICA	675.00
738	44660	CIERRE DE FISTULA ENTEROVESICAL	600.00
739	44680	PLICATURA INTESTINAL	750.00
740	44800	EXCISION DE DIVERTICULO DE MECKEL (DIVERTICULECTOMIA) O CONDUCTO ONFALOMESENTERICO	630.00
741	44820	EXCISIÓN DE LESIÓN DE MESENTERIO BACKBENCH STANDARD PREPARATION (CON LAPAROTOMIA EXPLORADORA)	506.10
742	44850	SUTURA DE MESENTERIO	348.00
743	44900	DRENAJE ABIERTO DE ABSCESO APENDICULAR, SIN APENDICECTOMÍA	525.00
744	44901	(INSUMO) INCISIÓN Y DRENAJE PERCUTÁNEO DE ABSCESO APENDICULAR	150.00
745	44950	APENDICECTOMIA	450.00
746	44960	APENDICECTOMIA POR APENDICE CON RUPTURA DE ABSCESO O PERITONITIS GENERALIZADA	525.00
747	44965	DRENAJE DE ABSCESO APENDICULAR POR VÍA LAPAROSCÓPICA	423.73
748	44970	APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA	1125.00
749	44972	APENDICECTOMÍA CON DRENAJE EN CASO COMPLICADO CON PLASTRÓN APENDICULAR POR VÍA LAPAROSCÓPICA	800.00
750	44974	APENDICECTOMÍA CON LAVADO DE CAVIDAD PERITONEAL C/S DRENAJE POR VÍA LAPAROSCÓPICA	595.15
751	45130	EXCISION DE PROLAPSO RECTAL, CON ANASTOMOSIS; ABORDAJE PERINEAL	671.00
752	45300	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	90.00



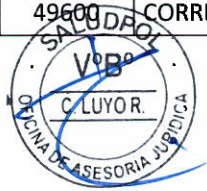
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
753	45356	FIBROCOLONOSCOPIA DERECHA	190.00
754	45358	VIDEOCOLONOSCOPIA DERECHA	280.00
755	45359	VIDEOCOLONOSCOPIA IZQUIERDA	324.86
756	45378	COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA, FLEXIBLE	324.00
757	45380	COLONOSCOPIA CON BIOPSIA	200.00
758	45560	CORRECCION DE RECTOCELE; VIA ABDOMINAL	600.00
759	45800	CIERRE DE FISTULA RECTOVESICAL	600.00
760	44725	CIERRE DE FÍSTULA RECTOVESICAL, CON COLOSTOMIA	720.00
761	45820	CIERRE DE FÍSTULA RECTOURETRAL, CON COLOSTOMIA	750.00
762	47600	COLECISTECTOMIA	525.00
763	45900	REDUCCIÓN DE PROLAPSO, BAJO ANESTESIA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	119.45
764	45915	EXTIRPACION DE IMPACTACION FECAL O CUERPO EXTRAÑO BAJO ANESTESIA	225.00
765	46050	INCISION Y DRENAJE, ABSCESO PERIANAL, SUPERFICIAL	120.00
766	46080	ESFINTERECTOMIA ANAL, DIVISION DE ESFÍNTER	273.18
767	46083	INCISION DE HEMORROIDE TROMBOSADA, EXTERNA	120.00
768	46200	FISURECTOMIA, CON O SIN ESFINTERECTOMIA	331.59
769	46221	HEMORROIDECTOMIA, MEDIANTE LIGADURA SIMPLE (P. EJ. BANDA DE CAUCHO)	152.03
770	46250	HEMORROIDECTOMÍA COMPLETA (COMPLEJA)	144.00
771	46255	HEMORROIDECTOMÍA SIMPLE	280.00
772	46257	HEMORROIDECTOMÍA CON FISURECTOMÍA	117.60
773	46258	HEMORROIDECTOMÍA CON FISTULECTOMÍA, CON O SIN FISURECTOMÍA	300.00
774	46270	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FISTULA ANAL (FISTULECTOMIA/FISTULOTOMIA)	450.00
775	46707	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN ANORECTAL BAJA	140.91
776	46740	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN ANORECTAL ALTA; ABORDAJE PERINEAL O SACROPERINEAL	600.00
777	38780	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN ANORECTAL ALTA; ABORDAJES TRANSABDOMINAL Y SACROPERINEAL COMBINADOS	600.00
778	46900	(INSUMO) DESTRUCCION DE LESION(ES) ANO	313.08
779	47010	HEPATOTOMIA; PARA DRENAJE A CIELO ABIERTO DE ABSCESO O QUISTE	750.00
780	47011	HEPATOTOMIA; PARA DRENAJE PERCUTANEO DE ABSCESO O QUISTE	480.00
781	47015	LAPAROTOMIA, CON ASPIRACION Y/O INYECCION DE QUISTE(S) O ABSCESO(S) PARASÍTICOS HEPATICOS (EJM. AMEBIANO O EQUINOCOSICO)	780.00
782	47016	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE QUISTES NO PARASITARIOS HEPATICOS POR VIA LAPAROSCOPICA	1125.00
783	47100	BIOPSIA HEPATICA, EN CUÑA	720.00
784	47100.01	TOMA DE BIOPSIA HEPATICA, EN CUÑA (CON ANATOMIA PATOLOGICA)	660.00
785	47100.02	TOMA DE BIOPSIA HEPATICA, EN CUÑA (SIN ANATOMIA PATOLOGICA)	600.00
786	47300	MARSUPIALIZACION DE QUISTE O ABSCESO HEPATICO	270.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
787	47340	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TRAUMA HEPATICO GRADOS I-II	675.00
788	47345	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TRAUMA HEPATICO GRADOS III-IV	750.00
789	47361	EXPLORACIÓN DE LESIÓN HEPÁTICA, DEBRIDAMIENTO AMPLIO, COAGULACIÓN Y/O SUTURA, CON O SIN EMPAQUE COMPLETO DE HÍGADO	645.00
790	47362	REEXPLORACION DE LESION HEPATICA PARA REMOCION DE EMPAQUE	525.00
791	47420	COLEDOCOTOMIA O COLEDOCOSTOMIA CON EXPLORACION, DRENAJE, O EXTIRPACION DE CALCULO	1050.00
792	47460	ESFINTEROTOMIA O ESFINTEROPLASTIA TRANSDUODENAL, CON O SIN EXTRACCION TRANSDUODENAL DE CALCULO	883.11
793	47480	COLECISTOTOMIA O COLECISTOSTOMIA CON EXPLORACION, DRENAJE, O EXTIRPACION DE CALCULO	1050.00
794	47562	COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	1125.00
795	47563	COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA CON COLANGIOGRAFIA	1275.00
796	47564	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION DE VIAS BILIARES POR LAPAROSCOPIA	1120.00
797	47568	COLEDOCOTOMÍA O COLEDOCOSTOMÍA CON EXPLORACIÓN, DRENAJE, O EXTIRPACIÓN DE CÁLCULO, CON O SIN COLECISTOTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA	1125.00
798	47569	COLECISTOTOMÍA O COLECISTOSTOMÍA CON EXPLORACIÓN, DRENAJE, O EXTIRPACIÓN DE CÁLCULO POR VÍA LAPAROSCÓPICA	1125.00
799	47605	COLECISTECTOMIA CON COLANGIOGRAFIA	825.00
800	47610	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION DE CONDUCTO BILIAR COMUN (COLEDOCO)	1050.00
801	47612	COLECISTECTOMÍA CON EXPLORACIÓN DE CONDUCTO BILIAR COMÚN (COLÉDOCO); CON COLEDOCENTEROSTOMÍA	350.00
802	47715	EXCISION DE QUISTE DEL COLEDOCO	1050.00
803	47760	ANASTOMOSIS, DE CONDUCTOS BILIARES EXTRAHEPATICOS Y TRACTO GASTROINTESTINAL	780.00
804	47800	RECONSTRUCCION, PLASTICA, DE CONDUCTOS BILIARES EXTRAHEPATICOS CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL	1020.00
805	47810	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE FÍSTULA COLECISTO-COLEDOCIANA (SINDROME DE MIRIZZI)	400.00
806	47815	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE FÍSTULA COLECISTO-DUODENAL	400.00
807	47820	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE FÍSTULA COLECISTO-COLÓNICA	400.00
808	48000	COLOCACION DE DRENES, PERI PANCREATICOS, POR PANCREATITIS AGUDA	600.00
809	48120	EXCISION DE LESION DE PANCREAS (P. EJ. QUISTE, ADENOMA)	975.00
810	48122	DRENAJE DE ABSCESO PANCREÁTICO	562.20
811	48148	EXCISION DE LA AMPOLLA DE VATER	900.00
812	48510	DRENAJE EXTERNO, PSEUDOQUISTE DE PANCREAS; A CIELO ABIERTO	601.96
813	49000.01	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA DIAGNÓSTICA	375.00



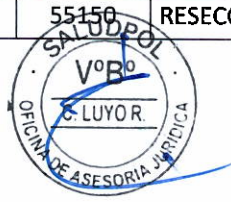
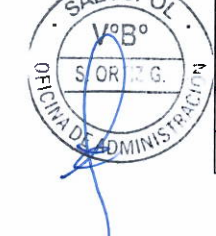
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
814	49000.02	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR PATOLOGIA GINECOLOGICA (CON TOMA DE MUESTRA ANATOMIA PATOLOGICA)	570.00
815	49000.03	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR PATOLOGIA GINECOLOGICA (SIN ANATOMIA PATOLOGICA)	525.00
816	49002	REAPERTURA DE LAPAROTOMÍA RECIENTE (RELAPAROTOMÍA)	570.00
817	49006	LAPAROTOMIA + LAVADO DE CAVIDAD C/S DRENAJE	149.89
818	49020	(INSUMO) DRENAJE ABIERTO DE ABSCESO (PERITONEAL, SUBDIAFRAGMATICO), LINFOCELE EXTRAPERITONEAL O PERITONITIS LOCALIZADA, CON EXCEPCION DE ABSCESO APENDICULAR	600.00
819	49060	DRENAJE ABIERTO DE ABSCESO RETROPERITONEAL	183.60
820	49080	PARACENTESIS	105.00
821	49080.01	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA (P.E LAVADO GASTRICO)	67.50
822	49200	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PERITONEAL DE LA CAVIDAD PERITONEAL	525.00
823	49250	UMBILECTOMIA, ONFALECTOMIA, EXCISION DE OMBLIGO	300.00
824	49320	LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	615.00
825	49322	LAPAROSCOPIA CON BIOPSIA Y/O ASPIRACIÓN DE CAVIDAD Y/O QUISTE	829.49
826	49495	HERNIOPLASTIA CON O SIN HIDROCELECTOMIA; REDUCIBLE	600.00
827	49496.01	CURA QUIRURGICA DE EVENTRACIÓN DE PARED ABDOMINAL INCARCERABLE O ESTRANGULADA (CURA QUIRURGICA DE HERNIA INCISIONAL O EVENTRACION ABIERTO)	750.00
828	49496	HERNIOPLASTIA INGUINAL INCARCERADA O ESTRANGULADA	600.00
829	49498.02	HERNIA INGUINAL BILATERAL	750.00
830	49498	HERNIOPLASTÍA INGUINAL NO COMPLICADA EN FORMA BILATERAL	600.00
831	49521	CORRECCIÓN DE HERNIA INGUINAL RECURRENTE, CUALQUIER EDAD; INCARCERADA O ESTRANGULADA	532.80
832	49525	CORRECCIÓN DE HERNIA FEMORAL INICIAL, CUALQUIER EDAD; REDUCIBLE,	420.00
833	49525.01	CORRECCIÓN DE HERNIA FEMORAL INICIAL, CUALQUIER EDAD; INCARCERADA O ESTRANGULADA	480.00
834	49565	CURA QUIRURGICA DE EVENTRACION DE PARED ABDOMINAL REDUCIBLE	570.00
835	49566	CURA QUIRÚRGICA DE EVENTRACIÓN DE PARED ABDOMINAL INCARCERADA O ESTRANGULADA	459.30
836	49570	CURA QUIRURGICA DE HERNIA EPIGASTRICA (P. EJ. GRASA PREPERITONEAL); REDUCIBLE	450.00
837	49572	CURA QUIRURGICA DE HERNIA EPIGASTRICA INCARCERADA O ESTRANGULADA	450.00
838	49580	CURA QUIRURGICA DE HERNIA UMBILICAL, REDUCIBLE	450.00
839	49582	CURA QUIRURGICA DE HERNIA UMBILICAL INCARCERADA O ESTRANGULADA	450.00
840	49590	CURA QUIRURGICA DE HERNIA DE SPIEGEL	585.00
841	49600	CORRECCION DE ONFALOCELE PEQUEÑO, CON CIERRE PRIMARIO	480.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
842	49000	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	600.00
843	49605.01	CORRECCIÓN DE ONFALOCELE (OPERACIÓN DE GROSS)	750.00
844	49606	CORRECCIÓN DE ONFALOCELE (OPERACIÓN DE GROSS); SEGUNDA ETAPA/ESTADÍO	870.00
845	49650	HERNIOPLASTIA INGUINAL POR LAPAROSCOPIA	1125.00
846	49653	HERNIOPLASTÍA INGUINAL NO COMPLICADA EN FORMA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	632.89
847	49900	SUTURA SECUNDARIA DE PARED ABDOMINAL POR EVISCERACION O DEHISCENCIA	525.00
848	50045	NEFROTOMÍA, CON EXPLORACIÓN	375.00
849	50120	PIELOTOMIA; CON EXPLORACION	420.00
850	50220	NEFRECTOMIA, INCLUYENDO URETERECTOMIA	720.00
851	50392	CATETERIZACIÓN DE URETRA	37.50
852	50546	NEFRECTOMÍA INCLUYENDO URETERECTOMÍA	720.00
853	50727	REVISION DE ANASTOMOSIS URINARIA-CUTANEA (CUALQUIER TIPO DE UROSTOMIA)	330.00
854	50947	COLOCACION DE CATETERES URETERALES POR CISTOSCOPIA	140.39
855	50951	ENDOSCOPIA URETERAL A TRAVÉS DE URETEROSTOMÍA ESTABLECIDA, CON O SIN IRRIGACIÓN, INSTILACIÓN O URETEROPIELOGRAFÍA	72.93
856	50972	DILATACION DE ESTRECHEZ URETRAL O DILATACION URETRAL (CALIBRACION)	75.00
857	51050	CISTOLITOTOMÍA	450.00
858	51100	ASPIRACIÓN VESICAL	37.50
859	51100.01	ASPIRACIÓN VESICAL CON INSERCIÓN DE CATÉTER	90.00
860	51500	EXCIÓN DE QUISTE DEL URACO O DE SENO URACAL, CON O SIN CORRECCIÓN DE HERNIA UMBILICAL	345.00
861	51700	IRRIGACIÓN DE LA VEJIGA	90.00
862	51701	CATETERISMO VESICAL	30.00
863	51701.01	RETIRO DE SONDA VESICAL	7.50
864	51705	CAMBIO DE TUBO DE CISTOSTOMÍA	18.49
865	51797	MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL	12.00
866	51860	CISTORRAFIA, (SUTURA DE HERIDA, LESIÓN O RUPTURA DE VEJIGA)	225.00
867	51880	CIERRE DE CISTOSTOMÍA	375.00
868	52283	CISTOURETOSCOPIA, CON INYECCIÓN DE ESTEROIDES EN LA ESTRECHEZ (CURA QUIRÚRGICA DE URTEROCELE POR ENDOSCOPIA)	100.00
869	53040	DRENAJE DE ABSCESO PERIURETRAL PROFUNDO	225.00
870	53440	OPERACIÓN PARA CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA	480.00
871	53600	DILATACIÓN DE ESTRECHEZ URETRALO, DILATACION URETRAL (CALIBRACION)	75.00
872	49605	CORRECCIÓN DE ONFALOCELE GRANDE O GASTROSQUISIS; CON REMOCIÓN DE PRÓTESIS, REDUCCIÓN FINAL Y CIERRE, EN QUIRÓFANO	645.00



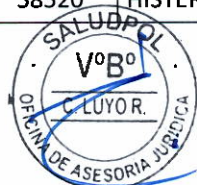
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
873	54001	CORTE DE PREPUCIO, DORSAL O LATERAL EN OTRO PACIENTE QUE NO SEA RECIEN NACIDO (PROCEDIMIENTO SEPARADO);	157.50
874	54050	DESTRUCCIÓN DE LESIONES EN PENE (CONDILOMA, PAPILOMA, MOLUSCO CONTAGIOSO, HERPES)	150.00
875	54100	BIOPSIA DE PENE	150.00
876	54150	CIRCUNCISIÓN, EN RECIÉN NACIDO, USANDO CLAMP U OTRO DISPOSITIVO.	225.00
877	54450.01	LIBERACION DE ADHERENCIAS BALANO PREPUCIALES	90.00
878	54450	MANIPULACIÓN DE PREPUCIO INCLUYENDO LISIS DE ADHERENCIAS PREPUCIALES Y ESTIRAMIENTO	120.00
879	54500	BIOPSIA DE TESTÍCULOS	100.00
880	54505	BIOPSIA DE TESTÍCULOS, INCISIONAL	74.60
881	54512	EXCISIÓN DE LESIÓN LOCAL DE TESTÍCULOS	180.00
882	54001.01	CORTE DE PREPUCIO, DORSAL O LATERAL; RECIÉN NACIDO	195.00
883	54520.01	INSERCIÓN DE PRÓTESIS TESTICULAR	450.00
884	54520	ORQUIECTOMÍA SIMPLE	150.00
885	54600	REDUCCIÓN DE TORSIÓN DE TESTÍCULOS, QUIRÚRGICA, CON O SIN FIJACIÓN DEL TESTÍCULO CONTRALATERAL	300.00
886	54600.01	REDUCCION QUIRURGICA DE TORSIÓN TESTICULAR	255.00
887	54620	FIJACIÓN DEL TESTÍCULO CONTRALATERAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	336.04
888	54640	ORQUIDOPEXIA, ABORDAJE INGUINAL, CON O SIN CORRECCIÓN DE HERNIA	300.00
889	54650	ORQUIDOPLEXIA, ABORDAJE ABDOMINAL, PARA TESTÍCULOS INTRAABDOMINALES (P. EJ. FOWLER-STEPHENS)	67.20
890	54550	EXPLORACIÓN DE TESTÍCULOS NO DESCENDIDOS (REGIÓN INGUINAL O ESCROTAL)	300.00
891	54670	SUTURA O CORRECCIÓN DE REPARACIÓN DE LESIÓN TESTICULAR	211.05
892	54680	TRANSPLANTE DE TESTÍCULO(S) A MUSLO (POR DESTRUCCIÓN ESCROTAL)	300.00
893	54700.01	INCISION Y DRENAJE DE EPIDIDIMO, TESTICULO Y/O ESPACIO ESCROTAL (P. EJ. ABSCESO O HEMATOMA)	96.00
894	54700	INCISIÓN Y DRENAJE DEL EPIDÍDIMO, TESTÍCULOS Y/O ESPACIO ESCROTAL (P. EJ. ABSCESO O HEMATOMA)	225.00
895	54830	EXCISIÓN DE LESIÓN LOCAL DE EPIDÍDIMO	300.00
896	54860	EPIDIDECTOMÍA UNILATERAL	289.42
897	54861	EPIDIDECTOMÍA BILATERAL	393.08
898	54865	EXPLORACIÓN DE EPIDÍDIMO, CON O SIN BIOPSIA	228.00
899	55000	PUNCIÓN ASPIRATIVA DE HIDROCELE, TÚNICA VAGINAL DEL TESTÍCULO, CON O SIN INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS	90.00
900	55100	DRENAJE DE ABSCESO DE LA PARED ESCROTAL	182.00
901	55120	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ESCROTO	280.00
902	55120	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL ESCROTO	280.00
903	55150	RESECCIÓN DE ESCROTO	225.00



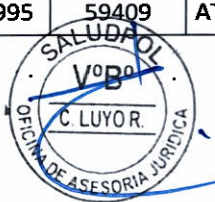
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
904	55175	ESCROTOPLASTÍA	225.00
905	55250	VASECTOMÍA, UNILATERAL O BILATERAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO), INCLUYENDO EXAMEN(ES) POSTOPERATORIO(S)	270.00
906	55500	EXCISIÓN DE HIDROCELE O LESIÓN DE CORDÓN ESPERMÁTICO	323.50
907	55530	EXCISIÓN DE VARICOCELE O LIGADURA DE VENAS ESPERMÁTICAS DEBIDO A VARICOCELE	450.00
908	55700	BIOPSIA, PRÓSTATA; CON AGUJA O EN SACABOCADO, UNA SOLA O VARIAS	34.73
909	55720	PROSTATOTOMÍA, DRENAJE EXTERNO DE ABSCESO PROSTÁTICO	270.00
910	56405	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO VULVAR O PERINEAL (TOMA DE MUESTRA PARA CULTIVO)	45.00
911	56440	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DE GLÁNDULA DE BARTHOLINO	105.00
912	56501	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN(ES) DE VULVA; CUALQUIER MÉTODO	45.00
913	56605	BIOPSIA DE VULVA O PERINEO; UNA LESIÓN	52.50
914	56620	VULVECTOMÍA SIMPLE	150.00
915	56700	HIMENECTOMÍA PARCIAL, O REVISIÓN DEL ANILLO HIMENEAL	186.00
916	56740	EXTIRPACIÓN DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO	225.00
917	56810	PERINEOPLASTIA, CORRECCIÓN DEL PERINEO, NO OBSTÉTRICO	225.00
918	57000	COLPOTOMÍA; CON EXPLORACIÓN Y/O DRENAJE DE ABSCESO PÉLVICO	157.50
919	57020	COLPOCENTESIS	30.00
920	57022	INCISIÓN Y DRENAJE DE HEMATOMA VAGINAL BAJO ANESTESIA	30.00
921	57061.01	CRIOTERAPIA CERVIX UTERINO (SIN ANATOMIA PATOLOGICA)	90.00
922	57061	DESTRUCCIÓN DE LESIONES VAGINALES	60.00
923	57100	TOMA DE BIOPSIA DE MUCOSA VAGINAL	60.00
924	57120	COLPOCLEISIS (TIPO LE FORT)	562.50
925	57130	EXCISIÓN DE TABIQUE VAGINAL	279.00
926	57135	EXCISIÓN DE QUISTE O TUMOR VAGINAL	100.80
927	57210	COLPOPERINEORRAFIA, SUTURA DE LESIÓN DE VAGINA Y/O PERINEO (NO OBSTÉTRICA)	225.00
928	57230	CORRECCIÓN PLÁSTICA DE URETROCELE (TOT)	300.00
929	57240	COLPORRAFIA ANTERIOR, CORRECCIÓN DE CISTOCELE CON O SIN CORRECCIÓN DE URETROCELE	375.00
930	57250	COLPORRAFIA POSTERIOR, CORRECCIÓN DE RECTOCELE CON O SIN PERINEORRAFIA	600.00
931	57260	COLPORRAFIA ANTEROPOSTERIOR COMBINADA;	480.00
932	57268	CORRECCIÓN DE ENTEROCELE, ABORDAJE VAGINAL	375.00
933	57280	COLPOPEXIA, ABORDAJE ABDOMINAL	75.60
934	57284	CORRECCIÓN DE DEFECTO PARAVAGINAL	225.00
935	57289	OPERACIÓN DE PEREYRA INCLUYENDO COLPORRAFIA ANTERIOR	100.80
936	57300	CIERRE DE FÍSTULA RECTOVAGINAL: ABORDAJE VAGINAL	225.00
937	57410	INSPECCIÓN PÉLVICA BAJO ANESTESIA	37.50
938	57452	COLPOSCOPIA (VAGINOSCOPIA)	75.00



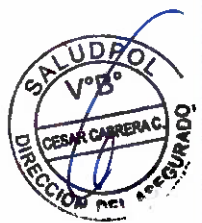
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
939	57500	BIOPSIA, UNA SOLA O VARIAS, O EXCISIÓN LOCAL DE LESIÓN, CON O SIN FULGURACIÓN(TOMA DE BIOPSIA DE CERVIX)	67.50
940	57500.01	TOMA DE BIOPSIA, EXCISION LOCAL DE LESION EN CUELLO UTERINO (CON TOMA DE MUESTRA DE ANATOMIA PATOLOGICA)	67.50
941	57505	LEGRADO ENDOCERVICAL	195.00
942	57505.01	LEGRADO UTERINO BIOPICO (CON TOMA DE MUESTRA DE ANATOMIA PATOLOGICA)	236.25
943	57510	CAUTERIZACIÓN DEL CÉRVIX; ELECTRO O TÉRMICA	52.50
944	57511	CRIOTERAPIA	123.00
945	57520	CONO FRIO (CIRUGIA DE CERVIX)(CON ANATOMIA PATOLOGICA)	450.00
946	57520.01	CONO LEEP POR ELECTRO FULGURACIÓN (CON ANATOMIA PATOLOGICA)	300.00
947	57522	CONIZACION DE CERVIX SIN ANATOMIA PATOLOGICA	262.50
948	57530	TRAQUELECTOMÍA (CERVICECTOMÍA), AMPUTACIÓN DEL CERVIX	390.00
949	57540	EXCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL, ABORDAJE ABDOMINAL;	450.00
950	57700	CERCLAJE DE CERVIX UTERINO	81.75
951	58120	DILATACIÓN Y LEGRADO, DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS, NO OBSTÉTRICOS (SIN PATOLOGÍA)	180.00
952	58140	MIOMECTOMÍA, EXCISIÓN DE TUMOR FIBROIDE DEL ÚTERO, UNO SOLO O VARIOS; ABORDAJE ABDOMINAL (MIOMECTOMIA UTERINA, VÍA ABDOMINAL)	495.00
953	58145	MIOMECTOMÍA POR ABORDAJE VAGINAL	330.00
954	58150.01	HISTERECTOMÍA TOTAL O SUBTOTAL, CON O SIN EXTIRPACIÓN DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE OVARIO(S) (CON ANATOMÍA PATOLÓGICA)	750.00
955	58150	HISTERECTOMÍA TOTAL O SUBTOTAL, CON O SIN EXTIRPACIÓN DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE OVARIO(S) (SIN ANATOMÍA PATOLÓGICA)	690.00
956	58152	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS I - IV POR VIA LAPAROSCOPICA	630.00
957	58180	HISTERECTOMÍA TOTAL POR ENDOMETRITIS (CON TOMA DE ANATOMIA PATOLOGICA)	870.00
958	58260	HISTERECTOMÍA VAGINAL CON O SIN REMOCIÓN DE TROMPA(S) Y/Ú OVARIO(S) ASISTIDA LAPAROSCÓPICAMENTE (SIN ANATOMÍA PATOLÓGICA)	870.00
959	58262	HISTERECTOMÍA VAGINAL CON EXTIRPACIÓN DE TUBO(S) Y/U OVARIO(S) (CON TOMA DE MUESTRA ANATOMIA PATOLÓGICA)	825.00
960	58275	HISTERECTOMÍA VAGINAL, CON COLPECTOMÍA TOTAL O PARCIAL (CON ANATOMÍA PATOLÓGICA)	750.00
961	58275.01	HISTERECTOMÍA VAGINAL, CON COLPECTOMÍA TOTAL O PARCIAL (SIN ANATOMÍA PATOLÓGICA)	660.00
962	58300	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	37.50
963	58301	EXTRACCION DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	150.00
964	58520	HISTERORRAFIA, CORRECCIÓN DE RUPTURA DE ÚTERO (NO OBSTÉTRICO)	487.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
965	58545	MIOMECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA (CON TOMA DE MUESTRA DE ANATOMIA PATOLOGICA)	660.00
966	58552	HISTERECTOMÍA VAGINAL CON O SIN REMOCIÓN DE TROMPA(S) Y/Ú OVARIO(S) ASISTIDA LAPAROSCÓPICAMENTE (CON ANATOMÍA PATOLÓGICA)	600.00
967	58555	HISTEROSCOPIA QUIRURGICA	192.52
968	58611	LIGADURA O SECCIÓN DE TROMPAS DE FALOPIO, DURANTE LA CESÁREA U OTRA CIRUGÍA ABDOMINAL	14.40
969	58660	LISIS ADHERENCIA (SALPINGOLISIS, OVARIOLISIS) POR LAPAROSCOPIA	357.40
970	58661	OOFORECTOMÍA Y/O SALPINGECTOMÍA COMPLETA O PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	600.00
971	58672	FIMBRIOPLASTÍA POR LAPAROSCOPIA	375.00
972	58673	SALPINGOSTOMÍA (SALPINGONEOSTOMÍA) POR VÍA LAPAROSCOPIA	480.00
973	58700	SALPINGECTOMÍA, COMPLETA O PARCIAL, UNILATERAL O BILATERAL	375.00
974	58720.01	SALPINGO-OOFORECTOMIA PARCIAL O TOTAL POR VIA LAPAROSCOPICA	600.00
975	58720	SALPINGO-OOFORECTOMÍA, COMPLETA O PARCIAL, UNILATERAL O BILATERAL	375.00
976	58740	LIBERACION DE ADHERENCIAS, LISIS, SALPINGOLISIS OVARIOLISIS/ A CIELO ABIERTO O LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	525.00
977	58750	ANASTOMOSIS TUBO-TUBARICA	300.00
978	58760	FIMBRIOPLASTIA	300.00
979	58900	TOMA DE BIOPSIA DE OVARIO, UNILATERAL O BILATERAL	60.00
980	58920	RESECCIÓN EN CUÑA O BISECCIÓN DE OVARIO, UNILATERAL O BILATERAL POR LAPARATOMIA	330.00
981	58920.01	RESECCIÓN EN CUÑA O BISECCIÓN DE OVARIO, UNILATERAL O BILATERAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA	660.00
982	58940	OOFORECTOMÍA, PARCIAL O TOTAL, UNILATERAL O BILATERAL	412.50
983	58956	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS I - IV POR LAPARATOMIA.	450.00
984	58964	CISTECTOMÍA OVÁRICA, UNILATERAL O BILATERAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA	750.00
985	59020.01	MONITOREO FETAL ELECTRONICO ESTRESANTE	75.00
986	59020	TEST DE ESTRÉSANTE	22.50
987	59025.01	MONITOREO FETAL ELECTRONICO (NST) NO ESTRESANTE	30.00
988	59025	TEST NO ESTRESANTE	15.00
989	59120	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EMBARAZO ECTÓPICO; TUBÁRICO U OVÁRICO, ABORDAJE ABDOMINAL O VAGINAL	600.00
990	59150	TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE EMBARAZO ECTÓPICO	787.50
991	59160	LEGRADO PUERPERAL	112.50
992	59300	EPISIORRAFIA O CORRECCION VAGINAL	45.00
993	59350	HISTERORRAFIA DE ÚTERO ROTO	487.50
994	59401	ATENCIÓN PRENATAL	15.00
995	59409	ATENCIÓN DE PARTO VAGINAL SOLAMENTE	77.25



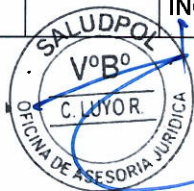
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
996	59414	EXTRACCIÓN DE PLACENTA RETENIDA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	75.00
997	59430	CONTROL DE PUERPERIO	43.97
998	59514.01	CESAREA (CON COMPLICACIONES) (TRASVERSA, PODÁLICA, DPP)	600.00
999	59514.02	CESAREA (PRIMERA CESAREA) (SIN COMPLICACIONES)	360.00
1000	59514	CESÁREA SOLAMENTE	410.07
1001	59514.03	CESAREA (SEGUNDA CESAREA) (SIN COMPLICACIONES)	450.00
1002	59514.04	CESAREA (TERCERA CESAREA) (SIN COMPLICACIONES)	525.00
1003	59812.01	ABORTO INCOMPLETO CON LEGRADO UTERINO + ANATOMIA PATOLOGICA	270.00
1004	59812.02	ABORTO INCOMPLETO INFECTADO (CON TOMA DE MUESTRA ANATOMIA PATOLOGICA)	375.00
1005	59812	LEGRADO UTERINO	111.75
1006	59813	ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) + ANATOMÍA PATOLÓGICA	270.00
1007	59840	ABORTO INDUCIDO MEDIANTE DILATACIÓN Y CURETAJE, EN CASO DE ÓBITO FETAL (CON ANATOMÍA PATOLÓGICA)	270.00
1008	59840.01	ABORTO INDUCIDO Y LEGRADO UTERINO, EN CASO DE ÓBITO FETAL (SIN TOMA DE MUESTRA, ANATOMÍA PATOLÓGICA)	225.00
1009	59870	EVACUACIÓN UTERINA Y CURETAJE POR MOLA HIDATIFORME (CON ANATOMÍA PATOLÓGICA)	108.00
1010	59871	REMOCIÓN DE SUTURA POR CERCLAJE BAJO ANESTESIA REGIONAL (QUE NO SEA ANESTESIA LOCAL)	75.00
1011	60100	BIOPSIA PERCUTÁNEA DE TIROIDES (CON ANATOMÍA PATOLÓGICA)	75.00
1012	61304	CRANIECTOMÍA O CRANEOTOMÍA EXPLORATORIA SUPRA O INFRATENTORIAL	975.00
1013	61314	CRANIECTOMÍA O CRANEOTOMÍA PARA EVACUACIÓN DE HEMATOMA INFRATENTORIAL, EXTRADURAL, SUBDURAL O INTRACEREBELAR	900.00
1014	54550.01	EXPLORACIÓN DE TESTÍCULOS NO DESCENDIDOS CON EXPLORACIÓN ABDOMINAL	345.00
1015	44952	DRENAJE DE ABSCESO APENDICULAR SIN APENDICECTOMIA	525.00
1016	62270	PUNCIÓN ESPINAL, LUMBAR, DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA	67.50
1017	62270.01	PUNCIÓN LUMBAR (MEDICINA INTERNA)	22.50
1018	62311	CIERRE DE FISTULA LAGRIMAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	225.00
1019	62360	INSERCIÓN DE IMPLANTE OCULAR, SECUNDARIO; DESPUÉS DE LA ENUCLEACIÓN, MÚSCULOS UNIDOS AL IMPLANTE	345.00
1020	65130	INSERCIÓN DE IMPLANTE OCULAR, SECUNDARIO, DESPUÉS DE LA ENUCLEACIÓN, MÚSCULOS UNIDOS AL IMPLANTE	345.00
1021	66985	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR (IMPLANTE SECUNDARIO), NO ASOCIADA CON EXTIRPACION CONCURRENTES DE CATARATA	675.00
1022	63172	LEGRADO UTERINO BIOPICO (SIN ANATOMIA PATOLOGICA)	180.00
1023	56120	TOMA DE BIOPSIA DE ENDOMETRIO SIN ANATOMIA PATOLOGICA	45.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1024	63198	TOMA DE BIOPSIA DE MAMA A CIELO ABIERTO (INCISIONAL) (SIN ANATOMÍA PATOLÓGICA)	60.00
1025	64400	BLOQUEO DE NERVIOS / INYECCIÓN DE AGENTE ANESTÉSICO EN NERVIOS PERIFÉRICOS.	36.00
1026	64725	LIBERACION DE TUNEL DE CARPO	580.84
1027	74220	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ESÓFAGO (4P) CONTRASTADO	41.25
1028	65210	RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA OCLUSAL	22.50
1029	65270	CORRECCIÓN DE LACERACIÓN DE CONJUNTIVA, CON O SIN LACERACIÓN NO PERFORANTE DE ESCLERÓTICA, CIERRE DIRECTO	180.00
1030	65420	EXCISIÓN O TRANSPOSICIÓN DE PTERIGIÓN; SIN INJERTO	120.00
1031	65426	ESCISIÓN O TRANSPOSICIÓN DE PTERIGIÓN; CON INJERTO	225.00
1032	65430	RASPADO DE CÓRNEA, DIAGNÓSTICO, PARA FROTIS Y/O CULTIVO	62.72
1033	65800	PUNCIÓN Y ASPIRACIÓN DE HUMOR ACUOSO (PARACENTESIS)	75.00
1034	66250	REVISIÓN O CORRECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA DEL SEGMENTO ANTERIOR, CUALQUIER TIPO, TEMPRANA O TARDÍA, PROCEDIMIENTO MAYOR O MENOR	72.00
1035	66500	IRIDOTOMÍA MEDIANTE INCISIÓN CON INSTRUMENTO CORTANTE; EXCEPTO TRANSFIXIÓN	372.76
1036	66680	CORRECCIÓN DEL IRIS, CUERPO CILIAR (COMO PARA IRIDODIÁLISIS)	455.96
1037	66761	IRIDOTOMÍA/IRIDECTOMÍA MEDIANTE CIRUGÍA LÁSER, UNA O MÁS SESIONES	270.00
1038	66982	EXTRACCIÓN DE CATARATA EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR	596.91
1039	67028	INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE AGENTE FARMACOLÓGICO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	120.00
1040	67227	DESTRUCCIÓN DE RETINOPATÍA EXTENSA O PROGRESIVA (P. EJ. RETINOPATÍA DIABÉTICA), UNA O MÁS SESIONES; CRIOTERAPIA, DIATERMIA, FOTOCOAGULACIÓN	300.75
1041	67311.01	CIRUGÍA PARA ESTRABISMO QUE INVOLUCRE EXPLORACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE MÚSCULO EXTRAOCULAR DESPRENDIDO (ANOTAR SEPARADAMENTE ADEMÁS DEL CÓDIGO UTILIZADO PARA EL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)	600.00
1042	67311	CIRUGÍA PARA ESTRABISMO, PROCEDIMIENTO DE RECESIÓN O RESECCIÓN; DOS MÚSCULOS HORIZONTALES	600.00
1043	67415	ASPIRACIÓN DE CONTENIDOS ORBITALES CON AGUJA FINA	90.00
1044	67500	INYECCIÓN RETROBULBAR; MEDICACIÓN (PROCEDIMIENTO SEPARADO, NO INCLUYE SUMINISTRO DE MEDICACIÓN)	135.00
1045	67700	BLEFAROTOMÍA, DRENAJE DE ABCESO, PÁRPADO	78.00
1046	67715	CANTOTOMÍA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	41.17
1047	67810	BIOPSIA DE PÁRPADO - ESTUDIO DE PESTAÑA	50.00
1048	67875	CIERRE PROVISORIO DE PÁRPADOS MEDIANTE SUTURA (P. EJ. SUTURA DE FROST)	92.40
1049	67880	TARSORRAFIA MEDIANA, O CANTORRAFIA	75.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1050	67930	SUTURA DE HERIDA RECIENTE, PÁRPADO, QUE INVOLUCRE BORDE DEL PÁRPADO, TARSO Y/O CONJUNTIVA PALPEBRAL, CIERRE DIRECTO; ESPESOR PARCIAL	157.91
1051	67935	SUTURA DE HERIDA RECIENTE, PÁRPADO, QUE INVOLUCRE BORDE DEL PÁRPADO, TARSO Y/O CONJUNTIVA PALPEBRAL, CIERRE DIRECTO; ESPESOR TOTAL	118.64
1052	67971	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO, ESPESOR TOTAL MEDIANTE TRANSFERENCIA DE COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL DEL PÁRPADO OPUESTO; HASTA DOS TERCIOS DE PÁRPADO. UN ESTADÍO O PRIMER ESTADIO	270.00
1053	68100	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	120.00
1054	68200	INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL	75.00
1055	68361	RETIRO DE SUTURA OFTALMOLOGICA	30.00
1056	68420	INCISION, DRENAJE DE SACO LAGRIMAL (DACRIOCISTOTOMIA O DACRIOCISTOSTOMIA)	180.00
1057	69000	DRENAJE ABCESO O HEMATOMA DE OÍDO EXTERNO	22.50
1058	69100	BIOPSIA DE PABELLON AURICULAR O CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	45.00
1059	69200	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO; SIN ANESTESIA GENERAL	75.00
1060	69210.01	LAVADO DE OIDO	16.50
1061	69210	REMOCIÓN DE CERUMEN IMPACTADO (PROCEDIMIENTO SEPARADO), UNO O AMBOS OÍDOS	22.50
1062	69420	MIRINGOTOMÍA INCLUYENDO ASPIRACIÓN Y/O INSUFLACIÓN DE CONDUCTO DE EUSTAQUIO	90.00
1063	69433	TIMPANOSTOMÍA (QUE REQUIERA INSERCIÓN DE TUBO DE VENTILACIÓN), ANESTESIA LOCAL O TÓPICA	225.00
1064	69540	EXCISIÓN DE PÓLIPO AUDITIVO	75.00
1065	70110	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE MANDÍBULA (2P)	36.00
1066	70120	EXAMEN RADIOLÓGICO PARCIAL DE MASTOIDES (1P)	81.00
1067	70130	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE MASTOIDES (2P)	52.00
1068	70134	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE MEATOS AUDITIVOS INTERNOS	60.00
1069	70140	RADIOGRAFÍA DE CAVUM	42.00
1070	70150	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE HUESOS FACIALES(CARA) (2P)	40.00
1071	70160	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE HUESOS NASALES (2P)	40.50
1072	70160.01	EXAMEN RADIOLOGICO HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ(H.P.N.)	52.50
1073	70210	EXAMEN RADIOLÓGICO PARCIAL DE SENOS PARANASALES (1P)	35.00
1074	70220	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE SENOS PARANASALES (1P)	45.00
1075	70240	EXAMEN RADIOLÓGICO DE SILLA TURCA (2P)	60.00
1076	70250	EXAMEN RADIOLÓGICO PARCIAL DE CRANEO AP Y LAT	60.00
1077	70260	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE CRANEO (2P)	39.00
1078	70328	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, (04 INCIDENCIASP)	75.00



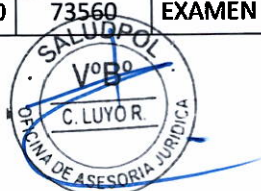
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1079	70391	ARTERIOGRAFÍA INVASIVA	225.00
1080	70450	TOMOGRFIA COMPUTARIZADA DE CEREBRO; SIN MATERIA DE CONTRASTE	375.00
1081	70450.01	TC CEREBRAL SIMPLE Y/O SIN CONTRASTE	315.00
1082	70450.02	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE CUELLO SIN MATERIAL DE CONTRASTE	268.97
1083	70460	TC CEREBRAL CONTRASTADA Y/O CON CONTRASTE	450.00
1084	70470	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE CEREBRO; CON MATERIAL DE CONTRASTE	284.50
1085	70480	TC OIDO/MASTOIDE (SIMPLE)	315.00
1086	70480.02	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE FOSA POSTERIOR SIN MATERIAL DE CONTRASTE	259.40
1087	70480.03	TC SENOS PARANASALES SIMPLE	134.00
1088	70480.01	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE SENOS PARANASALES SIN MATERIAL DE CONTRASTE	281.10
1089	70480.04	TOMOGRFIA COMPUTARIZADA DE OIDO EXTERNO SIN CONTRASTE	143.00
1090	70480.05	TOMOGRFIA COMPUTARIZADA DE ORBITA SIN CONTRASTE	330.00
1091	70481	TOMOGRFIA COMPUTARIZADA DE ORBITA CON CONTRASTE	375.00
1092	70482.01	TOMOGRFIA COMPUTARIZADA DE OIDO EXTERNO CON CONTRASTE	198.00
1093	7048002	TC SENOS PARANASALES CONTRASTADA	200.00
1094	70482.02	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE SENOS PARANASALES CON MATERIAL DE CONTRASTE	520.46
1095	70486	TC MÁXILOFACIAL SIMPLE	315.00
1096	70486.01	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE MACIZO FACIAL SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1097	70487	TC MÁXILOFACIAL CONTRASTADA	405.00
1098	70491	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE COLUMNA DORSAL CON MATERIAL DE CONTRASTE	231.00
1099	70492	TOMOGRFÍA DE CUELLO; CON MATERIAL DE CONTRASTE	240.81
1100	70497	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE COLUMNA SACRO-COXIS SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1101	70498	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE CUELLO CON MATERIAL DE CONTRASTE	440.00
1102	73201.01	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE BRAZO CON MATERIAL DE CONTRASTE	231.00
1103	73200	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE BRAZO SIN MATERIAL DE CONTRASTE	240.81
1104	71010	EXAMEN RADIOLÓGICO, TORAX; VISTA ÚNICA, FRONTAL (1P)	32.25
1105	71100	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COSTILLA, PARRILLA COSTAL AP Y LAT	57.00
1106	71110	EXAMEN RADIOLÓGICO BILATERAL DE COSTILLAS, DOS INCIDENCIAS (2P)	32.25
1107	71120	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ESTERNÓN, MÍNIMO DE DOS INCIDENCIAS (2P)	60.00
1108	701250	TOMOGRFÍA DE TÓRAX; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	315.00



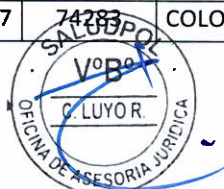
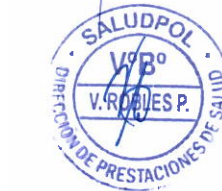
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1109	71260	TC TORAX CONTRASTADA	240.00
1110	71270	TOMOGRFÍA DE TÓRAX; CON MATERIAL DE CONTRASTE	198.00
1111	72040.04	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA CERVICAL ANTERO POSTERIOR Y LATERAL	60.00
1112	72040	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA CERVICAL FUNCIONAL; DOS O TRES INCIDENCIAS	68.86
1113	72050	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA CERVICAL ANTERO POSTERIOR, LATERAL Y OBLICUA	90.00
1114	72070	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA DORSAL AP - LAT (2 PLACAS)	57.00
1115	72074	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA LUMBAR FUNCIONAL (4 PLACAS)	82.50
1116	72080	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA DORSO LUMBAR (2 INCIDENCIAS)	60.00
1117	72081	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA DORSO LUMBAR (04 INCIDENCIAS)	87.50
1118	72100	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA LUMBOSACRA; (02 INCIDENCIAS)	60.00
1119	72110	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA LUMBOSACRA, AP, LAT Y OBLICUA (MÍNIMO DE TRES INCIDENCIAS)	90.00
1120	72125	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA, COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1121	72126	TC COLUMNA (X SEGMENTO) EN 3D	270.00
1122	72127	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA, COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL; CON MATERIAL DE CONTRASTE	255.81
1123	72128	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE COLUMNA DORSAL SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1124	72131.01	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE COLUMNA LUMBO-SACRA SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1125	72132.01	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE COLUMNA LUMBO-SACRA CON MATERIAL DE CONTRASTE	531.18
1126	72170	EXAMEN RADIOLÓGICO DE PELVIS; UNA O DOS INCIDENCIAS (1P)	57.00
1127	72190	EXAMEN RADIOLÓGICO DE PELVIS COMPLETO, MÍNIMO DE TRES INCIDENCIAS (2P)	57.00
1128	72192	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE PELVIS OSEA; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	315.00
1129	72194	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE PELVIS OSEA; CON MATERIAL DE CONTRASTE	343.87
1130	72202	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS, TRES O MÁS INCIDENCIAS (3P)	38.28
1131	72220	EXAMEN RADIOLÓGICO, SACRO Y CÓCCIX, MÍNIMO DE DOS INCIDENCIAS	58.00
1132	73000	EXAMEN RADIOLÓGICO; CLAVÍCULA, COMPLETO	37.50
1133	73010	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ESCÁPULA, COMPLETO	60.00
1134	73020	EXAMEN RADIOLÓGICO DE HOMBRO; UNA VISTA (1P)	45.00
1135	73030	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE HOMBRO, MÍNIMO DE DOS INCIDENCIAS (2P)	40.50



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1136	73060.01	EXAMEN RADIOLÓGICO DE HÚMERO COMPARATIVO	60.00
1137	73060	EXAMEN RADIOLÓGICO DE HÚMERO, MÍNIMO DE DOS INCIDENCIAS (1P)	37.50
1138	73070	EXAMEN RADIOLÓGICO DE CODO COMPARATIVO	60.00
1139	73080	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE CODO, MÍNIMO DE DOS INCIDENCIAS (2P)	37.50
1140	73090	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ANTEBRAZO AP Y LAT, DOS INCIDENCIAS (1P)	37.50
1141	73092	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ANTEBRAZO, EXTREMIDAD SUPERIOR, LACTANTE, MÍNIMO DE DOS INCIDENCIAS (1P)	38.60
1142	73100	EXAMEN RADIOLÓGICO DE MUÑECA; DOS INCIDENCIAS (1P)	40.50
1143	73110	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE MUÑECA, MÍNIMO DE TRES INCIDENCIAS (2P)	40.50
1144	73120	EXAMEN RADIOLÓGICO DE MANO; DOS INCIDENCIAS (2P) (RX MANOS COMPARATIVAS)	60.00
1145	73130	EXAMEN RADIOLÓGICO DE MANO, MÍNIMO DOS INCIDENCIAS (3P)	37.50
1146	73140	EXAMEN RADIOLÓGICO DE DEDOS DE MANOS, MÍNIMO DE DOS INCIDENCIAS	30.00
1147	73160	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE TOBILLO, MÍNIMO DE TRES INCIDENCIAS	20.00
1148	73200.01	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTE DE MANO SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1149	73200.02	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE ANTEBRAZO SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1150	73200.04	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE MUÑECA SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1151	73200.06	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE HOMBRO SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1152	73201.02	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE ANTEBRAZO CON MATERIAL DE CONTRASTE	531.18
1153	73201.03	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTE DE MANO CON MATERIAL DE CONTRASTE	531.14
1154	73201.04	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE MUÑECA CON MATERIAL DE CONTRASTE	531.14
1155	73201.06	TOMOGRFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE HOMBRO CON MATERIAL DE CONTRASTE	520.50
1156	73500	EXAMEN RADIOLÓGICO DE CADERA INTRAOPERATORIA	35.00
1157	73510	EXAMEN RADIOLÓLIGO UNILATERAL COMPLETO DE CADERA, MÍNIMO DE DOS INCIDENCIAS (2P)	45.00
1158	73520	EXAMEN RADIOLÓGICO BILATERAL DE CADERA, MÍNIMO DE DOS INCIDENCIAS DE CADA CADERA (2P)	82.50
1159	73550	EXAMEN RADIOLÓGICO DE FÉMUR, DOS INCIDENCIAS (1P)	40.50
1160	73560	EXAMEN RADIOLÓGICO DE RODILLA, UNA O DOS INCIDENCIAS (1P)	48.00



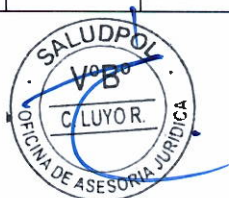
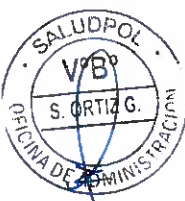
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1161	73562	EXAMEN RADIOLÓGICO DE RODILLA, TRES INCIDENCIAS (3P)	48.00
1162	73564	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE RODILLA, CUATRO O MÁS INCIDENCIAS (2P)	48.00
1163	73590.01	EXAMEN RADIOLOGICO DE PIERNA	48.00
1164	73590	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TIBIA Y PERONÉ, DOS INCIDENCIAS (2P)	52.00
1165	73600	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TOBILLO, DOS INCIDENCIAS (1P)	40.50
1166	73610	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE RODILLA, CUATRO O MAS INCIDENCIAS (2P)	48.00
1167	73630	EXAMEN RADIOLÓGICO DE PIE COMPLETO, MÍNIMO DE TRES INCIDENCIAS (1P)	40.50
1168	73700.01	TOMOGRAFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE PIERNA SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1169	7370002	TOMOGRAFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE PIE SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1170	73700.02	TOMOGRAFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE TOBILLO SIN MATERIAL DE CONTRASTE	276.32
1171	73700.04	TOMOGRAFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE RODILLA SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1172	73700.05	TOMOGRAFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE MUSLO SIN MATERIAL DE CONTRASTE	270.08
1173	7370102	TOMOGRAFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE PIE CON MATERIAL DE CONTRASTE	543.32
1174	73701.02	TOMOGRAFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE TOBILLO CON MATERIAL DE CONTRASTE	531.18
1175	73701.03	TOMOGRAFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE PIERNA CON MATERIAL DE CONTRASTE	531.18
1176	73701.04	TOMOGRAFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE RODILLA CON MATERIAL DE CONTRASTE	531.14
1177	73701.05	TOMOGRAFÍA ESPIRALES MULTICORTES DE MUSLO CON MATERIAL DE CONTRASTE	531.18
1178	74000	ABDOMEN SIMPLE AP	45.00
1179	74020	ABDOMEN SIMPLE DE PIE Y CUBITO (02 INCIDENCIAS)	57.00
1180	74022	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO PARA ABDOMEN AGUDO (2P)	41.25
1181	74150	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN SIN MATERIAL DE CONTRASTE	450.00
1182	74170	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN CON MATERIAL DE CONTRASTE	213.02
1183	92225	OFTALMOSCOPIA FONDO DE OJO INDIRECTO	30.00
1184	74246	ESTÓMAGO Y DUODENO (DOBLE CONTRASTE)(DE 4 A 8 PLACAS)	120.00
1185	74246.01	TRANSITO INTESTINAL(VARIAS PLACAS)	120.00
1186	74280	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLON CON CONTRASTE DE AIRE Y BARIO ESPECÍFICO DE ALTA DENSIDAD, CON O SIN GLUCAGÓN (5P)	94.50
1187	74283	COLOCACION DE ENEMA POR VEZ	7.00



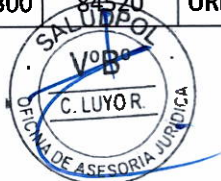
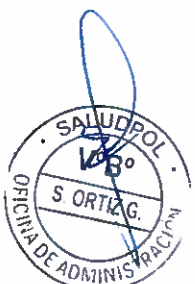
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1188	74330	EXAMENES LAB. COMPLET. DE LA GESTANTE	37.50
1189	74400	UROGRAFÍA ESCRETORIA (4P)	200.25
1190	74420	UROGRAFÍA RETRÓGRADA, CON O SIN KUB	150.00
1191	74430	CISTOGRAFÍA, (DOS INCIDENCIAS)	90.00
1192	74450	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA (4P)	120.00
1193	74740	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	150.00
1194	75820	FLEBOGRAFIA PERIFERICA (MIEMBROS)	150.00
1195	76020	RX EDAD ÓSEA	45.00
1196	76080	FISTULOGRAFIA	120.00
1197	76090	MAMOGRAFÍA UNILATERAL	36.95
1198	76091	MAMOGRAFÍA BILATERAL	60.00
1199	76506	ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR	60.00
1200	76510	ECOGRAFIA DOOPLER	80.00
1201	76519	BIOMETRÍA OFTÁLMICA POR ULTRASONIDO MODO A Y CÁLCULO DE PODER DE LENTE INTRAOCULAR	22.00
1202	76536.01	ECOGRAFIA DE CUELLO	60.00
1203	76536	ECOGRAFIA PARTES BLANDAS	32.25
1204	76536.03	ECOGRAFIA TIROIDES	60.00
1205	76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX POR RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL	32.25
1206	76604.04	ECOGRAFIA PULMONAR	60.00
1207	76645	ECOGRAFIA DE MAMAS	60.00
1208	76700	ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMPLETA (ABDOMINAL, RENO - VESICAL)	75.00
1209	76700.01	ECOGRAFIA ABDOMINAL (SUPERIOR)	45.00
1210	76705	ECOGRAFIA VESICULA	32.25
1211	76706	ECOGRAFIA HIGADO Y VIAS BILIARES	24.00
1212	76775	ECOGRAFÍA RENAL	45.00
1213	76775.01	ECOGRAFIA RENO-VESICAL	45.00
1214	76805	ECOGRAFIA OBSTETRICA	52.50
1215	76805.01	EXAMENES DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	24.00
1216	76816	ECOGRAFIA UTERO OVARIOS (TV)	32.25
1217	76818	BIOFÍSICO FETAL, CON TEST NO ESTRESANTE	15.00
1218	76819	PERFIL BIOFÍSICO FETAL, ESTRESANTE	22.50
1219	76827	ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER	90.18
1220	76828	ECOCARDIOGRAFIA	120.00
1221	76830	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL	60.00
1222	76856	ECOGRAFÍA PÉLVICA NO OBSTÉTRICA COMPLETA POR RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL	24.00
1223	76870	ECOGRAFÍA, ESCROTO Y CONTENIDO (TESTICULOS)	75.00
1224	76872	ECOGRAFIA DE VEJIGA Y/O PROSTÁTICA	45.00
1225	76880.05	ECOGRAFIA DE MUSLO CADA/LADO	60.00
1226	77055	MAMOGRAFIA UNILATERAL	49.13



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1227	77056	MAMOGRAFIA BILATERAL (4 PLACAS)	68.85
1228	77057	MAMOGRAFIA SCREENING	61.85
1229	77080	DENSITOMETRIA OSEA	80.00
1230	79005	COLOCACION DE INYECTABLES POR VEZ (ENDOVENOSO)	4.50
1231	80051	PERFIL DE ELECTROLITOS: DIÓXIDO DE CARBONO, CLORO, POTASIO Y SODIO	30.00
1232	80055	PERFIL PRENATAL: VIH-ELISA, HEMOGRAMA, RPR, GS Y FACTOR, EXAMEN DE ORINA Y GLUCOSA	75.00
1233	80057	PERFIL PREOPERATORIO: HEMOGRAMA, GRUPO SANGUÍNEO, FACTOR RH, PERFIL DE COAGULACION, GLUCOSA, HIV, VDRL, EXAMEN COMPLETO DE ORINA, CREATININA, RPR	120.00
1234	80061	PERFIL LIPÍDICO: (CT, HDL, LDL, VLDL, TG)	49.50
1235	80063	PERFIL DE COAGULACIÓN: (TP, TPTA, FIBRINOGENO, TC, TS)	63.75
1236	80076	PERFIL HEPATICO (BT, BD, BI, TGO, TGP, PT, ALB, GLOB, GGT, FA)	77.25
1237	80095	PERFIL DE DONANTE DE SANGRE (GRUPO SANGUÍNEO, HEMATOCRITO, VIH I-II, HBSAG, VHC, SÍFILIS, CHAGAS, HTLV I-II Y ANTICORE HB)	67.50
1238	80104	EXAMEN COMPLETO DE LIQUIDO ASCITICO	31.20
1239	81000	EXAMEN COMPLETO DE ORINA....	12.00
1240	81003	EXAMEN DE ORINA MAS GRAM S/C	10.77
1241	81015	EXAMEN MICROSCÓPICO DE SEDIMENTO URINARIO	7.50
1242	81025	DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO	7.50
1243	82020	TEST DE ADA (ADENOSINA DEAMINASA)	45.00
1244	82024	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA (ACTH)	20.43
1245	82040	ALBÚMINA SÉRICA	12.00
1246	82042	PROTEINA EN ORINA DE 24 HORAS	22.50
1247	82043	ALBÚMINA URINARIA, MICROALBÚMINA, CUANTITATIVA (MICROALBUMINURIA)	34.00
1248	82135	ALFA-FETOPROTEÍNA; SÉRICA	37.50
1249	82150	AMILASA	18.75
1250	82247	BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA	24.00
1251	82248	BILIRRUBINA DIRECTA	11.25
1252	82252	BILIRRUBINA EN ORINA	7.73
1253	82270	SANGRE OCULTA EN HECES	22.50
1254	82310	CALCIO TOTAL - SERICO	18.00
1255	82330	CALCIO IONIZADO	22.50
1256	82378	ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNICO (CEA)	37.50
1257	82465	COLESTEROL TOTAL	13.50
1258	82533	CORTISOL; TOTAL(URINARIO, BASAL)	45.00
1259	82540	CREATINA	12.00
1260	82553	CK - MB (CK), FRACCIÓN MB	22.50
1261	82565	CREATININA EN SANGRE	12.00



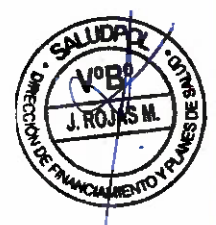
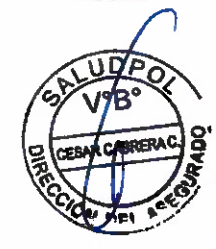
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1262	82570	CREATININA EN ORINA 24 HORAS	17.25
1263	82575	DEPURACION DE CREATININA	22.50
1264	82728	FERRITINA	46.67
1265	82785	GAMMAGLOBULINA; IGE	50.00
1266	82803	(AGA)GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, PCO2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	48.00
1267	82947	GLUCOSA BASAL	10.50
1268	82948	TOMA DE HEMOGLUCOTEST	7.50
1269	82950	GLUCOSA, POST PANDRIAL	21.00
1270	82951	GLUCOSA, PRUEBA DE TOLERANCIA (GTT), TRES MUESTRAS (INCLUYE GLUCOSA)	45.00
1271	82962	TOMA DE HEMOGLUCOTEST (INCLUYE LANCETA)	7.50
1272	82985	HEMOGLOBINA LICOCILADA (2)	45.00
1273	83001	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)	37.32
1274	83002	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	26.70
1275	83003	HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANA (SOMATOTROPINA)	36.00
1276	83036	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	45.00
1277	83525	INSULINA; TOTAL	30.00
1278	83615	LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH);	12.00
1279	83690	LIPASA	41.25
1280	83718	COLESTEROL - HDL	13.50
1281	83719	COLESTEROL - VLDL	13.50
1282	83721	COLESTEROL - LDL	13.50
1283	83735	MAGNESIO	22.50
1284	83874	MIOGLOBINA (PRUEBA RÁPIDA)	37.50
1285	84075	FOSFATASA ALCALINA	13.50
1286	84100	FOSFORO SÉRICO	18.00
1287	84146	PROLACTINA	52.50
1288	84152	ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	45.00
1289	84154	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) LIBRE	21.36
1290	84155	PROTEINA TOTAL Y FRACCIONADA (SERICA)	22.50
1291	84157	PROTEINAS EN OTROS FLUIDOS CORPORALES	15.00
1292	84439	TIROXINA; LIBRE (T4L)	45.00
1293	84443	TIROIDES, HORMONA DE ESTIMULACIÓN DEL, (TSH)	45.00
1294	84450	TRANSAMINASA GLUTAMINICO OXALACÉTICA TGO (ASAT)	12.00
1295	84460	TRANSAMINASA GLUTAMINICO PIRÚVICA TGP (ALAT)	12.00
1296	84480	TRİYODOTIRONINA T3; TOTAL (TT-3)	60.00
1297	84481	TRİYODOTIRONINA T3; LIBRE (T3L)	45.00
1298	84510	TIROSINA(T4)	45.00
1299	84512	TROPONINA, CUANTITATIVA	37.50
1300	84520	UREA	12.00



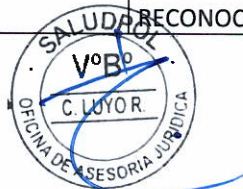
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1301	84550	ACIDO ÚRICO EN SANGRE	12.00
1302	84560.01	ACIDO ÚRICO EN ORINA (24 HORAS)	12.00
1303	84703	GONADOTROPINA CORIÓNICA (HCG); CUALITATIVA	18.00
1304	85002	TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA	9.00
1305	85007	HEMOGRAMA (GR Y GB /MM3)	15.00
1306	85008	LAMINA PERIFERICA	12.00
1307	85013	HEMATOCRITO	4.00
1308	85018	HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	15.00
1309	85027	HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO	22.50
1310	85044	RECUENTO DE RETICULOCITOS	15.00
1311	85049	RECUENTO AUTOMATIZADO DE PLAQUETAS	12.75
1312	85379	MEDICIÓN CUANTITATIVA DE DÍMERO D (DIMERO D)	56.00
1313	85384	FIBRINOGENO	30.00
1314	85590	RECUENTO DE PLAQUETAS	15.00
1315	85610	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (APTT)	22.50
1316	85652	VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR (VSG)	6.38
1317	85670	TIEMPO DE TROMBINA	18.00
1318	85730	TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)	22.50
1319	85999.01	TRATAMIENTO CERRADO DE FX HPN	67.50
1320	86008	AGLUTINACIONES (TIPHY, PARATIPHY Y BRUCELLA)	12.00
1321	86038	CELULAS LE	24.00
1322	86060	(ANTIESTREPTOLISINA O)ASO	12.00
1323	86140	PROTEINA C REACTIVA (PCR) - CUALITATIVO	15.00
1324	86327	INMUNOELECTROFORESIS CRUZADA (PRUEBA CRUZADA)	12.75
1325	86430	ARTRITEST (LATEX - PRUEBA DE FACTOR REUMATOIDEO) - CUALITATIVO	12.00
1326	86431	FACTOR REUMATOIDEO (CUANTITATIVO)	12.50
1327	86580	APLICACION Y LECTURA DE PPD	6.00
1328	86592	PRUEBA CUALITATIVA DE SÍFILIS	15.75
1329	86593	RPR SÍFILIS (TEST CUANTITATIVO PARA SÍFILIS)	30.00
1330	86687	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA HTLV-I	39.00
1331	86688	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA HTLV-II	30.00
1332	86689	HIV, ELISA (PRUEBA RAPIDA - ELISA CUARTA GENERACION)	45.75
1333	86701	TAMIZAJE DE HIV A GESTANTE	15.00
1334	86703	ELISA O PRUEBA RÁPIDA PARA HIV-1, HIV-2	39.00
1335	86704	ELISA ANTICORE - HBC (HEPATITIS B)	42.00
1336	86706	ELISA HBSAG (ANTIGENO AUSTRALIANO)	39.00
1337	86709	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS TOTALES PARA VIRUS DE HEPATITIS A (PRUEBA RAPIDA)	30.00
1338	86753	ELISA CHAGAS	37.00
1339	86803	HEPATITIS C - HVC (PRUEBA RAPIDA - ELISA)	37.50
1340	86831	PPDR PREGNOSTICON (DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO-ORINA) (81025)	12.75



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1341	86833	PREGNOSTICON (DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO-SANGRE)	18.75
1342	86880	TEST DE COOMBS DIRECTO	21.15
1343	86885	TEST DE COOMBS INDIRECTO	21.15
1344	86899	GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	12.00
1345	86900	GRUPO SANGUÍNEO	11.25
1346	86920	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD (PRUEBAS CRUZADAS)	20.00
1347	86990.01	TRANSFUSION DE PLAQUETAS	167.00
1348	86999	TRANSFUSIÓN DE CRIOPRECIPITADO	288.00
1349	87040	HEMOCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA (ATB)	60.00
1350	87045	COPROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA - ATB	38.25
1351	87046	MIELOCULTIVO	39.00
1352	87087	UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	38.25
1353	87101	CULTIVO DE HONGOS	30.00
1354	87162	CULTIVO DE SECRECION FARINGEA	37.50
1355	87172	(INSUMO) TEST DE GRAHAM	4.50
1356	87177	EXAMEN DE HECES (SERIADO)	15.00
1357	87178	TEST DE GRAHAM	7.80
1358	87180	PARASITOLOGICO EXAMEN DIRECTO (X1)	6.00
1359	87205	COLORACIÓN GRAM	9.75
1360	87210	TEST TINTA CHINA (LCR)	15.00
1361	87220	KOH -HONGOS	7.50
1362	87340	HEPATITIS B, DETECCIÓN DE ANTÍGENO DE SUPERFICIE (HBS AG)	45.75
1363	87350	DETECCIÓN DE ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE VIRUS DE HEPATITIS B (PRUEBA RAPIDA)	30.00
1364	87517	PRUEBA RAPIDA ANTICORE	42.00
1365	88106	EXAMEN DE SECRECION URETRAL	12.00
1366	88141	CITOPATOLOGÍA CERVICAL O VAGINAL (TOMA DE PAPANICOLAO)	7.50
1367	88141.01	INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO	15.00
1368	88142	EXAMEN DE SECRECION VAGINAL	12.00
1369	88150	TOMA DE PAPANICOLAOU DE CUELLO UTERINO (PAP)	15.00
1370	88172	BIOPSIA ASPIRACION AGUJA FINA (BAAF)	13.16
1371	88233	CULTIVO DE TEJIDOS PARA TRASTORNOS NO NEOPLÁSTICOS; PIEL U OTRO TIPO DE BIOPSIA DE TEJIDO SÓLIDO	45.00
1372	88370	ESTUDIO DE BLOCK CELL	30.00
1373	88372	ESTUDIO DE TEJIDO OSEO CON TÉCNICA DE DESCALCIFICACIÓN	8.00
1374	88380	ESTUDIO HISTOLOGICO PIEZA OPERATORIA GRANDE (MAYOR A 2.5 CM)	93.00
1375	88381	ESTUDIO HISTOLÓGICO PIEZA OPERATORIA MEDIANA (1.5 CM A 2.5 CM)	75.00
1376	88382	ESTUDIO HISTOLÓGICO PIEZA OPERATORIA PEQUEÑA (0.5 CM A 1.5 CM)	45.00
1377	88478	TRIGLICERIDOS	15.00
1378	89050	EXAMEN DE LÍQUIDO CEFALO-RAQUIDEO	31.20
1379	89050.3	EXAMEN COMPLETO DE LIQUIDO SINOVIAL	31.20



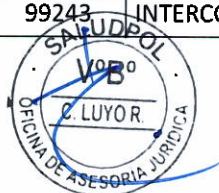
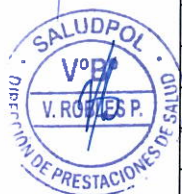
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1380	89055	EXAMEN DE HECES	7.50
1381	89055.01	REACCION INFLAMATORIO (HECES)	15.00
1382	90471	COLOCACION DE INYECTABLES EN HOSPITALIZACION POR VEZ (INSTRAMUSCULAR, ENDOVENOSO O SUBCUTANEO)	2.25
1383	90769	INSULINOTERAPIA ESCALA MOVIL POR VEZ	7.50
1384	90780.01	ADMINISTRACION DE SOLUCIONES ENDOVENOSAS A TRAVES DE BOMBA DE INFUSION (PERIFERICO, CVC, FLEBOTOMIA)	15.00
1385	90780	FLUIDOTERAPIA POR DIA (INFUSION ENDOVENOSA)	7.50
1386	90782	COLOCACION DE INYECTABLES EN CONSULTORIO POR VEZ (INTRAMUSCULAR Ó SUBCUTÁNEO)	3.00
1387	90806	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, DE SOPORTE, PSICODINÁMICA O PSICOEDUCATIVA O DE AFRONTE COGNITIVO CONDUCTUAL DE 45-60 MINUTOS DE DURACIÓN, CARA A CARA	30.00
1388	90846	PSICOTERAPIA DE FAMILIA; SIN LA PRESENCIA DEL PACIENTE	22.50
1389	90847	PSICOTERAPIA DE FAMILIA (PSICOTERAPIA CONJUNTA); CON LA PRESENCIA DEL PACIENTE	30.00
1390	90849	PSICOTERAPIA DE GRUPO MULTIFAMILIAR (CON PSICÓLOGO)	30.00
1391	90853	PSICOTERAPIA DE GRUPO (DIFERENTE GRUPO MULTIFAMILIAR)	30.00
1392	90860	PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	22.50
1393	90861	RELAJACIÓN	18.00
1394	90937	HEMODIÁLISIS	456.05
1395	91100	TUBO PARA SANGRADO INTESTINAL, INSERCIÓN, POSESIONAMIENTO Y CONTROL	26.25
1396	91105.01	CULTIVO DE ASPIRADO GÁSTRICO(LAVADO GÁSTRICO)	42.00
1397	91105	LAVADO GÁSTRICO POR Sonda NASOGÁSTRICA	22.50
1398	91142	POLIPECTOMIA ALTA CON VIDEOENDOSCOPIO	230.00
1399	91144	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ESÓFAGO CON VIDEOENDOSCOPIO	53.00
1400	91212	PARACENTESIS EVACUATORIA (S/ EXAMENES DE LABORATORIO)	37.50
1401	92015	REFRACCION Y MEDICION DE LA VISION	10.50
1402	92020	GONIOSCOPIA	45.00
1403	92081	CAMPIMETRÍA Y/O PERIMETRÍA, UNI O BILATERAL	50.00
1404	92100	TONOMETRÍA	32.49
1405	92227	OFTALMOSCOPIA DIRECTA E INDIRECTA	25.29
1406	92250	FOTOGRAFÍA DE FONDO DE OJO	4.76
1407	92511	NASOFARINGOSCOPIA CON ENDOSCOPIO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	75.00
1408	92533	PRUEBA VESTIBULAR CALÓRICA, CADA IRRIGACIÓN (LA ESTIMULACIÓN BINAURAL, BITÉRMICA CONSTITUYE CUATRO PRUEBAS)	15.31
1409	92553	AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS TRANSMITIDOS POR AIRE Y HUESO	39.00
1410	92555	UMBRAL DE AUDIOMETRÍA CON RECONOCIMIENTO DEL HABLA (LOGOUDIOMETRIA)	20.75
1411	92556	EVALUACIÓN COMPLETA DEL UMBRAL DE AUDIOMETRÍA CON RECONOCIMIENTO DEL HABLA	37.50



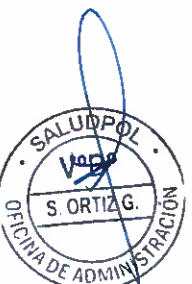
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1412	92557	AUDIOMETRÍA	30.00
1413	92569	PRUEBA DE DECAIMIENTO DEL REFLEJO ACÚSTICO	37.50
1414	92950	REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (P. EJ. EN PARO CARDIACO)	150.00
1415	92960	CARDIOVERSIÓN ELECTIVA, CONVERSIÓN ELÉCTRICA DE LA ARRITMIA; EXTERNA	153.00
1416	92977	TROMBÓLISIS CORONARIA; POR INFUSIÓN INTRAVENOSA	330.00
1417	93000	TOMA DE EKG (ELECTROCARDIOGRAMA)	45.00
1418	93010	ELECTROCARDIOGRAMA, ECG DE RUTINA CON POR LO MENOS 12 ELECTRODOS, CON INTERPRETACION E INFORME	51.00
1419	93010.01	ELECTROCARDIOGRAMA, INTERPRETACION E INFORME SOLAMENTE	30.00
1420	93312	COLOCACION DE SONDA DOPPER TRANSESOFAGICO PARA GASTO CARDIACO	150.00
1421	93501	CATERISMO CARDÍACO DERECHO (SWAN GANZ)	360.00
1422	93542	CATER VENOSO CENTRAL (MEDICINA INTERNA)	45.00
1423	93770	MEDICION DE LA PRESION VENOSA CENTRAL (SIN MONITOR)	37.50
1424	93886	DOPPLER TRANSCRANEAL	90.00
1425	93926	ECOGRAFÍA DOPPLER ARTERIAL MIEMBRO INFERIOR CADA/LADO	70.00
1426	93970.02	ECOGRAFÍA VENOSA MIEMBRO INFERIOR	150.00
1427	94002	AYUDA Y MANEJO DE LA VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREFIJADOS PARA LA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA, DIAS SIGUIENTES	20.00
1428	94003	INTUBACION Y VENTILACION MECANICA	120.00
1429	94010	ESPIROMETRÍA BASICA	45.00
1430	94640.01	INHALACIONES DE AEROSOLES O VAPORES PARA MOVILIZACION DEL ESPUTO, BRONCODILATACION O INDUCCION DEL ESPUTO CON FINES DIAGNOSTICOS, DEMOSTRACION INICIAL Y/O EVALUACION	30.00
1431	94640	NEBULIZACIONES POR VEZ	7.50
1432	94656	AYUDA Y MANEJO DE LA VENTILACIÓN, INICIO DE VENTILADORES DE PRESIÓN O DE VOLUMEN PREFIJADOS PARA LA RESPIRACIÓN ASISTIDA O CONTROLADA, PRIMER DIA	26.50
1433	94657	USO DE VENTILADOR MECANICO POR DIA	10.50
1434	94660	VENTILACIÓN CON PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LAS VÍAS AÉREAS (CPAP), INICIO Y MANEJO	55.00
1435	94662	VENTILACIÓN CON PRESIÓN NEGATIVA CONTINUA (CNP) INCISO Y MANEJO	177.00
1436	94760	CONTROL DE SATURACION	4.50
1437	94799	OXIGENOTERAPIA MEDIANTE MASCARILLA (SIMPLE, VENTURI, RESERVORIO, CBN/FLUJO LIBRE) POR DIA	6.00
1438	95812	ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)	90.00
1439	96372	APLICACION DE TRATAMIENTO ENDOVENOSA	4.50
1440	97001	SESION EVALUACIÓN DE FISIOTERAPIA	15.00
1441	97003	SESION DE TERAPIA OCUPACIONAL	10.50



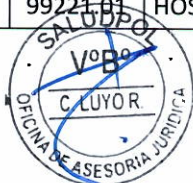
N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1442	97010	SESION APLICACIÓN DE AGENTES DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS(COMPRESAS) TÉRMICOS O FRIOS	7.50
1443	97012	APLICACIÓN DE TRACCIÓN MECÁNICA	9.00
1444	97018	SESION APLICACIÓN DE BAÑO DE PARAFINA	12.69
1445	97026	APLICACIÓN DE RAYOS INFRARROJOS	15.00
1446	97028	SESION APLICACIÓN DE LUZ ULTRAVIOLETA	15.00
1447	97032	APLICACIÓN DE ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA (MANUAL), CADA 15 MINUTOS	12.00
1448	97035	SESION APLICACIÓN DE ULTRASONIDO, CADA 15 MINUTOS	12.69
1449	97110	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO PARA DESARROLLAR FUERZA Y RESISTENCIA AL EJERCICIO, ARCO DE MOVIMIENTO Y FLEXIBILIDAD	15.00
1450	97124	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO DE MASAJES (MASOTERAPIA)	18.54
1451	97139	KINESIOTERAPIA	7.00
1452	97140	TÉCNICAS MANUALES DE LA TERAPIA (P. EJ. MANIPULACIÓN DE LA MOVILIZACIÓN, DRENAJE LINFÁTICO MANUAL, TRACCIÓN MANUAL), UNO O MÁS REGIONES, CADA 15 MINUTOS	8.64
1453	97780	ACUPUNTURA, UNA O MÁS AGUJAS; SIN ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA	30.00
1454	99078	MANEJO INTEGRAL DE PERSONAS CON SOBREPESO, DISLIPIDEMIAS, OBESIDAD Y OTROS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA	30.00
1455	99141	SEDACION CON O SIN ANALGESIA (SEDACION CONSCIENTE); INTRAVENOSA, INTRAMUSCULAR O POR INHALACION	40.00
1456	99187	INFILTRACIONES EXTRA ARTICULARES, MUSCULARES	45.00
1457	99188	COLOCACIÓN DE SONDA NASO YEYUNAL PARA SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL POR FLUOROSCOPIA O GASTROSCOPIA	53.96
1458	99188.04	COLOCACION DE SONDA VESICAL	22.50
1459	99188.02	COLOCACION DE SONDA RECTAL	7.50
1460	99193	INFILTRACIONES INTRA ARTICULARES MAYORES	60.00
1461	99194	INFILTRACIONES INTRA ARTICULARES MENORES	12.00
1462	99195	FLEBOTOMÍA TERAPÉUTICA	65.00
1463	99199	RIESGO QUIRURGICO	15.00
1464	99201	CONSULTA MÉDICA EN CONSULTORIO EXTERNO	12.46
1465	99203	CONSULTA DE PSICOLOGIA	12.00
1466	99208	SALUD REPRODUCTIVA (PLANIFICACIÓN FAMILIAR)	9.00
1467	99212	INFILTRACIONES S/MATERIALES	15.00
1468	99215.03	CONSULTA EXTERNA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	15.00
1469	99232	SERVICIO DE SALA DE RECUPERACION HASTA 2 HORAS	24.00
1470	99234	ATENCIÓN EN SALA DE OBSERVACIÓN EMERGENCIA PEDIATRICA, MENOR DE 12 HORAS INCLUYE LA ATENCION DEL MEDICO Y ENFERMERA	22.50
1471	99235	ATENCIÓN EN SALA DE OBSERVACIÓN EMERGENCIA PEDIATRICA, ENTRE 12 HORAS A 24 HORAS, INCLUYE LA ATENCION DEL MEDICO Y ENFERMERA	30.00
1472	99243	INTERCONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	15.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1473	99252	CONSEJERÍA NUTRICIONAL NIÑOS EN RIESGO	9.00
1474	99281	CONSULTA DE EMERGENCIA	15.00
1475	99291	ATENCION PACIENTE-DIA UCI	133.16
1476	99300	MONITOREO DE VENTILACION MECANICO NO INVASIVA	45.00
1477	99300.01	VENTILACION MECANICA NO INVASIVA	180.00
1478	99367	INTERCONSULTA INFECTOLOGIA	15.00
1479	99382	CONTROL DE CRECIMINETO Y DESARROLLO EN NIÑOS	9.00
1480	99384	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	7.50
1481	99401	CONSEJERÍA INTEGRAL	7.50
1482	99401.04	CURACIÓN DE MUÑON O CORDÓN UMBILICAL	7.50
1483	99412	ESTIMULACIÓN TEMPRANA (4 SESIONES X 1 MES)	15.00
1484	99433	ATENCION AL RECIEN NACIDO PATOLOGICO POR DIA	30.00
1485	99436	ATENCION DEL RECIEN NACIDO (PARTO DOMICILIARIO, EMERGENCIA)	37.50
1486	99436.01	EX. INMUNOLOGICO DE NIÑO RECIEN NACIDO	18.00
1487	99441	SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA (CERCADO TUMBES)	15.00
1488	99442	SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA TIPO II (PROVINCIA DE ZARUMILLA)	105.00
1489	99442.01	SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA TIPO II (AEROPUERTO)	60.00
1490	99527	BK	12.00
1491	99538	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DE LAS DIÁFISIS DEL RADIO Y CUBITO, CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA; DE CUBITO, CON PLACA, TORNILLOS (FRACTURAS DE LAS DIÁFICIARIA DE RADIO Y CUBITO)	150.00
1492	99555	REDUCCION INCRUENTA DE LA DIÁFISIS TIBIAL (LUXACIÓN)	225.00
1493	99590	COLOCACION DE VENOCLISIS	12.00
1494	99598	RADIOGRAFIA ODONTOLOGICA PERIAPICAL	15.00
1495	99599	PULPECTOMIA	45.00
1496	99603	QUISTECTOMIA OVÁRICA, UNILATERAL O BILATERAL POR VÍA LAPAROSCOPICA.	330.00
1497	99695	REDUCCION CRUENTA MAS OSTEOSINTESIS DE LA EPÍFISIS FEMORAL DISTAL EPIFISIOLISIS (FRACTURA DE FEMUR)	750.00
1498	99787	TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA EN CAMA UCI	300.00
1499	99830	CAUTERIZACION GINECOLOGICA (PERINE - VERRUGAS)	52.50
1500	99863	CIERRE DE COLOSTOMIA	255.00
1501	9924303	INTERCONSULTA CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR	22.50
1502	9924336	INTERCONSULTA GERIATRIA	22.50
1503	87340B	ANTIGENO AUSTRALIANO (HBSAG) - PRUEBA RAPIDA	12.00
1504	89050B	EXAMEN DE LIQUIDO PLEURAL	20.00
1505	C3201	RESTAURACION CON IONOMERO DE VIDRIO AUTOCURABLE SIMPLE	30.00
1506	C7001	MONITOREO HEMODINAMICO EN QUIROFANO	120.00
1507	D0120	CONSULTA ESTOMATOLÓGICA NO ESPECIFICADA	13.76
1508	D0150	EXAMEN ESTOMATOLÓGICO CON ODONTOGRAMA	45.00
1509	D0220	RADIOGRAFÍA PERIAPICAL INTRAORAL	15.00



N°	CODIGO CPMS	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1510	D0240	RADIOGRAFÍA INTRAORAL - RADIOGRAFÍA OCLUSAL	27.00
1511	D0270	RADIOGRAFÍA INTRAORAL DE MORDIDA (BITE WINGS)	17.25
1512	D1120	PROFILAXIS DENTAL	24.00
1513	D1203	FLUORIZACIÓN TÓPICA (APLICACION DE FLUOR GEL ACIDULADO)	15.00
1514	D1204	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUOR POR MAXILAR (APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR GEL)	20.00
1515	D1225	APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR	30.00
1516	D1351	APLICACIÓN DE SELLANTE POR PIEZA DENTARIA (FOTOCURABLE)	26.25
1517	D2150	RESTAURACIÓN DE DOS SUPERFICIES, CON AMALGAMA DE PLATA, EN PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES (COMPUESTA)(RESTAURACION CON AMALGAMA COMPUESTA)	45.00
1518	D2160	CURACION AMALGAMA DENTAL COMPLEJA	36.00
1519	D2330.01	RESTAURACIÓN CON RESINA AUTOCURABLE SIMPLE	37.50
1520	D2330	RESTAURACIÓN DE UNA SUPERFICIE, CON RESINA, EN PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES, ANTERIORES (SIMPLE) (RESTAURACION CON RESINA FOTOCURABLE SIMPLE)	35.00
1521	D2331	RESTAURACIÓN FOTOCURABLES DE DOS SUPERFICIES, CON RESINA, EN PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES, ANTERIORES (COMPUESTA) (RESTAURACION CON RESINA AUTOCURABLE COMPUESTA)	45.00
1522	D2386	RESTAURACIÓN DE DOS SUPERFICIES, CON RESINA, EN PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES, POSTERIORES (COMPUESTA) (RESTAURACION CON RESINA FOTOCURABLE COMPUESTA)	52.50
1523	D3110	ENDODONCIAS, RECUBRIMIENTOS PULPAR	22.50
1524	D3120	RECUBRIMIENTO PULPAR - INDIRECTO	30.00
1525	D3220	ENDODONCIAS ANTERIOR POR UNA RAIZ (PULPOTOMÍA)	50.00
1526	D3221	APERTURA CAMERAL (ANTERIOR - POSTERIOR)	30.00
1527	D3230	PULPECTOMÍA ANTERIOR DIENTES DECIDUOS	30.00
1528	D3346	ENDODONCIA POSTERIOR DOS RAICES	120.00
1529	D3351	APEXIFICACIÓN	49.29
1530	D3352	CURACION SIMPLE (CON AMALGAMA)	19.50
1531	D3353	APEXOGENESIS	60.00
1532	D7176	EXTRACCIÓN DENTAL SIMPLE	8.25
1533	D7210	EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DENTAL O EXTRACCIÓN IMPACTADA/EXODONCIA COMPLEJA 3ERA MOLAR (EXTRACION O EXODONCIA DENTAL COMPLEJA)	105.00
1534	D7252	RETIRO DE PUNTOS SIN/CON ANESTESIA LOCAL EN CAVIDAD ORAL	12.00
1535	D9110	TECNICA DE RESTAURACION ATRAUMATICA	25.99
1536	D9952	AJUSTE OCLUSAL COMPLETO	41.79
1537	90805.01	COPIA DE HISTORIA CLÍNICA	22.60
1538	99295.07	HOSPITALIZACIÓN UCI COVID-19	450.00
1539	99263	HOSPITALIZACIÓN UCIN COVID-19	450.00
1540	99221.01	HOSPITALIZACIÓN COVID-19	64.00



ANEXO N° 5 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

