



FONASA

**ARANCEL DE PRESTACIONES DE SALUD AÑO 2026
MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN
LIBRO ARANCEL MLE 2026**

ABREVIATURAS

ADEMÁS DE LAS ABREVIATURAS QUE APARECEN SEÑALADAS EN EL TEXTO, SE HAN USADO LAS SIGUIENTES:

- A.C. = ADEMAS CODIGO
- C/U = CADA UNO/A
- COD. = CODIGO
- COD. ADIC. = CODIGO ADICIONAL
- C/S = CON O SIN
- DREN. = DRENAJE
- EXP. = EXPOSICIONES
- EXTIRP. = EXTIRPACION
- EXTRAC. = EXTRACCION
- L.C.R. = LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO
- OP. = OPERACION
- PROC. = PROCEDIMIENTO
- PROC. AUT. = PROCEDIMIENTO AUTONOMO
- PROC. QUIR. = PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
- RECEP. = RECEPTOR/A
- REPAR. = REPARACION
- REPAR. QUIR. = REPARACION QUIRURGICA
- RESEC. = RESECCION
- R.N. = RECIEN NACIDO
- SIM. = SIMILAR
- TRAT. = TRATAMIENTO
- TRAT. QUIR. = TRATAMIENTO QUIRURGICO
- VAC. = VACIAMIENTO

I.- SOLO MODALIDAD LIBRE ELECCION

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
	GRUPO : 01						
	ATENCION ABIERTA						
01 01 001	CONSULTA MEDICINA GENERAL	12.080	4.830	12.930	5.680	15.130	7.880
01 01 201	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 202	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 203	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROCIRUGÍA	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 204	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 205	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 206	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN REUMATOLOGÍA	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 207	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA ADULTO	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 208	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 209	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA ADULTOS	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 210	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 211	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA MÉDICA	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 212	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA ADULTOS (1RA CONSULTA)	29.180	11.670	37.930	20.420	46.690	29.180
01 01 213	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA (1RA CONSULTA)	29.180	11.670	37.930	20.420	46.690	29.180
01 01 300	CONSULTA MÉDICA OTRAS ESPECIALIDADES	19.220	7.690				
01 01 301	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGÍA	19.220	7.690				
01 01 302	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN HEMATOLOGÍA	19.220	7.690				
01 01 303	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INFECTOLOGÍA	19.220	7.690				
01 01 304	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INMUNOLOGÍA	19.220	7.690				
01 01 305	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR	19.220	7.690				
01 01 306	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	19.220	7.690				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
01 01 307	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA	19.220	7.690				
01 01 308	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	19.220	7.690				
01 01 309	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA	19.220	7.690				
01 01 310	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	19.220	7.690				
01 01 311	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN UROLOGÍA	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 312	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL	19.220	7.690				
01 01 313	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL	19.220	7.690				
01 01 314	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	19.220	7.690				
01 01 315	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE TÓRAX	19.220	7.690				
01 01 316	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	19.220	7.690				
01 01 317	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	19.220	7.690				
01 01 318	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	19.220	7.690				
01 01 319	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGÍA	19.220	7.690				
01 01 320	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DIABETOLOGÍA	19.220	7.690				
01 01 321	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTO	19.220	7.690				
01 01 322	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS	19.220	7.690				
01 01 323	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA ADULTO	19.220	7.690				
01 01 324	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICO	19.220	7.690				
01 01 325	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GENÉTICA CLÍNICA	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 326	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA ADULTO	19.220	7.690				
01 01 327	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICO	19.220	7.690				
01 01 328	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEONATOLOGÍA	19.220	7.690				
01 01 329	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA	19.220	7.690				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
01 01 330	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIA	19.220	7.690				
01 01 331	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	17.070	6.830	22.190	11.950	27.310	17.070
01 01 332	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA	19.220	7.690				
01 01 333	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA MATERNO FETAL	19.220	7.690				
01 01 334	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA NUCLEAR	19.220	7.690				
01 01 004	VISITA MÉDICA DOMICILIARIA EN HORARIO HÁBIL	14.480	7.240	21.010	13.770	28.010	20.770
01 01 005	VISITA MÉDICA DOMICILIARIA EN HORARIO INHÁBIL	21.770	10.880	31.620	20.730	42.180	31.290
01 01 006	ASISTENCIA DE CARDIÓLOGO A CIRUGÍAS NO CARDÍACAS	24.960	12.480	32.450	19.970	39.940	27.460
01 01 007	ATENCIÓN MÉDICA DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTO O PABELLÓN QUIRÚRGICO C/S REANIMACIÓN CARDIO-RESPIRATORIA	24.960	12.480	32.450	19.970	39.940	27.460
01 01 008	VISITA POR MÉDICO TRATANTE A PACIENTE HOSPITALIZADO	15.340	7.670	22.250	14.580	29.670	22.000
01 01 009	VISITA POR MÉDICO INTERCONSULTOR (O EN JUNTA MÉDICA C/U) A PACIENTE HOSPITALIZADO	15.340	7.670	22.250	14.580	29.670	22.000
01 01 010	ATENCIÓN MÉDICA DIARIA A PACIENTE HOSPITALIZADO	12.400	6.200	13.230	7.030	15.520	9.320
	TELECONSULTAS						
01 08 001	TELECONSULTA MEDICINA GENERAL	10.260	4.100	10.980	4.820	12.850	6.690
01 08 201	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 202	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 203	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROCIRUGÍA	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 204	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 205	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 206	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN REUMATOLOGÍA	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 207	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA ADULTO	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 208	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 209	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA ADULTOS	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
01 08 210	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 211	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA MÉDICA	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 212	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA ADULTOS (1RA CONSULTA)	24.790	9.920	32.230	17.360	39.660	24.790
01 08 213	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA (1RA CONSULTA)	24.790	9.920	32.230	17.360	39.660	24.790
01 08 301	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGÍA	16.340	6.540				
01 08 302	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN HEMATOLOGÍA	16.340	6.540				
01 08 303	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INFECTOLOGÍA	16.340	6.540				
01 08 304	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INMUNOLOGÍA	16.340	6.540				
01 08 305	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR	16.340	6.540				
01 08 306	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	16.340	6.540				
01 08 307	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA	16.340	6.540				
01 08 308	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	16.340	6.540				
01 08 309	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA	16.340	6.540				
01 08 310	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	16.340	6.540				
01 08 311	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN UROLOGÍA	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 312	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL	16.340	6.540				
01 08 313	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL	16.340	6.540				
01 08 314	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	16.340	6.540				
01 08 315	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE TÓRAX	16.340	6.540				
01 08 316	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	16.340	6.540				
01 08 317	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	16.340	6.540				
01 08 318	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	16.340	6.540				
01 08 319	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGÍA	16.340	6.540				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
01 08 320	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DIABETOLOGÍA	16.340	6.540				
01 08 321	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTO	16.340	6.540				
01 08 322	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS	16.340	6.540				
01 08 323	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA ADULTO	16.340	6.540				
01 08 324	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICO	16.340	6.540				
01 08 325	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GENÉTICA CLÍNICA	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 326	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA ADULTO	16.340	6.540				
01 08 327	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICO	16.340	6.540				
01 08 329	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA	16.340	6.540				
01 08 331	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	14.490	5.800	18.840	10.150	23.180	14.490
01 08 332	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA	16.340	6.540				
01 08 333	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA MATERNO FETAL	16.340	6.540				
01 08 334	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA NUCLEAR	16.340	6.540				
	GRUPO : 02						
	ATENCION CERRADA						
02 01 001	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL CUIDADOS BÁSICOS. (SALA 1 CAMA)	9.440	4.720				
02 01 002	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL CUIDADOS BÁSICOS. (SALA 2 O MÁS CAMAS)	8.210	4.100				
02 01 101	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL CUIDADOS MEDIOS (SALA 1 CAMA)	16.300	8.150				
02 01 102	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL CUIDADOS MEDIOS (SALA 2 O MÁS CAMAS)	13.430	6.710				
02 01 301	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL ADULTO EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO (U.T.I)	30.840	15.420				
02 01 302	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL PEDIÁTRICA EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO (U.T.I)	30.840	15.420				
02 01 303	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL NEONATAL EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO (U.T.I)	30.840	15.420				
02 01 201	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO (U.C.I.)	64.180	32.090				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
02 01 202	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL PEDIÁTRICA EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO (U.C.I)	64.180	32.090				
02 01 203	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL NEONATAL EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO (U.C.I.)	64.180	32.090				
02 01 401	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL OBSTETRICIA (SALA 1 CAMA)	9.230	4.610				
02 01 402	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL OBSTETRICIA (SALA 2 O MAS CAMAS)	8.020	4.010				
02 01 403	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL SALA CUNA	5.150	2.570				
02 01 404	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL INCUBADORA	8.590	4.290				
02 01 405	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL PSIQUIATRÍA CUIDADOS BÁSICOS	4.610	2.300				
02 01 406	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL PSIQUIATRÍA CUIDADOS MEDIOS	5.300	2.650				
02 01 407	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL DE OBSERVACIÓN - AMBULATORIO	5.150	2.570				
02 01 408	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN CLÍNICA DE RECUPERACIÓN	4.500	2.250				
	GRUPO : 03						
	EXAMENES DE LABORATORIO						
	I.- SANGRE, HEMATOLOGIA						
03 01 002	ACIDO FÓLICO O FOLATOS	5.140	2.570	6.680	4.110	8.220	5.650
03 01 003	ADENOGRAMA, MIELOGRAMA, C/U	8.490	4.240	11.040	6.790	13.580	9.330
03 01 006	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON DIFERENTES AGONISTAS	4.970	2.480	6.460	3.970	7.950	5.460
03 01 007	ANTICOAGULANTES CIRCULANTES O ANTICOAGULANTE LÚPICO	5.370	2.680	6.980	4.290	8.590	5.900
03 01 008	ANTITROMBINA III	5.370	2.680	6.980	4.290	8.590	5.900
03 01 011	COAGULACIÓN, TIEMPO DE	1.540	770	2.000	1.230	2.460	1.690
03 01 013	TIEMPO DE LISIS DEL COÁGULO	710	350	920	560	1.140	780
03 01 014	PRUEBA DE ANTIGLOBULINA DIRECTA	1.430	710	1.860	1.140	2.290	1.570
03 01 017	DESHIDROGENASA GLUCOSA-6-FOSFATO EN ERITROCITOS	4.910	2.450	6.380	3.920	7.860	5.400
03 01 020	TIEMPO DE LISIS DE EUGLOBULINAS	1.680	840	2.180	1.340	2.690	1.850

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 01 021	FIBRINÓGENO	2.620	1.310	3.410	2.100	4.190	2.880
03 01 022	TEST DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA	5.150	2.570	6.700	4.120	8.240	5.660
03 01 024	FACTOR V	2.300	1.150	2.990	1.840	3.680	2.530
03 01 025	FACTORES VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, C/U	5.190	2.590	6.750	4.150	8.300	5.700
03 01 026	FERRITINA	6.170	3.080	8.020	4.930	9.870	6.780
03 01 027	FIBRINÓGENO, PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DEL	5.150	2.570	6.700	4.120	8.240	5.660
03 01 028	FIERRO SÉRICO	2.180	1.090	2.830	1.740	3.490	2.400
03 01 029	FIERRO, CAPACIDAD DE FIJACIÓN DEL (INCLUYE FIERRO SÉRICO)	4.740	2.370	6.160	3.790	7.580	5.210
03 01 030	FIERRO, CINÉTICA DEL (CADA DETERMINACIÓN)	5.340	2.670	6.940	4.270	8.540	5.870
03 01 034	CLASIFICACIÓN SANGUÍNEA AB0 Y RHD	2.560	1.280	3.330	2.050	4.100	2.820
03 01 035	HAPTOGLOBINA CUANTITATIVA	4.880	2.440	6.340	3.900	7.810	5.370
03 01 036	HEMATOCRITO (PROC. AUT.)	790	390	1.030	630	1.260	860
03 01 038	HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL (PROC. AUT.)	790	390	1.030	630	1.260	860
03 01 040	HEMOGLOBINA FETAL CUANTITATIVA EN ERITROCITOS	4.980	2.490	6.470	3.980	7.970	5.480
03 01 041	HEMOGLOBINA GLICADA A1C	4.640	2.320	6.030	3.710	7.420	5.100
03 01 042	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	1.050	520	1.370	840	1.680	1.150
03 01 044	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA	5.430	2.710	7.060	4.340	8.690	5.970
03 01 045	HEMOGRAMA (INCLUYE RECUENTOS DE LEUCOCITOS, ERITROCITOS, PLAQUETAS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, FÓRMULA LEUCOCITARIA, CARACTERÍSTICAS DE LOS ELEMENTOS FIGURADOS Y VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN)	3.170	1.580	4.120	2.530	5.070	3.480
03 01 048	HEMOSIDERINA MEDULAR	1.250	620	1.630	1.000	2.000	1.370
03 01 049	CUANTIFICACIÓN DE HEPARINA	5.960	2.980	7.750	4.770	9.540	6.560
03 01 051	IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	5.150	2.570	6.700	4.120	8.240	5.660
03 01 054	METAHEMOGLOBINA	1.580	790	2.050	1.260	2.530	1.740

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 01 059	TIEMPO DE PROTROMBINA (INCLUYE INR, RAZÓN INTERNACIONAL NORMALIZADA)	1.590	790	2.070	1.270	2.540	1.740
03 01 062	RECuento DE BASÓFILOS (ABSOLUTO)	1.080	540	1.400	860	1.730	1.190
03 01 063	RECuento DE EOSINÓFILOS (ABSOLUTO)	1.010	500	1.310	800	1.620	1.110
03 01 064	RECuento DE ERITROCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)	770	380	1.000	610	1.230	840
03 01 065	RECuento DE LEUCOCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)	750	370	980	600	1.200	820
03 01 066	RECuento DE LINFOCITOS (ABSOLUTO)	1.300	650	1.690	1.040	2.080	1.430
03 01 067	RECuento DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)	1.330	660	1.730	1.060	2.130	1.460
03 01 068	RECuento DE RETICULOCITOS (ABSOLUTO O PORCENTUAL)	1.030	510	1.340	820	1.650	1.130
03 01 069	RECuento DIFERENCIAL O FÓRMULA LEUCOCITARIA (PROC. AUT.)	2.180	1.090	2.830	1.740	3.490	2.400
03 01 070	RESISTENCIA GLOBULAR OSMÓTICA	3.430	1.710	4.460	2.740	5.490	3.770
03 01 072	TIEMPO DE SANGRÍA (NO INCLUYE DISPOSITIVO ASOCIADO)	1.540	770	2.000	1.230	2.460	1.690
03 01 082	TRANSFERRINA	5.640	2.820	7.330	4.510	9.020	6.200
03 01 083	TROMBINA, TIEMPO DE	2.120	1.060	2.760	1.700	3.390	2.330
03 01 085	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL DE (TTPA, TTPK O SIMILARES)	2.450	1.220	3.190	1.960	3.920	2.690
03 01 086	VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN (PROC. AUT.)	570	280	740	450	910	620
03 01 089	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGÉNICO (FVW:AG)	10.330	5.160	13.430	8.260	16.530	11.360
03 01 090	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGÉNICO COFACTOR RISTOCETINA (FVW:CORIS)	9.770	4.880	12.700	7.810	15.630	10.740
03 01 091	PROTEÍNA C FUNCIONAL	31.990	15.990	41.590	25.590	51.180	35.180
03 01 092	PROTEÍNA S	37.830	18.910	49.180	30.260	60.530	41.610
03 01 093	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA	23.820	11.910	30.970	19.060	38.110	26.200
03 01 094	ESTUDIO DE LA HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA (HPN) POR CITOMETRÍA DE FLUJO	49.130	24.560	63.870	39.300	78.610	54.040
03 01 095	DÍMERO-D	12.280	6.140	15.960	9.820	19.650	13.510
03 01 096	PROCALCITONINA	44.720	22.360				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 01 097	INHIBIDOR DE FACTOR DE LA COAGULACIÓN	93.130	46.560				
03 01 098	SECRECIÓN PLAQUETARIA CON DIFERENTES AGONISTAS	120.070	60.030				
03 01 099	TIEMPO DE VENENO DE VÍBORA DE RUSSELL DILUÍDO	45.100	22.550				
03 01 100	ANTITROMBINA III ANTIGÉNICA	45.240	22.620				
03 01 114	PROTEÍNA C ANTIGÉNICA	45.400	22.700				
03 01 116	HEMOGLOBINA GLICADA, A1C, TEST RÁPIDO EN EL LUGAR DE ASISTENCIA (INCLUYE TOMA DE MUESTRA SANGRE CAPILAR) II.- SANGRE, EXAMENES BIOQUIMICOS	4.640	2.320	6.030	3.710	7.420	5.100
03 02 001	CUERPOS CETÓNICOS EN SANGRE	960	480	1.250	770	1.540	1.060
03 02 002	ACIDO CÍTRICO	3.340	1.670	4.340	2.670	5.340	3.670
03 02 004	LACTATO EN SANGRE	4.180	2.090	5.430	3.340	6.690	4.600
03 02 005	ACIDO ÚRICO, EN SANGRE	1.560	780	2.030	1.250	2.500	1.720
03 02 008	AMILASA, EN SANGRE	2.450	1.220	3.190	1.960	3.920	2.690
03 02 009	AMINOÁCIDOS, CUALITATIVO EN SANGRE	6.900	3.450	8.970	5.520	11.040	7.590
03 02 010	AMONIO	2.530	1.260	3.290	2.020	4.050	2.780
03 02 070	APOLIPOPROTÉINAS (A1, B U OTRAS) C/U	7.100	3.550	9.230	5.680	11.360	7.810
03 02 011	BICARBONATO (PROC. AUT.)	740	370	960	590	1.180	810
03 02 012	BILIRRUBINA TOTAL (PROC. AUT.)	1.590	790	2.070	1.270	2.540	1.740
03 02 013	BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA	1.500	750	1.950	1.200	2.400	1.650
03 02 015	CALCIO EN SANGRE	1.420	710	1.850	1.140	2.270	1.560
03 02 017	CAROTENO	2.270	1.130	2.950	1.810	3.630	2.490
03 02 018	CAROTENO, PRUEBA DE SOBRECARGA DE, ADEMÁS 2 CÓDIGOS 03-07-011 O 03-07-012.	4.920	2.460	6.400	3.940	7.870	5.410
03 02 019	CERULOPLASMINA	3.790	1.890	4.930	3.030	6.060	4.160
03 02 020	COBRE EN SANGRE	2.110	1.050	2.740	1.680	3.380	2.320

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 02 067	COLESTEROL TOTAL (PROC. AUT.)	1.390	690	1.810	1.110	2.220	1.520
03 02 068	COLESTEROL HDL (PROC. AUT.)	2.070	1.030	2.690	1.650	3.310	2.270
03 02 021	COLINESTERASA EN SUERO O PLASMA	3.050	1.520	3.970	2.440	4.880	3.350
03 02 023	CREATININA EN SANGRE	1.370	680	1.780	1.090	2.190	1.500
03 02 024	CLEARANCE DE CREATININA (PROC.AUT.)	3.020	1.510	3.930	2.420	4.830	3.320
03 02 025	CREATINQUINASA CK - MB ACTIVIDAD	5.440	2.720	7.070	4.350	8.700	5.980
03 02 026	CREATINQUINASA CK - TOTAL	3.900	1.950	5.070	3.120	6.240	4.290
03 02 027	TROPONINA	11.650	5.820	15.150	9.320	18.640	12.810
03 02 030	DESHIDROGENASA LÁCTICA TOTAL (LDH)	2.450	1.220	3.190	1.960	3.920	2.690
03 02 031	DESHIDROGENASA LÁCTICA TOTAL (LDH), CON SEPARACIÓN DE ISOENZIMAS	6.740	3.370	8.760	5.390	10.780	7.410
03 02 032	ELECTROLITOS PLASMÁTICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U	1.320	660	1.720	1.060	2.110	1.450
03 02 033	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA I	8.170	4.080	10.620	6.530	13.070	8.980
03 02 034	PERFIL LIPÍDICO (INCLUYE MEDICIONES DE COLESTEROL TOTAL, HDL-COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS CON ESTIMACIONES POR FÓRMULA DE LDL-COLESTEROL, VLDL-COLESTEROL Y COLESTEROL NO-HDL)	6.380	3.190	8.290	5.100	10.210	7.020
03 02 035	FÁRMACOS Y/O DROGAS; NIVELES PLASMÁTICOS DE (ALCOHOL, ANOREXÍGENOS, ANTIARRÍTMICOS, ANTIBIÓTICOS, ANTIDEPRESIVOS, ANTIEPILEPTICOS, ANTIHISTAMÍNICOS, ANTIINFLAMATORIOS Y ANALGÉSICOS, ESTIMULANTES RESPIRATORIOS, TRANQUILIZANTES MAYORES Y MENORES, ETC.) C/U	6.410	3.200	8.330	5.120	10.260	7.050
03 02 036	FENILALANINA	2.660	1.330	3.460	2.130	4.260	2.930
03 02 039	FOSFATASAS ALCALINAS CON SEPARACIÓN DE ISOENZIMAS HEPÁTICAS, INTESTINALES, ÓSEAS C/U	6.490	3.240	8.440	5.190	10.380	7.130
03 02 040	FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES	1.310	650	1.700	1.040	2.100	1.440
03 02 042	FÓSFORO (FOSFATOS) EN SANGRE	1.880	940	2.440	1.500	3.010	2.070
03 02 043	GALACTOSA	910	450	1.180	720	1.460	1.000
03 02 045	GAMMA GLUTAMILTRANSPEPTIDASA (GGT)	2.300	1.150	2.990	1.840	3.680	2.530
03 02 046	GASES Y EQUILIBRIO ÁCIDO BASE EN SANGRE (INCLUYE: PH, O2, CO2, EXCESO DE BASE Y BICARBONATO), TODOS O CADA UNO DE LOS PARÁMETROS	4.020	2.010	5.230	3.220	6.430	4.420

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 02 047	GLUCOSA EN SANGRE	1.280	640	1.660	1.020	2.050	1.410
03 02 048	GLUCOSA, PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL (PTGO), (DOS DETERMINACIONES; NO INCLUYE LA GLUCOSA QUE SE ADMINISTRA; INCLUYE EL VALOR DE LAS DOS TOMAS DE MUESTRAS)	5.960	2.980	7.750	4.770	9.540	6.560
03 02 050	ADENOSINDEAMINASA EN SANGRE U OTRO FLUIDO BIOLÓGICO (ADA)	5.450	2.720	7.090	4.360	8.720	5.990
03 02 052	LEUCINAMINOPEPTIDASA (LAP)	2.390	1.190	3.110	1.910	3.820	2.620
03 02 053	LIPASA EN SANGRE	2.720	1.360	3.540	2.180	4.350	2.990
03 02 055	LITIO EN SANGRE	2.990	1.490	3.890	2.390	4.780	3.280
03 02 056	MAGNESIO EN SANGRE	3.270	1.630	4.250	2.610	5.230	3.590
03 02 057	NITRÓGENO UREICO Y/O UREA, EN SANGRE	1.350	670	1.760	1.080	2.160	1.480
03 02 058	OSMOLALIDAD EN SANGRE	2.120	1.060	2.760	1.700	3.390	2.330
03 02 075	PERFIL BIOQUÍMICO (DETERMINACIÓN AUTOMATIZADA DE 12 PARÁMETROS)	8.960	4.480	11.650	7.170	14.340	9.860
03 02 061	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS (INCLUYE CÓD. 03-02-100 Y 03-02-101)	6.450	3.220	8.390	5.160	10.320	7.090
03 02 076	PERFIL HEPÁTICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA, FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES, GGT, TRANSAMINASAS GOT/AST Y GPT/ALT)	10.490	5.240	13.640	8.390	16.780	11.530
03 02 063	TRANSAMINASAS, OXALACÉTICA (GOT/AST), PIRÚVICA (GPT/ALT), C/U	1.900	950	2.470	1.520	3.040	2.090
03 02 064	TRIGLICÉRIDOS EN SANGRE (PROC.AUT.)	1.810	900	2.350	1.440	2.900	1.990
03 02 066	XILOSA, PRUEBA DE ABSORCIÓN (NO INCLUYE LA XILOSA QUE SE ADMINISTRA)	3.640	1.820	4.730	2.910	5.820	4.000
03 02 077	VITAMINA B12 POR INMUNOENSAYO	7.780	3.890	10.110	6.220	12.450	8.560
03 02 078	25 OH VITAMINA D TOTAL POR INMUNOENSAYO (QUIMIOLUMINISCENCIA, ENZIMOINMUNOENSAYO, RADIO INMUNOENSAYO Y OTROS)	17.280	8.640	22.460	13.820	27.650	19.010
03 02 080	VITAMINA B6 POR HPLC	53.090	26.540	69.020	42.470	84.940	58.390
03 02 081	CALCIO IÓNICO. INCLUYE MEDICIÓN DE PH MÉTODO IÓN SELECTIVO. NO INCLUYE POINT OF CARE TESTING POCT	2.550	1.270	3.320	2.040	4.080	2.800
03 02 082	FENILALANINA CUANTITATIVA EN GOTAS DE SANGRE SECA	8.790	4.390	11.430	7.030	14.060	9.660
03 02 083	CARBOXIHEMOGLOBINA	23.780	11.890				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 02 084	PLOMO EN SANGRE	65.950	32.970				
03 02 085	PREALBUMINA	31.170	15.580				
03 02 086	HOMOCISTEÍNA	61.690	30.840				
03 02 100	PROTEÍNAS TOTALES EN SANGRE	1.510	750	1.960	1.200	2.420	1.660
03 02 101	ALBÚMINAS EN SANGRE	1.510	750	1.960	1.200	2.420	1.660
03 02 095	TIOPURINA METILTRANSFERASA, ACTIVIDAD ENZIMATICA	62.430	31.210				
03 02 097	HORMONA TIROESTIMULANTE, NEONATAL EN GSS	23.080	11.540				
03 02 098	PERFIL DE AMINOÁCIDOS Y ACILCARNITINAS EN GSS	82.590	41.290				
03 02 099	PESQUISA NEONATAL AMPLIADA EN GSS (INCLUYE PERFIL DE AMINOÁCIDOS Y ACILCARNITINAS; SUCCINILACETONA; HORMONA TIROESTIMULANTE, NEONATAL; BIOTINIDASA; GALACTOSA TOTAL; GALACTOSA-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASA; 17-HIDROXIPROGESTERONA; TRIPSINA INMUNORREACTIVA).	131.180	65.590				
03 02 102	LEUCINA CUALITATIVA EN GSS	35.230	17.610				
	III.- HORMONAS						
	A.- EN SANGRE						
03 03 001	ADENOCORTICOTROFINA (ACTH)	8.800	4.400	11.440	7.040	14.080	9.680
03 03 002	ALDOSTERONA	7.260	3.630	9.440	5.810	11.620	7.990
03 03 003	ANDROSTENEDIONA	5.730	2.860	7.450	4.580	9.170	6.300
03 03 004	ANGIOTENSINA	6.990	3.490	9.090	5.590	11.180	7.680
03 03 006	CORTISOL	5.730	2.860	7.450	4.580	9.170	6.300
03 03 007	CRECIMIENTO, HORMONA DE (HGH) (SOMATOTROFINA)	7.260	3.630	9.440	5.810	11.620	7.990
03 03 008	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO (DHEA-S)	7.150	3.570	9.300	5.720	11.440	7.860
03 03 009	ERITROPOYETINA	6.020	3.010	7.830	4.820	9.630	6.620
03 03 012	GASTRINA	7.690	3.840	10.000	6.150	12.300	8.450
03 03 014	GONADOTROFINA CORIÓNICA, SUB-UNIDAD BETA (CUANTIFICACIÓN)	5.520	2.760	7.180	4.420	8.830	6.070

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 03 015	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)	5.640	2.820	7.330	4.510	9.020	6.200
03 03 016	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	5.650	2.820	7.350	4.520	9.040	6.210
03 03 047	IGF1 O SOMATOMEDINA - C (INSULINE LIKE GROWTH FACTOR)	14.000	7.000	18.200	11.200	22.400	15.400
03 03 048	IGFBP3, IGFBP1 (INSULIN LIKE GROWTH FACTOR BINDING PROTEINS) C/U	13.790	6.890	17.930	11.030	22.060	15.160
03 03 017	INSULINA	5.250	2.620	6.830	4.200	8.400	5.770
03 03 031	INSULINA, CURVA DE (MÍNIMO DOS DETERMINACIONES E INCLUYE TODAS LAS TOMAS DE MUESTRA NECESARIAS. NO INCLUYE LA GLUCOSA QUE SE ADMINISTRA)	14.160	7.080	18.410	11.330	22.660	15.580
03 03 018	PARATHORMONA, HORMONA PARATIROÍDEA O PTH.	8.600	4.300	11.180	6.880	13.760	9.460
03 03 019	PROGESTERONA	5.340	2.670	6.940	4.270	8.540	5.870
03 03 020	PROLACTINA (PRL)	5.640	2.820	7.330	4.510	9.020	6.200
03 03 021	RENINA	9.120	4.560	11.860	7.300	14.590	10.030
03 03 046	SHBG (SEX-HORMONE BINDING GLOBULIN)	13.000	6.500	16.900	10.400	20.800	14.300
03 03 022	TESTOSTERONA EN SANGRE	5.860	2.930	7.620	4.690	9.380	6.450
03 03 023	TESTOSTERONA LIBRE EN SANGRE	6.700	3.350	8.710	5.360	10.720	7.370
03 03 123	ÍNDICE ANDROGÉNICO (INCLUYE TESTOSTERONA TOTAL Y SHBG)	13.270	6.630	17.250	10.610	21.230	14.590
03 03 024	TIROESTIMULANTE (TSH), HORMONA (ADULTO, NIÑO O R.N.)	4.640	2.320	6.030	3.710	7.420	5.100
03 03 025	TIROGLOBULINA	7.260	3.630	9.440	5.810	11.620	7.990
03 03 026	TIROXINA LIBRE (T4L)	5.340	2.670	6.940	4.270	8.540	5.870
03 03 027	TIROXINA O TETRAYODOTIRONINA (T4)	4.640	2.320	6.030	3.710	7.420	5.100
03 03 028	TRIYODOTIRONINA (T3)	4.820	2.410	6.270	3.860	7.710	5.300
03 03 029	17 - HIDROXIPROGESTERONA	7.260	3.630	9.440	5.810	11.620	7.990
03 03 030	ESTRADIOL (17-BETA)	5.540	2.770	7.200	4.430	8.860	6.090
03 03 049	CATECOLAMINAS EN SANGRE (INCLUYE MEDICIÓN DE ADRENALINA, NORADRENALINA Y DOPAMINA POR SEPARADO POR MÉTODOS CROMATOGRAFICOS)	35.710	17.850	46.420	28.560	57.140	39.280

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 03 052	PEPTIDO C	46.310	23.150				
03 03 053	CALCITONINA	46.980	23.490				
03 03 054	INHIBINA B	54.150	27.070				
03 03 055	NT-PRO BNP O BNP	54.790	27.390				
03 03 057	TRİYODOTIRONINA LIBRE (T3 LIBRE)	21.690	10.840				
03 03 058	HORMONA ANTIMULLERIANA	47.720	23.860				
	B.- EN ORINA						
03 03 033	ANGIOTENSINA	6.540	3.270	8.500	5.230	10.460	7.190
03 03 035	CORTISOL LIBRE URINARIO	5.810	2.900	7.550	4.640	9.300	6.390
03 03 039	GONADOTROFINA CORIÓNICA, SUB-UNIDAD BETA; TITULACIÓN POR (ELISA; RIA O IRMA; QUIMIOLUMINISCENCIA U OTRA TÉCNICA)	5.510	2.750	7.160	4.400	8.820	6.060
03 03 050	METANEFRIAS URINARIAS (INCLUYE DETERMINACIÓN DE METANEFRINA Y NORMETANEFRINA POR SEPARADO POR MÉTODOS CROMATOGRÁFICOS)	43.470	21.730	56.510	34.770	69.550	47.810
03 03 051	CATECOLAMINAS URINARIAS (INCLUYE MEDICIÓN DE ADRENALINA, NORADRENALINA Y DOPAMINA POR SEPARADO POR MÉTODOS CROMATOGRÁFICOS)	37.370	18.680	48.580	29.890	59.790	41.100
	C.- OTRAS MUESTRAS						
03 03 056	CORTISOL SALIVAL	50.090	25.040				
	IV.- GENETICA						
03 04 001	CARIOTIPO EN SANGRE POR CULTIVO DE LINFOCITOS (INCLUYE MÍNIMO 25 MITOSIS CON BANDEO G Y EVENTUALMENTE Q, R, C, NOR) (MONTAJE DE 3 METAFASES BANDEADAS)	66.460	33.230	86.400	53.170	106.340	73.110
03 04 002	CARIOTIPO CON TÉCNICAS ESPECIALES (INCLUYE MUESTRA DE SANGRE O DE MÉDULA ÓSEA, TRATAMIENTO CON FUDR, BROMURO DE ETIDIO, MEDIO DEFICIENTE EN ÁCIDO FÓLICO)	68.180	34.090	88.630	54.540	109.090	75.000
03 04 003	CARIOTIPO EN FIBROBLASTOS POR CULTIVO DE TROFOBLASTO, LÍQUIDO AMNIÓTICO, PIEL U OTROS BANDEOS G Y EVENTUALMENTE Q, R, C, NOR	62.400	31.200	81.120	49.920	99.840	68.640
03 04 006	FISH CROMOSOMAS X E Y	89.440	44.720	116.270	71.550	143.100	98.380
03 04 007	DIAGNÓSTICO GENÉTICO MOLECULAR: DISPLASIA TANATOFÓRICA TIPO I Y II	39.300	19.650	51.090	31.440	62.880	43.230
03 04 008	AMPLIFICACIÓN POR PCR MÁS ANÁLISIS DE FRAGMENTOS FLUORESCENTES POR ELECTROFORESIS CAPILAR (HASTA 5 FRAGMENTOS)	213.060	106.530				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 04 009	ESTUDIO DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES POR AMPLIFICACIÓN MÚLTIPLE DE SONDAS DEPENDIENTE DE LIGACIÓN (MLPA) (1 O VARIOS GENES)	110.280	55.140				
03 04 010	ESTUDIO DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES POR AMPLIFICACIÓN MÚLTIPLE DE SONDAS DEPENDIENTE DE LIGACIÓN (MLPA) MÁS ESTUDIO DE METILACIÓN O SEGUNDO SET DE SONDAS (1 O VARIOS GENES)	130.250	65.120				
03 04 012	AMPLIFICACIÓN POR PCR EN TIEMPO REAL CUANTITATIVO CON SONDA	201.540	100.770				
03 04 013	AMPLIFICACIÓN DE ADN Y ARN POR PCR CONVENCIONAL DE 1 FRAGMENTO	182.250	91.120				
03 04 014	AMPLIFICACIÓN POR PCR MÁS ANÁLISIS POR RESTRICCIÓN ENZIMÁTICA	146.780	73.390				
03 04 015	FISH EN FROTIS FRESCOS DE MÉDULA ÓSEA, SANGRE, CONCENTRADO DE CÉLULAS PLASMÁTICAS SELECCIONADAS, BÚSQUEDA DE ALTERACIONES ADQUIRIDAS	300.990	150.490				
03 04 016	CARIOTIPO MOLECULAR (HIBRIDACIÓN GENÓMICA COMPARATIVA EN MICROMATRICES) 60K (INCLUYE LA EXTRACCIÓN DE ADN) V.- INMUNOLOGIA A.- INMUNOQUIMICA	834.430	417.210				
03 05 001	ALFA -1- ANTITRIPSINA CUANTITATIVA	5.510	2.750	7.160	4.400	8.820	6.060
03 05 002	ALFA -2- MACROGLOBULINA	5.690	2.840	7.400	4.550	9.100	6.250
03 05 003	ALFA FETOPROTEÍNAS	5.340	2.670	6.940	4.270	8.540	5.870
03 05 004	TAMIZAJE DE ANTICUERPOS ANTI-ANTÍGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES (A- ENA) (INCLUYE SM, RNP, RO, LA, SCL- 70 Y JO- 1).	11.050	5.520	14.370	8.840	17.680	12.150
03 05 005	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA), ANTIMITOCONDRIALES, ANTI DNA (ADNA), ANTI MÚSCULO LISO, ANTICENTRÓMERO, U OTROS, C/U.	7.780	3.890	10.110	6.220	12.450	8.560
03 05 007	ANTICUERPOS ESPECÍFICOS Y OTROS AUTOANTICUERPOS (ANTICUERPOS ANTITIROÍDEOS: ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES Y ANTITIROGLOBULINAS Y OTROS ANTICUERPOS: PROSTÁTICO, ESPERMIOS, ETC.) C/U	6.210	3.100	8.070	4.960	9.940	6.830
03 05 008	ANTIESTREPTOLISINA O, POR TÉCNICA DE LÁTEX	4.800	2.400	6.240	3.840	7.680	5.280
03 05 009	ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	7.260	3.630	9.440	5.810	11.620	7.990
03 05 070	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	9.340	4.670	12.140	7.470	14.940	10.270
03 05 170	ANTÍGENO CA 125, CA 15-3 Y CA 19-9, C/U	9.680	4.840	12.580	7.740	15.490	10.650
03 05 010	BETA-2-MICROGLOBULINA	8.250	4.120	10.730	6.600	13.200	9.070

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 05 012	COMPLEMENTO C1Q, C2, C3, C4, ETC., C/U	4.800	2.400	6.240	3.840	7.680	5.280
03 05 013	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO (CH 50)	7.720	3.860	10.040	6.180	12.350	8.490
03 05 014	CRIOGLOBULINAS, PRECIPITACIÓN EN FRÍO (CUALITATIVA) O CUANTITATIVA C/U	1.310	650	1.700	1.040	2.100	1.440
03 05 019	FACTOR REUMATOÍDEO POR TÉCNICA DE LÁTEX U OTRAS SIMILARES	2.750	1.370	3.580	2.200	4.400	3.020
03 05 020	FACTOR REUMATOÍDEO POR TÉCNICA DE SCAT, WAALER ROSE, NEFELOMÉTRICAS Y/O TURBIDIMÉTRICAS	4.720	2.360	6.140	3.780	7.550	5.190
03 05 021	INHIBIDOR DE C1Q, C2 Y C3, C/U	6.020	3.010	7.830	4.820	9.630	6.620
03 05 025	INMUNOFIJACIÓN DE INMUNOGLOBULINA, C/U	9.550	4.770	12.420	7.640	15.280	10.500
03 05 026	INMUNOGLOBULINA IGA SECRETORA	4.510	2.250	5.860	3.600	7.220	4.960
03 05 027	INMUNOGLOBULINAS IGA, IGG, IGM, C/U	5.280	2.640	6.860	4.220	8.450	5.810
03 05 028	INMUNOGLOBULINAS IGE, IGD TOTAL, C/U	5.510	2.750	7.160	4.400	8.820	6.060
03 05 029	INMUNOGLOBULINAS IGE, IGG ESPECÍFICAS, C/U	5.410	2.700	7.030	4.320	8.660	5.950
03 05 030	PROTEÍNA C REACTIVA POR TÉCNICA DE LÁTEX U OTRAS SIMILARES	4.980	2.490	6.470	3.980	7.970	5.480
03 05 031	PROTEÍNA C REACTIVA POR TÉCNICAS AUTOMATIZADAS	6.240	3.120	8.110	4.990	9.980	6.860
03 05 081	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO (EMA, ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR (GBM), ANTIRETICULINA, POR IFI C/U.	11.640	5.820	15.130	9.310	18.620	12.800
03 05 181	ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (TTG)(INCLUYE IGG E IGA)	12.450	6.220	16.190	9.960	19.920	13.690
03 05 082	ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA), (INCLUYE C-ANCA Y P-ANCA), POR IFI.	16.650	8.320	21.650	13.320	26.640	18.310
03 05 083	DETERMINACIÓN DE ISOTIPOS DE ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (G-M-A-C'3), POR IFI, C/U.	7.990	3.990	10.390	6.390	12.780	8.780
03 05 084	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS (IGG, IGM), C/U	13.230	6.610	17.200	10.580	21.170	14.550
03 05 085	ANTICUERPOS ANTI LKM-1	23.640	11.820	30.730	18.910	37.820	26.000
03 05 086	ANTICUERPOS CONTRA PÉPTIDOS DEAMINADOS DE GLIADINA IGG E IGA	10.860	5.430	14.120	8.690	17.380	11.950
03 05 098	CROMOGRANINA A	50.170	25.080				
03 05 099	PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO, ANTICUERPOS IGG	38.830	19.410				
03 05 104	ANTÍGENO PROSTÁTICO TOTAL Y LIBRE	24.690	12.340				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 05 105	ANTICUERPOS ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA 1 (IGG, IGM), C/U	41.120	20.560				
03 05 106	ESTUDIO INMUNOLÓGICO DE DIABETES (INCLUYE DETERMINACIÓN SIMULTÁNEA DE ANTICUERPOS ANTI-CÉLULAS DE ISLOTES (ICA), AUTO ANTICUERPO INSULINA NATIVA (IAA), ANTI-ANTÍGENO DE INSULINOMA-2 (IA2) Y ANTI-GLUTAMATO DESCARBOXILASA (GADA).	109.630	54.810				
03 05 107	ANTICUERPOS ANTI-MPO (MIELOPEROXIDASA)	40.460	20.230				
03 05 108	ANTICUERPOS ANTI ANTÍGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES (A-ENA): SM, RNP, SS-A/RO, SS-B/LA, SCL-70, JO-1). C/U	23.220	11.610				
03 05 124	RECEPTOR DE TIROTROPINA (TRAB), ANTICUERPOS ANTI B.- INMUNOCELULARES	35.290	17.640				
03 05 035	DETECCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y TITULACIÓN DE CRIOAGLUTININAS	2.730	1.360	3.550	2.180	4.370	3.000
03 05 036	CRIOHEMOLISINAS	2.730	1.360	3.550	2.180	4.370	3.000
03 05 037	DIGESTIÓN FAGOCÍTICA NITROBLUE-TETRAZOLIUM CUALITATIVO Y CUANTITATIVO	8.140	4.070	10.580	6.510	13.020	8.950
03 05 038	FAGOCITOSIS: INGESTIÓN Y DIGESTIÓN (KILLING) DE LEVADURAS POR POLIMORFONUCLEARES	13.050	6.520	16.970	10.440	20.880	14.350
03 05 039	FAGOCITOSIS: INGESTIÓN Y DIGESTIÓN (KILLING) DE BACTERIAS POR POLIMORFONUCLEARES	13.930	6.960	18.110	11.140	22.290	15.320
03 05 040	INMUNOADHERENCIA DE LEUCOCITOS MACRÓFAGOS	6.540	3.270	8.500	5.230	10.460	7.190
03 05 041	INTRADERMORREACCIÓN (PPD, HISTOPLASMINA, ASPERGILINA, U OTROS, INCLUYE EL VALOR DEL ANTÍGENO Y REACCIÓN DE CONTROL), C/U.	5.160	2.580	6.710	4.130	8.260	5.680
03 05 080	ESTUDIO PARA HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA	20.720	10.360	26.940	16.580	33.150	22.790
03 05 042	LIF O MIF	6.110	3.050	7.940	4.880	9.780	6.720
03 05 044	LINFOCITOS B (ROSETAS EAC) Y LINFOCITOS T (ROSETAS E) C/U	7.600	3.800	9.880	6.080	12.160	8.360
03 05 047	LINFOTOXINAS HUMANAS, DETECCIÓN DE	9.080	4.540	11.800	7.260	14.530	9.990
03 05 049	TRANSFORMACIÓN LINFOBLÁSTICA A DROGAS, ANÁLISIS DE TRANSFORMACIÓN ESPONTÁNEA CON ESTÍMULO INESPECÍFICO Y CON DIFERENTES CONCENTRACIONES DE LA DROGA EN 1000 CÉLULAS	28.610	14.300	37.190	22.880	45.780	31.470
03 05 089	LINFOCITOS B TOTALES (CD19). TÉCNICA CITOMETRÍA DE FLUJO	46.920	23.460	61.000	37.540	75.070	51.610
03 05 091	LINFOCITOS T (INCLUYE CD3, CD4, CD8). TÉCNICA CITOMETRÍA DE FLUJO	29.930	14.960	38.910	23.940	47.890	32.920
03 05 092	NATURAL KILLERS (INCLUYE CD16, CD 56). TÉCNICA CITOMETRÍA DE FLUJO	29.150	14.570	37.900	23.320	46.640	32.060

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 05 093	INMUNOFENOTIPO EN LEUCEMIAS AGUDAS	349.950	174.970				
03 05 094	INMUNOFENOTIPO EN SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVOS	298.260	149.130				
03 05 095	INMUNOFENOTIPO EN SÍNDROME MIELODISPLÁSICOS	303.690	151.840				
03 05 096	DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RESIDUAL MÍNIMA	192.860	96.430				
03 05 097	CUANTIFICACIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS CD 34	82.680	41.340				
	C.- HISTOCOMPATIBILIDAD						
03 05 110	ALOCROSS MATCH LINFOCITOS T Y LINFOCITOS B (CITOMETRÍA DE FLUJO)	295.040	147.520				
03 05 111	ANTICUERPO ANTI HLA CLASE I Y II SCREENING (LUMINEX)	65.900	32.950				
03 05 112	AUTOCROSSMATCH LINFOCITOS T Y B (CITOMETRÍA DE FLUJO)	295.040	147.520				
03 05 113	ESPECIFICIDAD DE ANTICUERPOS HLA CON ANTÍGENOS INDIVIDUALES CLASE I (LUMINEX)	250.460	125.230				
03 05 114	ESPECIFICIDAD DE ANTICUERPOS HLA CON ANTÍGENOS INDIVIDUALES CLASE II (LUMINEX)	295.040	147.520				
03 05 115	ESTUDIO RECEPTOR TRASPLANTADO CON DONANTE CADÁVER	474.600	237.300				
03 05 116	HLA-AB TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	177.420	88.710				
03 05 117	HLA-ABDR TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	295.040	147.520				
03 05 118	HLA-B27 TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	93.150	46.570				
03 05 119	HLA-C TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	108.300	54.150				
03 05 120	HLA-DP TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	108.300	54.150				
03 05 121	HLA-DQ TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	164.880	82.440				
03 05 122	HLA-DR TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	116.540	58.270				
03 05 123	SEROTECA MENSUAL Y MANTENCIÓN EN LISTA DE ESPERA	27.250	13.620				
	VI.- EXAMENES MICROBIOLÓGICOS						
	A.- BACTERIAS Y HONGOS						
	A.1 EXAMENES MICROSCÓPICOS						

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 001	BACILOSCOPIA POR MÉTODO DE CONCENTRACIÓN	2.710	1.350	3.520	2.160	4.340	2.980
03 06 002	BACILOSCOPIA ZIEHL-NEELSEN, C/U	1.770	880	2.300	1.410	2.830	1.940
03 06 004	EXAMEN DIRECTO AL FRESCO, C/S TINCIÓN (INCLUYE TRICHOMONAS)	1.540	770	2.000	1.230	2.460	1.690
03 06 005	TINCIÓN DE GRAM	710	350	920	560	1.140	780
03 06 006	ULTRAMICROSCOPIA (INCLUYE TOMA DE MUESTRAS)	5.230	2.610	6.800	4.180	8.370	5.750
03 06 102	TINCIÓN DE TOLUIDINA	48.820	24.410				
	A.2 CULTIVOS						
	(Incluye la identificación bioquímica y serológica cuando corresponda)						
03 06 007	COPROCULTIVO, C/U	4.260	2.130	5.540	3.410	6.820	4.690
03 06 008	CULTIVO CORRIENTE (EXCEPTO COPROCULTIVO, HEMOCULTIVO Y UROCULTIVO) C/U	3.720	1.860	4.840	2.980	5.950	4.090
03 06 011	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TÉCNICA) (INCLUYE TOMA DE ORINA ASEPTICA Y FRASCO RECOLECTOR) (NO INCLUYE RECOLECTOR PEDIÁTRICO NI SONDA)	3.800	1.900	4.940	3.040	6.080	4.180
03 06 091	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO. INCLUYE ANTIBIOGRAMA CON CIM. 2 FRASCOS (COSTO NO INCLUIDO EN EL ARANCEL)	18.130	9.060	23.570	14.500	29.010	19.940
03 06 093	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO PARA MICOBACTERIAS.1 FRASCO (COSTO NO INCLUIDO EN EL ARANCEL)	19.110	9.550	24.840	15.280	30.580	21.020
03 06 101	CULTIVO DE LÍQUIDO DE CAVIDADES ESTÉRILES EN FRASCO DE HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO. INCLUYE ANTIBIOGRAMA POR DIFUSIÓN O DILUCIÓN (1 FRASCO, COSTO NO INCLUIDO EN ARANCEL).	22.160	11.080				
03 06 106	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO PARA HONGOS	21.290	10.640				
	A.3 CULTIVOS ESPECIFICOS PARA						
03 06 012	CULTIVO PARA ANAEROBIOS (INCLUYE CÓD. 03-06-008)	9.090	4.540	11.820	7.270	14.540	9.990
03 06 013	CULTIVO PARA BORDETELLA	7.210	3.600	9.370	5.760	11.540	7.930
03 06 014	CULTIVO PARA CAMPYLOBACTER, YERSINIA, VIBRIO, C/U	5.450	2.720	7.090	4.360	8.720	5.990
03 06 016	NEISSERIA GONORRHOEAE (GONOCOCO)	3.040	1.520	3.950	2.430	4.860	3.340
03 06 017	CULTIVO PARA HONGOS (LEVADURAS Y FILAMENTOSOS)	2.760	1.380	3.590	2.210	4.420	3.040

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 117	CULTIVO PARA DERMATOFITOS	3.120	1.560	4.060	2.500	4.990	3.430
03 06 018	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS (INCLUYE BACILO DE KOCH)	4.700	2.350	6.110	3.760	7.520	5.170
03 06 019	CULTIVO PARA LEGIONELLA	6.330	3.160	8.230	5.060	10.130	6.960
03 06 022	CULTIVO Y TIPIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS	6.330	3.160	8.230	5.060	10.130	6.960
03 06 023	CULTIVO MYCOPLASMA Y UREAPLASMA, C/U.	6.470	3.230	8.410	5.170	10.350	7.110
03 06 099	STREPTOCOCCUS GRUPO B/ AGALACTIAE EN EMBARAZADA POR CULTIVO CON MEDIO SELECTIVO Y/O ENRIQUECIDO.	15.820	7.910				
03 06 100	CULTIVO ACELERADO PARA MICOBACTERIAS	26.640	13.320				
	A.4 ANTIBIOGRAMA						
03 06 025	ANTIBIOGRAMA BACILO DE KOCH (CADA FÁRMACO)	5.400	2.700	7.020	4.320	8.640	5.940
03 06 026	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE (MÍNIMO 10 FÁRMACOS) (EN CASO DE UROCULTIVO NO CORRESPONDE SU COBRO; INCLUIDO EN EL VALOR 03-06-011)	2.760	1.380	3.590	2.210	4.420	3.040
03 06 027	ANTIBIOGRAMA DE ESTUDIO DE SENSIBILIDAD POR DILUCIÓN (CIM) (MÍNIMO 6 FÁRMACOS) (EN CASO DE UROCULTIVO, NO CORRESPONDE SU COBRO; INCLUIDO EN EL VALOR CÓDIGO 03-06-011)	8.300	4.150	10.790	6.640	13.280	9.130
03 06 028	ANTIFUNGIGRAMA (MÍNIMO 4 FÁRMACOS ANTIHONGOS)	2.780	1.390	3.610	2.220	4.450	3.060
	A.5 OTROS						
03 06 090	TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE STREPTOCOCCUS GRUPO A (PYOGENES)	6.240	3.120	8.110	4.990	9.980	6.860
03 06 097	CHLAMYDIA TRACHOMATIS Y NEISSERIA GONORRHOEAE DETECCIÓN POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR	43.470	21.730				
03 06 098	TOXINA CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN DEPOSICIONES TEST RÁPIDO	19.870	9.930				
03 06 107	PNEUMOCYSTIS JIROVECCI POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN TIEMPO REAL	86.430	43.210				
03 06 118	AMPLIFICACIÓN DE DNA DE BORDETELLA PERTUSSIS POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN TIEMPO REAL	65.220	32.610				
	A.6 SEROLOGICOS						
	(Determinación de antígenos o anticuerpos)						
03 06 033	BRUCELLA ABORTUS, MELITENSIS Y SUIS, ANTICUERPOS, POR AGLUTINACIÓN O ELISA	2.130	1.060	2.770	1.700	3.410	2.340
03 06 034	CLAMIDIAS POR INMUNOFLUORESCENCIA, PEROXIDASA, ELISA O SIMILARES	5.570	2.780	7.240	4.450	8.910	6.120

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 036	MONONUCLEOSIS, REACCIÓN DE PAUL BUNNELL, ANTICUERPOS HETERÓFILOS O SIMILARES	2.450	1.220	3.190	1.960	3.920	2.690
03 06 037	MYCOPLASMA IGG, IGM, C/U.	5.350	2.670	6.960	4.280	8.560	5.880
03 06 038	R.P.R.	2.770	1.380	3.600	2.210	4.430	3.040
03 06 039	TÍFICAS, REACCIONES DE AGLUTINACIÓN (EBERTH H Y O, PARATYPHI A Y B) (WIDAL)	3.640	1.820	4.730	2.910	5.820	4.000
03 06 041	TREPONEMA PALLIDUM FTA - ABS, MHA-TP C/U	5.110	2.550	6.640	4.080	8.180	5.620
03 06 042	V.D.R.L.	3.180	1.590	4.130	2.540	5.090	3.500
03 06 094	ANTÍGENO GALACTOMANANO	27.470	13.730	35.710	21.970	43.950	30.210
03 06 119	INTERFERÓN GAMMA TBC	104.210	52.100				
	B. PARASITOS						
	B.1 MACRO Y MICROSCOPICOS						
03 06 043	ARTRÓPODOS MACROSCÓPICOS Y MICROSCÓPICOS (IMAGOS Y/O PUPAS Y/O LARVAS), DIAGNÓSTICO DE	3.270	1.630	4.250	2.610	5.230	3.590
03 06 045	COPROPARASITARIO SERIADO CON TÉCNICA PARA CRYPTOSPORIDIUM SP O PARA DIANTAMOEBA FRAGILIS (INCLUYE LOS CÓDIGOS 03-06-048 Y/O 03-06-059 MÁS APLICACIÓN DE TÉCNICA DE FROTIS CON TINCIÓN TRICRÓMICA O TINCIÓN ZIEHL-NEELSEN EN POR LO MENOS 3 MUESTRAS, SEGÚN CORRESPONDA)	9.110	4.550	11.840	7.280	14.580	10.020
03 06 046	COPROPARASITARIO SERIADO PARA FASCIOLA HEPÁTICA (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO DE 10 MUESTRAS POR MÉTODO DE TELEMANN Y SIMULTÁNEAMENTE POR TÉCNICA DE SEDIMENTACIÓN RÁPIDA (COPA CÓNICA)	20.760	10.380	26.990	16.610	33.220	22.840
03 06 047	COPROPARASITARIO SERIADO PARA ISOSPORA Y SARCOCYSTIS (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO DE 3 MUESTRAS SEPARADAS)	4.790	2.390	6.230	3.830	7.660	5.260
03 06 048	COPROPARASITOLÓGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO POR CONCENTRACIÓN DE TRES MUESTRAS SEPARADAS MÉTODO TELEMANN) (PROC. AUT.)	3.050	1.520	3.970	2.440	4.880	3.350
03 06 049	DIAGNÓSTICO DE PARÁSITOS EN JUGO DUODENAL Y/O BILIS, EXAMEN MACROSCÓPICO Y MICROSCÓPICO (DIRECTO Y/O CONCENTRACIÓN, C/S TINCIÓN)	2.910	1.450	3.780	2.320	4.660	3.200
03 06 050	DIAGNÓSTICO PARASITARIO EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS ORGÁNICOS, EXAMEN MACRO Y MICROSCÓPICO DE (INCLUYE CONCENTRACIÓN Y/O TINCIÓN CUANDO PROCEDA), C/U	3.060	1.530	3.980	2.450	4.900	3.370
03 06 051	GRAHAM, EXAMEN DE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO DE 5 MUESTRAS SEPARADAS)	2.160	1.080	2.810	1.730	3.460	2.380

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 052	ESTUDIO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS	1.800	900	2.340	1.440	2.880	1.980
03 06 053	HEMOPARÁSITOS, DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO DE (MÍNIMO 10 FROTIS Y/O GOTAS GRUESAS, C/S EXAMEN DIRECTO AL FRESCO), CADA SESIÓN	10.220	5.110	13.290	8.180	16.350	11.240
03 06 054	HEMOPARÁSITOS, DIAGNÓSTICO POR TÉCNICA DE MICROSTROUT O SIMILAR EN HASTA 10 TUBOS CAPILARES, CADA SESIÓN (CHAGAS)	11.350	5.670	14.760	9.080	18.160	12.480
03 06 056	RASPADO DE PIEL, EXAMEN MICROSCÓPICO DE ('ACAROTEST'): DE 6 A 10 PREPARACIONES	4.080	2.040	5.300	3.260	6.530	4.490
03 06 059	COPROPARASITOLÓGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO POR CONCENTRACIÓN DE TRES MUESTRAS SEPARADAS MÉTODO PAFS) (PROC. AUT.)	4.060	2.030	5.280	3.250	6.500	4.470
B.2. SEROLOGICOS							
(Determinación de antígenos y anticuerpos)							
03 06 061	PARÁSITOS IGG/IGM (CHAGAS, HIDATIDOSIS, TOXOCARIASIS Y OTROS POR ELISA O INMUNOFLUORESCENCIA), C/U	5.760	2.880	7.490	4.610	9.220	6.340
03 06 066	INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (TOXOPLASMOSIS, CHAGAS, AMEBIASIS Y OTRAS), C/U	6.280	3.140	8.160	5.020	10.050	6.910
03 06 095	PARÁSITOS: DETERMINACIÓN POR REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (PCR)	41.770	20.880	54.300	33.410	66.830	45.940
03 06 096	PARÁSITOS: TEST RÁPIDO ANTICUERPOS (CHAGAS Y OTROS)	10.970	5.480	14.260	8.770	17.550	12.060
C. VIRUS							
C.1 CULTIVOS							
03 06 068	AISLAMIENTO DE VIRUS (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, ENTEROVIRUS, HERPES, INFLUENZA, POLIO,SARAMPIÓN Y OTROS), C/U	9.410	4.700	12.230	7.520	15.060	10.350
C.2 SEROLOGIA							
(Determinación de antígenos o anticuerpos)							
03 06 069	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE (SARS COV-2 IGM IGG), (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLE, RUBÉOLA, INFLUENZA A Y B; VIRUS VARICELA-ZOSTER; VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO; PARAINFLUENZA 1, 2 Y 3; EPSTEIN BARR Y OTROS), C/U	6.400	3.200	8.320	5.120	10.240	7.040
03 06 169	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.	5.550	2.770	7.220	4.440	8.880	6.100
03 06 070	ANTÍGENOS VIRALES DETERM. DE (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLEX, RUBEOLA, INFLUENZA Y OTROS), (POR CUALQUIER TÉCNICA EJ: INMUNOFLUORESCENCIA), C/U	5.730	2.860	7.450	4.580	9.170	6.300
03 06 170	ANTÍGENOS VIRALES DETERM. DE ROTAVIRUS, POR CUALQUIER TÉCNICA	5.250	2.620	6.830	4.200	8.400	5.770

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 270	ANTÍGENOS VIRALES DETERM. DE VIRUS SINCICIAL, POR CUALQUIER TÉCNICA	6.060	3.030	7.880	4.850	9.700	6.670
03 06 074	VIRUS HEPATITIS A, ANTICUERPOS IGG, IGM O TOTALES C/U	7.860	3.930	10.220	6.290	12.580	8.650
03 06 075	VIRUS HEPATITIS B, ANTICUERPO DEL ANTÍGENO E DEL	7.690	3.840	10.000	6.150	12.300	8.450
03 06 076	VIRUS HEPATITIS B, ANTICORE TOTAL DEL (ANTI HBC TOTAL)	7.870	3.930	10.230	6.290	12.590	8.650
03 06 078	VIRUS HEPATITIS B, ANTÍGENO E DEL (HBEAG)	7.110	3.550	9.240	5.680	11.380	7.820
03 06 079	VIRUS HEPATITIS B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE (HBSAG)	5.620	2.810	7.310	4.500	8.990	6.180
03 06 080	VIRUS HEPATITIS B, ANTICORE IGM DEL (ANTI HBC IGM)	7.830	3.910	10.180	6.260	12.530	8.610
03 06 081	VIRUS HEPATITIS C, ANTICUERPOS DE (ANTI HCV)	8.580	4.290	11.150	6.860	13.730	9.440
03 06 082	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN TIEMPO REAL, SARS COV-2, (INCLUYE TOMA MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO).	25.600	12.800				
03 06 182	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN TIEMPO REAL, VIRUS INFLUENZA, VIRUS HERPES, CITOMEGALOVIRUS, HEPATITIS C, MYCOBACTERIA TBC, C/U (INCLUYE TOMA MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO).	29.710	14.850				
03 06 083	CITOMEGALOVIRUS (CMV) SHELL VIAL AISLAMIENTO RÁPIDO	76.230	38.110				
03 06 084	HEPATITIS B, CARGA VIRAL	116.220	58.110				
03 06 085	HEPATITIS C CARGA VIRAL. TÉCNICA PCR	129.320	64.660				
03 06 086	VIH, CARGA VIRAL	68.730	34.360				
03 06 087	VIRUS EPSTEIN BARR (VEB) CARGA VIRAL. TÉCNICA PCR	161.250	80.620				
03 06 088	POLIOMA (BK) VIRUS CARGA VIRAL. TÉCNICA PCR	99.900	49.950				
03 06 109	VIH, GENOTIPIFICACIÓN ANTIVIRALES	441.630	220.810				
03 06 110	PCR METAPNEUMOVIRUS	80.790	40.390				
03 06 111	HTLV I Y II DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS VIRALES	78.910	39.450				
03 06 112	VIH, ANTICUERPOS Y ANTÍGENOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.	7.430	3.710				
03 06 113	VIH, REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO	64.630	32.310				
03 06 120	PANEL VIRAL DIARREA POR PCR (DETERMINACIÓN DE ROTAVIRUS, NOROVIRUS G1, NOROVIRUS G2, ASTROVIRUS, ADENOVIRUS)	128.020	64.010				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 121	HANTA VIRUS, ANTICUERPOS IGM TEST RÁPIDO	69.720	34.860				
03 06 122	PANEL VIRUS RESPIRATORIO MOLECULAR (15 A 17 VIRUS) (ADENOVIRUS, VRS A, VRS B, PARAINFLUENZA 1,2,3,4, INFLUENZA A Y B, INFLUENZA A H1N1, BOCAVIRUS, CORONAVIRUS (2 TIPOS), RINOVIRUS, ENTEROVIRUS.	88.000	44.000				
03 06 123	VIRUS PAPILOMA HUMANO POR PCR CON GENOTIPIFICACIÓN DE PAPILOMA DE ALTO RIESGO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO TIPOS 16 Y 18	28.140	14.070	36.580	22.510	45.020	30.950
03 06 146	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) VIRUS VIRUELA SÍMICA (INCLUYE HISOPADO DE LESIONES CUTÁNEAS).	29.830	14.910				
03 06 271	TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS SARS-COV-2 (INCLUYE TOMA DE MUESTRA)	9.710	4.850				
	VII.- PROCEDIMIENTOS O DETERMINACIONES DIRECTAMENTE CON EL PACIENTE						
	(No incluye los fármacos ni los exámenes bioquímicos que correspondan)						
03 07 001	DIETILENDIAMINA TETRAACETATO DE SODIO CROMO (EDTA CR 51)	6.130	3.060	7.970	4.900	9.810	6.740
03 07 002	PRUEBA DE LA SED (VOLUMEN, DENSIDAD, OSMOLALIDAD SERIADA EN SANGRE Y ORINA)	5.410	2.700	7.030	4.320	8.660	5.950
03 07 005	REACCIÓN CUTÁNEA DE PARCHE C/U	820	410	1.070	660	1.310	900
03 07 006	SOBRECARGA HÍDRICA	1.920	960	2.500	1.540	3.070	2.110
03 07 007	TEST DEL SUDOR (PROCEDIMIENTO COMPLETO)	16.080	8.040	20.900	12.860	25.730	17.690
03 07 008	VASOPRESINA TEST O SIMILARES (INCLUYE ADEMÁS MEDICIONES DE DIURESIS)	4.590	2.290	5.970	3.670	7.340	5.040
03 07 025	TEST RESPIRATORIO DE LACTOSA, LACTULOSA, FRUCTUOSA, C/U.	25.670	12.830	33.370	20.530	41.070	28.230
	TOMA DE MUESTRAS						
	(Incluye procedimiento y el material)						
	DE SANGRE						
03 07 009	ARTERIAL EN ADULTOS	1.240	620	1.610	990	1.980	1.360
03 07 010	ARTERIAL EN NIÑOS Y LACTANTES	1.830	910	2.380	1.460	2.930	2.010
03 07 011	VENOSA EN ADULTOS	910	450	1.180	720	1.460	1.000
03 07 012	VENOSA EN NIÑOS Y LACTANTES	830	410	1.080	660	1.330	910
03 07 013	CON TÉCNICA ASÉPTICA PARA HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO, C/U, NO INCLUYE FRASCO	1.430	710	1.860	1.140	2.290	1.570

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 07 014	CAPILAR (ADULTOS, NIÑOS Y LACTANTES) DE ORINA, EXUDADOS, SECRECIONES Y LIQUIDOS DE CAVIDADES SEROSAS	850	420	1.110	680	1.360	930
03 07 016	PUNCIÓN TRAQUEAL	2.480	1.240	3.220	1.980	3.970	2.730
03 07 017	PUNCIÓN VESICAL EN RECIÉN NACIDOS	2.700	1.350	3.510	2.160	4.320	2.970
03 07 018	PUNCIÓN MEDULAR ÓSEA	14.450	7.220	18.790	11.560	23.120	15.890
03 07 023	ASPIRADOS NASOFARÍNGEO PARA ADULTO Y NIÑO.	2.540	1.270	3.300	2.030	4.060	2.790
03 07 024	REACCIÓN CUTÁNEA A ALERGENOS (INCLUYE EL VALOR DE LOS ALERGENOS) VIII.- EXAMENES DE DEPOSICIONES, EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS A. DEPOSICIONES	7.510	3.750	9.760	6.000	12.020	8.260
03 08 001	AZÚCARES REDUCTORES (BENEDICT-FEHLING O SIMILAR)	1.170	580	1.520	930	1.870	1.280
03 08 003	GRASAS NEUTRAS (SUDÁN III)	670	330	870	530	1.070	730
03 08 004	HEMORRAGIAS OCULTAS, (BENCIDINA, GUAYACO O TEST DE WEBER Y SIMILARES), CUALQUIER MÉTODO, C/MUESTRA	1.210	600	1.570	960	1.940	1.330
03 08 005	LEUCOCITOS FECAL	1.210	600	1.570	960	1.940	1.330
03 08 006	PH EN DEPOSICIONES	670	330	870	530	1.070	730
03 08 007	ELASTASA FECAL	78.830	39.410				
03 08 047	ESTEATOCRITO	16.840	8.420				
03 08 049	CALPROTECTINA CUANTITATIVA POR ELISA	47.010	23.500				
03 08 062	ANÁLISIS INMUNOQUÍMICO/INMUNOLÓGICO DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES	14.470	7.230				
03 08 063	TEST DE HELICOBACTER PYLORI EN DEPOSICIONES B. EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS (Amniótico, articular, ascítico, bronquial, digestivo, ginecológico, L.C.R., nasal, pericárdico, pleural, seminal u otros).	30.080	15.040				
03 08 009	CÉLULAS NEOPLÁSICAS EN FLUIDOS BIOLÓGICOS	5.100	2.550	6.630	4.080	8.160	5.610
03 08 010	CITOLÓGICO C/S TINCIÓN (INCLUYE EXAMEN AL FRESCO, RECUENTO CELULAR Y CITOLÓGICO PORCENTUAL)	3.430	1.710	4.460	2.740	5.490	3.770

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 08 011	DIRECTO AL FRESCO C/S TINCIÓN, (INCLUYE TRICHOMONAS)	1.590	790	2.070	1.270	2.540	1.740
03 08 012	ELECTROLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO), EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS, C/U	1.690	840	2.200	1.350	2.700	1.850
03 08 013	EOSINÓFILOS EN SECRECIONES	830	410	1.080	660	1.330	910
03 08 014	FÍSICO-QUÍMICO (INCLUYE ASPECTO, COLOR, PH, GLUCOSA, PROTEÍNA, PANDY Y FILANCIA)	2.880	1.440	3.740	2.300	4.610	3.170
03 08 015	GLUCOSA EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	750	370	980	600	1.200	820
03 08 016	MUCINA, DETERMINACIÓN DE	1.210	600	1.570	960	1.940	1.330
03 08 017	PH EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS (PROC. AUT.)	720	360	940	580	1.150	790
03 08 019	PROTEÍNAS, ELECTROFORÉISIS DE (INCLUYE PROTEÍNAS TOTALES) EN OTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	6.830	3.410	8.880	5.460	10.930	7.510
03 08 020	BANDAS OLIGOCLONALES (INCLUYE ELECTROFORESIS DE L.C.R., SUERO E INMUNOFIJACIÓN)	26.780	13.390	34.810	21.420	42.850	29.460
03 08 021	GLUTAMINA	2.080	1.040	2.700	1.660	3.330	2.290
03 08 022	ÍNDICE IGG/ALBÚMINA (INCLUYE DETERM. DE IGG Y ALBÚMINA EN L.C.R. Y SUERO)	14.870	7.430	19.330	11.890	23.790	16.350
03 08 023	ESTUDIO DE CRISTALES (CON LUZ POLARIZADA)	1.800	900	2.340	1.440	2.880	1.980
03 08 025	PRUEBA DE ESTIMULACIÓN MÁXIMA CON HISTAMINA, MÍNIMO 5 MUESTRAS (NO INCLUYE LA HISTAMINA NI EL ANTIHISTAMINICO).	6.030	3.010	7.840	4.820	9.650	6.630
03 08 029	ESPERMIOGRAMA (FÍSICO Y MICROSCÓPICO, CON O SIN OBSERVACIÓN HASTA 24 HORAS)	4.870	2.430	6.330	3.890	7.790	5.350
03 08 030	FOSFATASA ÁCIDA PROSTÁTICA	3.280	1.640	4.260	2.620	5.250	3.610
03 08 031	FRUCTOSA SEMINAL	2.100	1.050	2.730	1.680	3.360	2.310
03 08 033	CÉLULAS ANARANJADAS (PROC. AUT.)	820	410	1.070	660	1.310	900
03 08 034	CONTAMINANTES (MECONIO Y SANGRE) (PROC. AUT.)	1.200	600	1.560	960	1.920	1.320
03 08 035	CREATININA EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS (PROC. AUT.)	1.320	660	1.720	1.060	2.110	1.450
03 08 036	FOSFATIDIL GLICEROL Y/O FOSFATIDIL INOSITOL	8.080	4.040	10.500	6.460	12.930	8.890
03 08 037	ÍNDICE DE BILIRRUBINA (PRUEBA DE LILEY)	1.620	810	2.110	1.300	2.590	1.780
03 08 038	ÍNDICE LECITINA/ESFINGOMIELINA	6.130	3.060	7.970	4.900	9.810	6.740
03 08 039	MADUREZ FETAL COMPLETA (FÍSICO; CÉLULAS ANARANJADAS, BILIRRUBINA, TEST DE CLEMENTS, CREATININA, CONTAMINANTES)	7.830	3.910	10.180	6.260	12.530	8.610

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 08 040	TEST DE CLEMENTS (PROC. AUT.)	1.360	680	1.770	1.090	2.180	1.500
03 08 041	COLPOCITOGRAMA	2.770	1.380	3.600	2.210	4.430	3.040
03 08 043	MOCO-SEMEN, PRUEBA DE COMPATIBILIDAD	2.620	1.310	3.410	2.100	4.190	2.880
03 08 044	FLUJO VAGINAL O SECRECIÓN URETRAL, ESTUDIO DE (INCLUYE TOMA DE MUESTRA Y CÓDIGOS 03-06-004, 03-06-005, 03-06-008, 03-06-017 Y 03-06-026)	7.990	3.990	10.390	6.390	12.780	8.780
03 08 045	AMILASA EN LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	4.820	2.410	6.270	3.860	7.710	5.300
03 08 046	LIPASA EN LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	3.180	1.590	4.130	2.540	5.090	3.500
03 08 050	PROTEÍNAS TOTALES EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	1.570	780	2.040	1.250	2.510	1.720
03 08 051	ALBÚMINAS EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	1.570	780	2.040	1.250	2.510	1.720
	IX.- EXAMENES ORINA						
03 09 001	ACIDO ASCÓRBICO	2.680	1.340	3.480	2.140	4.290	2.950
03 09 002	ACIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO	4.700	2.350	6.110	3.760	7.520	5.170
03 09 004	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA (CUANTITATIVO)	2.270	1.130	2.950	1.810	3.630	2.490
03 09 005	ACIDO 5 HIDROXIINDOLACÉTICO CUANTITATIVO	5.630	2.810	7.320	4.500	9.010	6.190
03 09 006	AMILASA CUANTITATIVA EN ORINA	2.780	1.390	3.610	2.220	4.450	3.060
03 09 007	AMINOÁCIDOS EN ORINA (CUALITATIVO)(EXCEPTO FENILALANINA, PKU)	5.980	2.990	7.770	4.780	9.570	6.580
03 09 008	CALCIO CUANTITATIVO EN ORINA	2.100	1.050	2.730	1.680	3.360	2.310
03 09 009	CÁLCULO URINARIO (EXAMEN FÍSICO Y QUÍMICO)	4.990	2.490	6.490	3.990	7.980	5.480
03 09 010	CREATININA CUANTITATIVA EN ORINA	1.590	790	2.070	1.270	2.540	1.740
03 09 012	ELECTRÓLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U, EN ORINA	1.620	810	2.110	1.300	2.590	1.780
03 09 013	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA	2.910	1.450	3.780	2.320	4.660	3.200
03 09 014	GONADOTROFINA CORIÓNICA, SUB-UNIDAD BETA EN ORINA (TEST RÁPIDO)	2.770	1.380	3.600	2.210	4.430	3.040
03 09 015	FÓSFORO CUANTITATIVO EN ORINA	2.100	1.050	2.730	1.680	3.360	2.310

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 09 016	GLUCOSA (CUANTITATIVO), EN ORINA	1.430	710	1.860	1.140	2.290	1.570
03 09 035	HEMOSIDERINA	1.580	790	2.050	1.260	2.530	1.740
03 09 017	HIDROXIPROLINA EN ORINA	4.740	2.370	6.160	3.790	7.580	5.210
03 09 019	MUCOPOLISACÁRIDOS	6.130	3.060	7.970	4.900	9.810	6.740
03 09 020	NITRÓGENO UREICO O UREA EN ORINA (CUANTITATIVO)	880	440	1.140	700	1.410	970
03 09 021	NUCLEÓTIDOS CÍCLICOS (CAMP, CGM, U OTROS) C/U	5.190	2.590	6.750	4.150	8.300	5.700
03 09 022	ORINA COMPLETA, (INCLUYE CÓD. 03-09-023 Y 03-09-024)	1.960	980	2.550	1.570	3.140	2.160
03 09 023	ORINA, FÍSICO-QUÍMICO (ASPECTO, COLOR, DENSIDAD, PH; PROTEÍNAS, GLUCOSA, CUERPOS CETÓNICOS, UROBILINOGENO, BILIRRUBINA, HEMOGLOBINA Y NITRITOS, DETERMINACIÓN CUALITATIVA O SEMI CUANTITATIVA) TODOS O CADA UNO DE LOS PARÁMETROS (PROC. AUT.)	1.430	710	1.860	1.140	2.290	1.570
03 09 024	SEDIMENTO DE ORINA (PROC. AUT.)	1.130	560	1.470	900	1.810	1.240
03 09 025	OSMOLALIDAD	1.940	970	2.520	1.550	3.100	2.130
03 09 027	PORFIRINAS, C/U	2.660	1.330	3.460	2.130	4.260	2.930
03 09 028	PROTEÍNA (CUANTITATIVA), EN ORINA	1.830	910	2.380	1.460	2.930	2.010
03 09 029	PROTEÍNAS DE BENCE-JONES PRUEBA TÉRMICA	1.180	590	1.530	940	1.890	1.300
03 09 034	ARSENICO EN ORINA (MUESTRA AISLADA)	48.360	24.180				
03 09 036	COBRE EN ORINA	32.810	16.400				
03 09 044	ÁCIDOS ORGÁNICOS, ORINA	304.850	152.420				
03 09 046	SCREENING DE MUCOPOLISACARIDOS	129.960	64.980				

GRUPO : 04

IMAGENOLOGIA

Salvo que se especifique lo contrario, los valores anotados no incluyen : medicamentos, inyecciones, enemas de limpieza ni medios de contraste, con excepción del bario.

I.- EXAMENES RADIOLOGICOS.

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
	A.- EXAMENES RADIOLOGICOS SIMPLES						
04 01 001	RADIOGRAFÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES 'SIALOGRAFÍA' CUELLO	26.040	13.020	33.850	20.830	41.660	28.640
04 01 002	RADIOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS, LARINGE LATERAL, CAVUM RINOFARÍNGEO (RINOFARINX). TORAX	9.730	4.860	12.650	7.780	15.570	10.700
04 01 004	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX, PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA (OBLICUAS, SELECTIVAS U OTRAS)	8.960	4.480	11.650	7.170	14.340	9.860
04 01 008	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX FRONTAL O LATERAL CON EQUIPO MÓVIL FUERA DEL DEPARTAMENTO DE RAYOS.	12.670	6.330	16.470	10.130	20.270	13.930
04 01 009	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX SIMPLE FRONTAL O LATERAL	11.050	5.520	14.370	8.840	17.680	12.150
04 01 070	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX FRONTAL Y LATERAL	19.930	9.960	25.910	15.940	31.890	21.920
	GLANDULAS MAMARIAS						
04 01 010	MAMOGRAFÍA BILATERAL	23.500	11.750	30.550	18.800	37.600	25.850
04 01 110	MAMOGRAFÍA UNILATERAL	13.800	6.900	17.940	11.040	22.080	15.180
04 01 130	MAMOGRAFÍA PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA (AXILAR U OTRAS)	5.040	2.520	6.550	4.030	8.060	5.540
04 01 011	MARCACIÓN PREOPERATORIA DE LESIONES DE LA MAMA	32.260	16.130	41.940	25.810	51.620	35.490
04 01 012	RADIOGRAFÍA DE MAMA, PIEZA OPERATORIA	9.470	4.730	12.310	7.570	15.150	10.410
	ABDOMEN						
04 01 013	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	10.130	5.060	13.170	8.100	16.210	11.140
04 01 014	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE, PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA (LATERAL Y/O OBLICUA)	7.300	3.650	9.490	5.840	11.680	8.030
	APARATO DIGESTIVO						
04 01 015	COLANGIOGRAFÍA INTRA O POSTOPERATORIA (POR Sonda T, O SIMILAR)	23.620	11.810	30.710	18.900	37.790	25.980
04 01 018	ENEMA BARITADO DEL COLON (INCLUYE LLENE Y CONTROL POST-VACIAMIENTO)	48.390	24.190	62.910	38.710	77.420	53.220
04 01 019	ENEMA BARITADO DEL COLON O INTESTINO DELGADO, DOBLE CONTRASTE	46.710	23.350	60.720	37.360	74.740	51.380
04 01 020	ESOFAGOGRAMA (INCLUYE PESQUISA DE CUERPO EXTRAÑO) (PROC.AUT.)	22.160	11.080	28.810	17.730	35.460	24.380

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 01 021	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO, RELLENO Y/O DOBLE CONTRASTE	41.090	20.540	53.420	32.870	65.740	45.190
04 01 022	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE DEGLUCIÓN FARÍNGEA	18.470	9.230	24.010	14.770	29.550	20.310
04 01 023	ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL INTESTINO DELGADO	34.200	17.100	44.460	27.360	54.720	37.620
04 01 024	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO, SIMPLE EN NIÑOS	34.060	17.030	44.280	27.250	54.500	37.470
04 01 073	VIDEOFLUOROSCOPIA PARA ESTUDIO DE DEGLUCIÓN APARATO UROGENITAL	121.310	60.650				
04 01 027	PIELOGRAFÍA DE ELIMINACIÓN O DESCENDENTE: INCLUYE RENAL Y VESICAL SIMPLS PREVIAS, 3 PLACAS POST INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE, CONTROLES DE PIE Y CISTOGRAFÍA PRE Y POST MICCIONAL.	43.520	21.760	56.580	34.820	69.630	47.870
04 01 028	RADIOGRAFÍA RENAL SIMPLE (PROC. AUT.)	9.320	4.660	12.120	7.460	14.910	10.250
04 01 029	RADIOGRAFÍA VESICAL SIMPLE O PERIVESICAL (PROC. AUT.) CRANEO	8.030	4.010	10.440	6.420	12.850	8.830
04 01 031	RADIOGRAFÍA DE CAVIDADES PERINASALES, ÓRBITAS, ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES, HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ, MALAR, MAXILAR, ARCO CIGOMÁTICO Y CARA	10.970	5.480	14.260	8.770	17.550	12.060
04 01 032	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO FRONTAL Y LATERAL	11.470	5.730	14.910	9.170	18.350	12.610
04 01 033	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO PROYECCIÓN ESPECIAL DE BASE DE CRÁNEO (TOWNE)	8.040	4.020	10.450	6.430	12.860	8.840
04 01 035	RADIOGRAFÍA DE OÍDO, UNILATERAL O BILATERAL	13.880	6.940	18.040	11.100	22.210	15.270
04 01 040	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA FRONTAL Y LATERAL COLUMNA VERTEBRAL	12.820	6.410	16.670	10.260	20.510	14.100
04 01 042	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL O ATLAS-AXIS (FRONTAL Y LATERAL)	11.050	5.520	14.370	8.840	17.680	12.150
04 01 043	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL (FRONTAL, LATERAL Y OBLICUAS)	18.600	9.300	24.180	14.880	29.760	20.460
04 01 044	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL FLEXIÓN Y EXTENSIÓN (DINÁMICAS)	10.430	5.210	13.560	8.340	16.690	11.470
04 01 045	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL O DORSOLUMBAR LOCALIZADA, PARRILLA COSTAL (FRONTAL Y LATERAL)	12.870	6.430	16.730	10.290	20.590	14.150
04 01 046	RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA (FRONTAL, LATERAL Y FOCALIZADA EN EL 5° ESPACIO)	19.050	9.520	24.770	15.240	30.480	20.950

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 01 047	RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA FLEXIÓN Y EXTENSIÓN (DINÁMICAS)	15.490	7.740	20.140	12.390	24.780	17.030
04 01 048	RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA, OBLICUAS ADICIONALES	10.430	5.210	13.560	8.340	16.690	11.470
04 01 049	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TOTAL, PANORÁMICA CON FOLIO GRADUADO FRONTAL O LATERAL	14.250	7.120	18.530	11.400	22.800	15.670
04 01 051	RADIOGRAFÍA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL	8.470	4.230	11.010	6.770	13.550	9.310
04 01 151	RADIOGRAFÍA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL DE RN, LACTANTE O NIÑO MENOR DE 6 AÑOS.	8.080	4.040	10.500	6.460	12.930	8.890
04 01 052	RADIOGRAFÍA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL, PROYECCIONES ESPECIALES; (ROTACIÓN INTERNA, ABDUCCIÓN, LATERAL, LAWENSTEIN U OTRAS)	7.720	3.860	10.040	6.180	12.350	8.490
04 01 053	RADIOGRAFÍA DE SACROCOXIS O ARTICULACIONES SACROILÍACAS.	11.620	5.810	15.110	9.300	18.590	12.780
	EXTREMIDADES						
04 01 054	RADIOGRAFÍA DE BRAZO, ANTEBRAZO, CODO, MUÑECA, MANO, DEDOS, PIE (FRONTAL Y LATERAL)	9.640	4.820	12.530	7.710	15.420	10.600
04 01 055	RADIOGRAFÍA DE CLAVÍCULA.	11.280	5.640	14.660	9.020	18.050	12.410
04 01 056	RADIOGRAFÍA EDAD ÓSEA: CARPO Y MANO	8.040	4.020	10.450	6.430	12.860	8.840
04 01 057	RADIOGRAFÍA EDAD ÓSEA : RODILLA FRONTAL	8.390	4.190	10.910	6.710	13.420	9.220
04 01 058	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE ESCAFOIDES	12.610	6.300	16.390	10.080	20.180	13.870
04 01 059	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE MUÑECA O TOBILLO FRONTAL LATERAL Y OBLICUAS	10.900	5.450	14.170	8.720	17.440	11.990
04 01 060	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO, FÉMUR, RODILLA, PIERNA, COSTILLA O ESTERNÓN FRONTAL Y LATERAL	11.400	5.700	14.820	9.120	18.240	12.540
04 01 062	RADIOGRAFÍA DE PROYECCIONES ESPECIALES OBLICUAS U OTRAS EN HOMBRO, BRAZO, CODO, RODILLA, RÓTULAS, SESAMOIDEOS, AXIAL DE AMBAS RÓTULAS O SIMILARES	7.930	3.960	10.310	6.340	12.690	8.720
04 01 063	RADIOGRAFÍA DE TÚNEL INTERCONDÍLEO O RADIO-CARPIANO	7.720	3.860	10.040	6.180	12.350	8.490
	PROCEDIMIENTO FLUOROSCOPICO DE APOYO:						
04 01 064	APOYO FLUOROSCÓPICO A PROCEDIMIENTOS INTRAOPERATORIOS Y/O BIOPSIA (NO INCLUYE EL PROC.)	9.370	4.680	12.180	7.490	14.990	10.300
	B.- EXAMENES RADIOLOGICOS COMPLEJOS						

En ciertos exámenes complejos, en colaboración con otros médicos, cuyos códigos y honorarios se incluyen en los procedimientos de cada especialidad; si un mismo médico efectúa el examen radiológico y su procedimiento correspondiente, cobrará ambos códigos.

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
	GLANDULAS MAMARIAS						
04 02 005	GALACTOGRAFÍA, UNILATERAL	12.020	6.010	15.630	9.620	19.230	13.220
	ABDOMEN						
04 02 008	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (A.C.18-01-018; 5-7 EXP)	31.600	15.800	41.080	25.280	50.560	34.760
04 02 009	FISTULOGRAFÍA (A.C. 18-01-020) (3 EXP.)	8.610	4.300	11.190	6.880	13.780	9.470
	APARATO UROGENITAL						
04 02 011	HISTEROSALPINGOGRAFÍA (A.C. 20-01-013) (4 EXP.; INCLUYE PRUEBA DE COTTE TARDÍA)	24.550	12.270	31.920	19.640	39.280	27.000
04 02 012	PIELOGRAFÍA ASCENDENTE (A.C. 19-01-015) (3 EXP.)	28.110	14.050	36.540	22.480	44.980	30.920
04 02 014	URETRO Y/O CISTOURETROGRAFÍA MICCIONAL RETRÓGRADA (A.C. 19-01-016) (5 EXP.)	26.330	13.160	34.230	21.060	42.130	28.960
	COLUMNA						
04 02 015	ARTROGRAFÍA FACETARIA	38.830	19.410	50.480	31.060	62.130	42.710
	CARDIOVASCULARES						
04 02 019	ANGIOGRAFÍA SELECTIVA DE CARÓTIDA EXTERNA O INTERNA (A.C 17-01-061 AL 17-01-069, SEGÚN CORRESPONDA)	43.490	21.740	56.540	34.790	69.580	47.830
04 02 020	ANGIOGRAFÍA SELECTIVA MEDULAR (A.C 17-01-061 AL 17-01-069, SEGÚN CORRESPONDA)	44.870	22.430	58.330	35.890	71.790	49.350
04 02 022	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL CORONARIA. PROCEDIMIENTO RADIOLÓGICO. (A.C.17-01-031)	70.520	35.260	91.680	56.420	112.830	77.570
04 02 023	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL PERIFÉRICA. PROCEDIMIENTO RADIOLÓGICO. (A.C. 17-01-032)	49.120	24.560	63.860	39.300	78.590	54.030
04 02 024	AORTOGRAFÍA CON AOT O CINEANGIOGRAFÍA (A.C. 17-01-022)	51.490	25.740	66.940	41.190	82.380	56.630
04 02 025	ARTERIOGRAFÍA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES UNILATERAL (A.C.17-01-023)	32.540	16.270	42.300	26.030	52.060	35.790
04 02 027	ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA CON AOT O CINEANGIOGRAFÍA (PULMONAR, RENAL, TRONCO CELÍACO O SIMILAR) C/U. (A.C 17-01-061 AL 17-01-069, SEGÚN CORRESPONDA)	60.480	30.240	78.620	48.380	96.770	66.530
04 02 029	ARTERIOGRAFÍA DE VASOS DEL CUELLO (CARÓTIDAS Y VERTEBRALES) (A.C. 11-01-013)	44.210	22.100	57.470	35.360	70.740	48.630
04 02 030	CINECORONARIOGRAFÍA (A.C. 17-01-019)	54.990	27.490	71.490	43.990	87.980	60.480
04 02 031	EMBOLIZACIÓN O BALONIZACIÓN (A.C. DE LA ANGIOGRAFÍA CORRESPONDIENTE) (INCLUYE CONTROL RADIOLÓGICO INMEDIATO)	34.520	17.260	44.880	27.620	55.230	37.970

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 02 032	INSTALACIÓN DE CATÉTER O SONDA INTRACARDÍACA, CONTROL POR RADÍOLOGO DE (A.C. 17-01-020, 17-01-021, 17-01-011 O 17-01-014, SEGÚN CORRESPONDA)	24.120	12.060	31.360	19.300	38.590	26.530
04 02 033	VENTRICULOGRAFÍA DERECHA Y/O IZQUIERDA (A.C. 17-01-011, 17-01-020 Ó 17-01-021 Ó 17-01-041 Ó 17-01-42 Ó 17-01-43, SEGÚN CORRESPONDA)	54.990	27.490	71.490	43.990	87.980	60.480
	FLEBOGRAFÍAS						
04 02 035	CAVOGRAFÍA (A.C. 17-01-025)	31.100	15.550	40.430	24.880	49.760	34.210
04 02 038	FLEBOGRAFÍA EXTREMIDAD INFERIOR O SUPERIOR, UNILATERAL (A.C. 17-01-026) CADA EXTREMIDAD.	27.510	13.750	35.760	22.000	44.020	30.260
04 02 041	FLEBOGRAFÍA SELECTIVA DE VENAS HEPÁTICAS, RENALES, GONADALES, PÉLVICAS. (A.C. 17-01-027)	31.100	15.550	40.430	24.880	49.760	34.210
	MIELOGRAFÍAS						
04 02 050	MIELOGRAFÍA POR PUNCIÓN LUMBAR CON CONTRASTE HIDROSOLUBLE (A.C. 11-01-025)	37.760	18.880	49.090	30.210	60.420	41.540
	II.- TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA						
	(Los valores de las prestaciones no incluyen el medio de contraste)						
04 03 001	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CRÁNEO ENCEFÁLICA	69.710	34.850	90.620	55.760	111.540	76.680
04 03 002	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS	73.360	36.680	95.370	58.690	117.380	80.700
04 03 003	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE FOSA POSTERIOR	63.010	31.500	81.910	50.400	100.820	69.310
04 03 006	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TEMPORAL-OÍDO	60.500	30.250	78.650	48.400	96.800	66.550
04 03 007	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ÓRBITAS MAXILOFACIAL	80.900	40.450	105.170	64.720	129.440	88.990
04 03 008	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA CERVICAL	88.620	44.310	115.210	70.900	141.790	97.480
04 03 018	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA DORSAL. INCLUYE MÍNIMO 6 ESPACIOS	77.650	38.820	100.950	62.120	124.240	85.410
04 03 019	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA LUMBAR	77.650	38.820	100.950	62.120	124.240	85.410
04 03 012	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CUELLO, PARTES BLANDAS	65.490	32.740	85.140	52.390	104.780	72.030
04 03 013	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX. INCLUYE ADEMÁS: ESTERNÓN, CLAVÍCULAS, ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR, ESCÁPULA, COSTILLAS, ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR. INCLUYE TODO EL TÓRAX O CADA SEGMENTO O ARTICULACIÓN. INCLUYE BILATERALIDAD	103.440	51.720	134.470	82.750	165.500	113.780

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 03 014	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN (HÍGADO, VÍAS Y VESÍCULA BILIAR, PÁNCREAS, BAZO, SUPRARRENALES Y RÍNONES)	62.280	31.140	80.960	49.820	99.650	68.510
04 03 016	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE PELVIS (ADEMÁS INCLUYE SACRO, COXIS, CADERAS, HUESOS PÉLVICOS, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS). BILATERAL	63.870	31.930	83.030	51.090	102.190	70.250
04 03 020	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN Y PELVIS	101.650	50.820	132.150	81.320	162.640	111.810
04 03 021	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA PIELOGRAFÍA	26.770	13.380	34.800	21.410	42.830	29.440
04 03 022	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA UROGRAFÍA	59.800	29.900	77.740	47.840	95.680	65.780
04 03 023	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE COLONOSCOPIA VIRTUAL. NO INCLUYE INSTALACIÓN DE SONDA	51.050	25.520	66.370	40.840	81.680	56.150
04 03 024	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA PLANIFICACIÓN RADIOTERAPIA	69.270	34.630	90.050	55.410	110.830	76.190
04 03 025	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE CALCIO CORONARIO	34.140	17.070	44.380	27.310	54.620	37.550
04 03 104	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE CUELLO	69.430	34.710	90.260	55.540	111.090	76.370
04 03 105	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE PELVIS	50.630	25.310	65.820	40.500	81.010	55.690
04 03 106	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE ANGIO CARDÍACO. MÍNIMO 64 CORTES	66.370	33.180	86.280	53.090	106.190	73.000
04 03 017	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA MUSCULOESQUELÉTICA POR ZONA ANATÓMICA. POR CADA SEGMENTO O ARTICULACIÓN: MUSLO, PIERNA, RODILLAS, ANTEBRAZO, CODO, MUÑECA, MANO, HOMBRO, PIE, TOBILLO U OTROS. BILATERAL SÓLO PARA RODILLAS	55.760	27.880	72.490	44.610	89.220	61.340
04 03 101	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE ENCÉFALO	84.490	42.240	109.840	67.590	135.180	92.930
04 03 102	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE TÓRAX	127.200	63.600	165.360	101.760	203.520	139.920
04 03 103	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE ABDOMEN	117.770	58.880	153.100	94.210	188.430	129.540
04 03 107	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE EXTREMIDADES INFERIORES (BILATERAL)	96.100	48.050	124.930	76.880	153.760	105.710
04 03 108	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE EXTREMIDAD SUPERIOR (UNILATERAL)	98.450	49.220	127.990	78.760	157.520	108.290
	III.- ULTRASONOGRAFIA						
	(Mínimo 6 imágenes diferentes para ecografías)						
	A.- EQUIPOS SIMPLES						
04 04 002	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	8.730	4.360	11.350	6.980	13.970	9.600

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
B.- EQUIPOS DE MEDIANA A ALTA RESOLUCION							
04 04 003	ECOGRAFÍA ABDOMINAL (INCLUYE HÍGADO, VÍA BILIAR, VESÍCULA, PÁNCREAS, RIÑONES, BAZO, RETROPERITONEO Y GRANDES VASOS)	27.570	13.780	35.840	22.050	44.110	30.320
04 04 004	ECOGRAFÍA COMO APOYO A CIRUGÍA, O A PROCEDIMIENTO (DE TÓRAX, MUSCULAR, PARTES BLANDAS, ETC.)	17.040	8.520	22.150	13.630	27.260	18.740
04 04 005	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL O TRANSRECTAL	15.400	7.700	20.020	12.320	24.640	16.940
04 04 006	ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA, PELVIANA FEMENINA U OBSTÉTRICA CON ESTUDIO FETAL	14.670	7.330	19.070	11.730	23.470	16.130
04 04 007	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL PARA SEGUIMIENTO DE OVULACIÓN, PROCEDIMIENTO COMPLETO (6-8 SESIONES)	21.410	10.700	27.830	17.120	34.260	23.550
04 04 008	ECOGRAFÍA PARA SEGUIMIENTO DE OVULACIÓN, PROCEDIMIENTO COMPLETO (6 A 8 SESIONES)	23.980	11.990	31.170	19.180	38.370	26.380
04 04 009	ECOGRAFÍA PÉLVICA MASCULINA (INCLUYE VEJIGA Y PRÓSTATA)	15.330	7.660	19.930	12.260	24.530	16.860
04 04 010	ECOGRAFÍA RENAL (BILATERAL), O DE BAZO	19.110	9.550	24.840	15.280	30.580	21.020
C.- EQUIPOS DE ALTA RESOLUCION.							
04 04 011	ECOGRAFÍA ENCEFÁLICA (RN O LACTANTE)	20.630	10.310	26.820	16.500	33.010	22.690
04 04 012	ECOGRAFÍA MAMARIA BILATERAL (INCLUYE DOPPLER)	19.210	9.600	24.970	15.360	30.740	21.130
04 04 013	ECOGRAFÍA OCULAR, UNILATERAL O BILATERAL.	22.290	11.140	28.980	17.830	35.660	24.510
04 04 014	ECOGRAFÍA TESTICULAR (UNILATERAL O BILATERAL) (INCLUYE DOPPLER)	18.960	9.480	24.650	15.170	30.340	20.860
04 04 015	ECOGRAFÍA TIROIDEA (INCLUYE DOPPLER)	19.210	9.600	24.970	15.360	30.740	21.130
04 04 016	ECOGRAFÍA PARTES BLANDAS O MUSCULOESQUELÉTICA (CADA ZONA ANATÓMICA)	19.210	9.600	24.970	15.360	30.740	21.130
D.- EQUIPOS CON DOPPLER.							
04 04 118	ECOGRAFÍA VASCULAR (ARTERIAL Y VENOSA) PERIFÉRICA (BILATERAL)	63.040	31.520	81.950	50.430	100.860	69.340
04 04 119	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	59.530	29.760	77.390	47.620	95.250	65.480
04 04 120	ECOGRAFÍA TRANSCRANEANA	63.040	31.520	81.950	50.430	100.860	69.340
04 04 121	ECOGRAFÍA ABDOMINAL O DE VASOS TESTICULARES	64.960	32.480	84.450	51.970	103.940	71.460
04 04 122	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS PLACENTARIOS	63.040	31.520	81.950	50.430	100.860	69.340
E.- ELASTOGRAFÍA							

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 04 218	ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA IV.- RESONANCIA MAGNÉTICA (incluye medio de contraste). Todas las Angio Resonancias incluyen ambas fases, arterial y venosa cuando corresponda y en el caso de extremidades inferiores, incluye bilateralidad.	199.030	99.510				
04 05 001	RESONANCIA MAGNÉTICA CRÁNEO ENCEFÁLICA U OÍDOS, BILATERAL	215.350	107.670				
04 05 002	RESONANCIA MAGNÉTICA DE HIPOTÁLAMO - HIPÓFISIS	224.230	112.110				
04 05 003	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	201.000	100.500				
04 05 004	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES	216.130	108.060				
04 05 005	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL	215.350	107.670				
04 05 006	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA DORSAL	223.960	111.980				
04 05 007	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR	215.350	107.670				
04 05 017	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE ENCÉFALO	230.760	115.380				
04 05 018	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE CUELLO	237.300	118.650				
04 05 019	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE TÓRAX	233.510	116.750				
04 05 020	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE ABDOMEN	218.070	109.030				
04 05 021	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE PELVIS	224.230	112.110				
04 05 022	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDAD SUPERIOR UNILATERAL	221.610	110.800				
04 05 023	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDAD INFERIOR BILATERAL	215.350	107.670				
04 05 009	RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX (CORAZÓN, ESTERNÓN, CLAVÍCULAS, ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR, ESCÁPULA, COSTILLAS O ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR). TODA LA PARED TORÁCICA O CADA SEGMENTO O ARTICULACIÓN. BILATERAL	230.760	115.380				
04 05 010	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	215.350	107.670				
04 05 011	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS. INCLUYE: OSTEOARTICULAR DE SACROILIACAS U OSTEOARTICULAR DE SACROCOXIS U OSTEOARTICULAR DE HUESOS PÉLVICOS U ÓRGANOS PELVIANOS (INCLUYE GENITALES INTERNOS Y GASTROINTESTINAL)	215.350	107.670				
04 05 012	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS	322.990	161.490				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 05 098	COLANGIORESONANCIA	144.250	72.120				
04 05 013	RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA	176.560	88.280				
04 05 024	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MANO O MUÑECA	189.210	94.600				
04 05 025	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ANTEBRAZO O BRAZO	180.930	90.460				
04 05 026	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CODO	183.850	91.920				
04 05 027	RESONANCIA MAGNÉTICA DE HOMBRO	176.560	88.280				
04 05 028	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PIE, ANTEPIE O TOBILLO	176.560	88.280				
04 05 029	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PIERNA	181.710	90.850				
04 05 030	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MUSLO O CADERA. UNILATERAL	183.850	91.920				
04 05 031	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA (BILATERAL)	176.560	88.280				
04 05 032	RESONANCIA MAGNÉTICA FETAL	211.900	105.950				
04 05 016	RESONANCIA COLUMNA TOTAL (CERVICAL, DORSAL, LUMBAR)	381.050	190.520				
	GRUPO : 05						
	MEDICINA NUCLEAR						
	A.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS						
	(Incluye valor del radiofármaco o radioisótopos y procedimiento correspondiente, salvo que se especifique)						
	1.- ESTUDIOS ENDOCRINOLÓGICOS						
05 01 100	CAPTACIÓN I-131 A LAS 2 Y/O 24 HORAS	25.400	12.700	33.020	20.320	40.640	27.940
05 01 101	CINTIGRAFÍA TIROIDEA, CUALQUIER RADIOISÓTOPO	25.400	12.700	33.020	20.320	40.640	27.940
05 01 102	CINTIGRAFÍA GLÁNDULAS PARATIROIDES (NO INCLUYE MIBI)	38.120	19.060	49.560	30.500	60.990	41.930
	2.- ESTUDIOS OSTEOARTICULARES						
05 01 104	CINTIGRAFÍA ÓSEA TRIFÁSICA (INCLUYE MEDICIONES FASE PRECOZ Y TARDÍA)	101.650	50.820	132.150	81.320	162.640	111.810
05 01 136	CINTIGRAFÍA ÓSEA COMPLETA PLANAR	68.600	34.300	89.180	54.880	109.760	75.460

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
05 01 137	CINTIGRAFÍA DE MÉDULA ÓSEA	64.780	32.390	84.210	51.820	103.650	71.260
	3.- ESTUDIOS CARDIOVASCULARES						
05 01 105	SPECT DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA ESTRÉS Y REPOSO (NO INCLUYE HONORARIOS MÉDICO CARDIÓLOGO)	184.730	92.360	240.150	147.780	295.570	203.200
05 01 106	VENTRICULOGRAFÍA CARDIACA ISOTÓPICA DE EQUILIBRIO CON GLÓBULOS ROJOS	58.600	29.300	76.180	46.880	93.760	64.460
05 01 107	POOL SANGUÍNEO, ARTERIOGRAFÍA ISOTÓPICA C/U	26.440	13.220	34.370	21.150	42.300	29.080
05 01 108	LINOCINTIGRAFÍA ISOTÓPICA (NO INCLUYE PROCEDIMIENTO)	79.340	39.670	103.140	63.470	126.940	87.270
05 01 109	POOL SANGUÍNEO SPECT	73.040	36.520	94.950	58.430	116.860	80.340
	4.- ESTUDIOS DIGESTIVOS						
05 01 111	ESTUDIO MOTILIDAD ESOFÁGICA Y/O REFLUJO GASTROESOFÁGICO	57.170	28.580	74.320	45.730	91.470	62.880
05 01 112	VACIAMIENTO GÁSTRICO LÍQUIDO O SÓLIDO	114.900	57.450	149.370	91.920	183.840	126.390
05 01 113	CINTIGRAFÍA VESÍCULA Y VÍA BILIAR	126.050	63.020	163.870	100.840	201.680	138.650
05 01 114	DETECCIÓN DE SITIO DE SANGRAMIENTO DIGESTIVO CON GLÓBULOS ROJOS MARCADOS	132.300	66.150	171.990	105.840	211.680	145.530
05 01 115	DETECCIÓN DIVERTÍCULO MECKEL	42.660	21.330	55.460	34.130	68.260	46.930
05 01 116	SPECT HEPATOSPLÉNICO, EVALUACIÓN HEMANGIOMA O HIPERPLASIA (INCLUYE MEDICIONES FASE PRECOZ Y TARDÍA)	117.480	58.740	152.720	93.980	187.970	129.230
05 01 138	CINTIGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES	37.510	18.750	48.760	30.000	60.020	41.260
05 01 139	DACRIOCINTIGRAFÍA	36.000	18.000	46.800	28.800	57.600	39.600
	5.- ESTUDIOS NEFROUROLÓGICOS						
05 01 117	CINTIGRAFÍA RENAL CON D.M.S.A.	38.120	19.060	49.560	30.500	60.990	41.930
05 01 118	ESTUDIO DINÁMICO RENAL CON TC 99 - DTPA	56.270	28.130	73.150	45.010	90.030	61.890
05 01 119	ESTUDIO DINÁMICO RENAL CON TC 99 - MAG 3 O EC	99.060	49.530	128.780	79.250	158.500	108.970
05 01 120	CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA INDIRECTA	38.710	19.350	50.320	30.960	61.940	42.580
05 01 121	CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA DIRECTA, A.C. 19-01-022	38.120	19.060	49.560	30.500	60.990	41.930
	6.- ESTUDIOS PULMONARES						

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
05 01 122	CINTIGRAFÍA PULMONAR PERFUSIÓN O VENTILACIÓN O DIFUSIÓN, C/U	38.120	19.060	49.560	30.500	60.990	41.930
05 01 123	CINTIGRAFÍA Y ESTUDIO ASPIRACIÓN PULMONAR	40.720	20.360	52.940	32.580	65.150	44.790
	7.- ESTUDIOS SISTEMA NERVIOSO CENTRAL						
05 01 124	SPECT CEREBRAL DE PERFUSIÓN (NO INCLUYE RADIOFÁRMACO)	80.090	40.040	104.120	64.070	128.140	88.090
05 01 125	ESTUDIO DINÁMICO SISTEMA NERVIOSO (RADIOCISTERNOGRAFIA, FÍSTULA L.C.R, RADIOVENTRICULOGRAFÍA, CONTROL VÁLVULA DERIVATIVA, SUB-DUROGRAFÍA ISOTÓPICA), C/U (NO INCLUYE PROCEDIMIENTO).	77.420	38.710	100.650	61.940	123.870	85.160
	8.- ESTUDIOS DE INFECCIONES						
05 01 126	CINTIGRAFÍA EVALUACIÓN INFECCIONES (LEUCOCITOS, INFECCION, GRANULOCITOS U OTROS) (NO INCLUYE RADIOFÁRMACO NI PROCEDIMIENTO).	79.290	39.640	103.080	63.430	126.860	87.210
05 01 127	CINTIGRAFÍA CON GALIO-67 PLANAR INFECCIÓN (NO INCLUYE RADIOISÓTOPO) (A.C. 0501133, CUANDO CORRESPONDA)	71.940	35.970	93.520	57.550	115.100	79.130
	9.- ESTUDIOS ONCOLÓGICOS						
05 01 128	DETECCIÓN Y/O MARCACIÓN DE GANGLIO CENTINELA, NO INCLUYE, PUNCIÓN NI DETECCIÓN CON GAMMAPROBE	81.660	40.830	106.160	65.330	130.660	89.830
05 01 129	CINTIGRAFÍA CON GALIO-67 PLANAR Y SPECT, PARA ESTUDIO DE TUMORES (NO INCLUYE RADIOISÓTOPO)	185.420	92.710	241.050	148.340	296.670	203.960
05 01 130	EXPLORACIÓN SISTÉMICA CON I-131 (INCLUYE MEDICIONES FASE PRECOZ Y TARDÍA)	114.330	57.160	148.630	91.460	182.930	125.760
05 01 131	ESTUDIO GLÁNDULAS MAMARIAS (MAMOCINTIGRAFIA) (NO INCLUYE MIBI)	47.950	23.970	62.340	38.360	76.720	52.740
05 01 132	ESTUDIO DE TUMORES (ANTICUERPOS MONOCLONALES, OCTREOSCAN, DMSA PENTAVALENTE, PROSTACINT U OTROS) (NO INCLUYE RADIOISÓTOPO)	152.430	76.210	198.160	121.940	243.890	167.670
05 01 133	SPECT - TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN FOTÓN ÚNICO, CUALQUIER ÓRGANO (NO INCLUYE RADIOISÓTOPO)	64.020	32.010	83.230	51.220	102.430	70.420
	10.- DENSITOMETRÍA OSEA						
05 01 134	DENSITOMETRÍA ÓSEA A FOTÓN DOBLE, COLUMNA Y CADERA (UNILATERAL O BILATERAL) O CUERPO ENTERO	38.120	19.060	49.560	30.500	60.990	41.930
	11.- EXAMEN Y ESTUDIO PET-CT (Incluye contraste y radiofarmaco)						
05 01 135	PET-CT	805.040	402.520				
	B.- PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS.						
	RADIOISOTOPOS (no incluye procedimiento médico)						
05 02 001	DOSIS TERAPÉUTICAS CON I-131 HASTA 30 MCI.	88.860	44.430	115.520	71.090	142.180	97.750

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
05 02 002	DOSIS TERAPÉUTICAS CON I-131 ENTRE 31 A 100 MCI.	171.490	85.740	222.940	137.190	274.380	188.630
05 02 003	DOSIS TERAPÉUTICAS CON I-131 ENTRE 101 A 200 MCI.	309.700	154.850	402.610	247.760	495.520	340.670
05 02 004	DOSIS TERAPÉUTICAS CON I-131 ENTRE 201 A 300 MCI.	426.560	213.280	554.530	341.250	682.500	469.220
05 02 005	TERAPIA PALIATIVA DEL DOLOR CON RADIOISÓTOPOS (NO INCLUYE RADIOFÁRMACO)	40.330	20.160	52.430	32.260	64.530	44.360
	GRUPO : 06						
	KINESIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL						
	A. KINESIOLOGÍA						
06 01 101	EVALUACIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	2.300	1.150	2.990	1.840	3.680	2.530
06 01 105	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL AMBULATORIA	7.120	3.560	9.260	5.700	11.390	7.830
06 01 106	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL DOMICILIARIA	8.950	4.470	11.640	7.160	14.320	9.840
06 01 103	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	7.810	3.900	10.150	6.240	12.500	8.590
06 01 104	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL UPC (INTENSIVO E INTERMEDIO)	14.740	7.370	19.160	11.790	23.580	16.210
	* Todas estas prestaciones pueden ser ejecutadas y cobradas por kinesiólogos, por prescripción escrita de un médico cirujano.						
	B. TERAPIA OCUPACIONAL						
06 02 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE TERAPIA OCUPACIONAL	6.300	3.150	8.190	5.040	10.080	6.930
06 02 002	INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN AYUDAS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍA ASISTIDA	5.780	2.890	7.510	4.620	9.250	6.360
06 02 003	INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, BÁSICAS, INSTRUMENTALES Y AVANZADAS	2.940	1.470	3.820	2.350	4.700	3.230
	C. TELEREHABILITACION KINESIOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL						
06 08 101	TELEREHABILITACIÓN: EVALUACIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	1.970	980	2.560	1.570	3.150	2.160
06 08 102	TELEREHABILITACIÓN: ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	6.060	3.030	7.880	4.850	9.700	6.670
06 08 201	TELEREHABILITACIÓN: ATENCIÓN INTEGRAL DE TERAPIA OCUPACIONAL	5.340	2.670	6.940	4.270	8.540	5.870
06 08 202	TELEREHABILITACIÓN: INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN AYUDAS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍA ASISTIDA	4.940	2.470	6.420	3.950	7.900	5.430
06 08 203	TELEREHABILITACIÓN: INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, BÁSICAS, INSTRUMENTALES Y AVANZADAS	2.490	1.240	3.240	1.990	3.980	2.730

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
GRUPO : 07							
MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE TEJIDOS							
I. MEDICINA TRANSFUSIONAL							
Transfusión de componentes sanguíneos. Cobro de acto transfusional por unidad o subunidad de glóbulos rojos o unidad / subunidad o pool de: plasma, plaquetas o crioprecipitados. Incluye el tratamiento de las complicaciones médicas inmediatas. No incluye preparación de componente sanguíneo ni estudios previos, salvo que el procedimiento transfusional así lo explicita.							
Preparación de componentes sanguíneos							
07 02 101	PRODUCCIÓN DE GLÓBULO ROJO	31.060	15.530				
07 02 102	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	7.330	3.660				
07 02 103	PRODUCCIÓN DE PLASMA O CRIOPRECIPITADO	6.650	3.320				
07 02 104	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	386.000	193.000				
07 02 105	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	358.740	179.370				
07 02 106	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	440.500	220.250				
07 02 107	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLASMA POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	358.740	179.370				
07 02 108	PRODUCCIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICA POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA A PARTIR DE SANGRE PERIFÉRICA	797.140	398.570				
07 02 109	IRRADIACIÓN DE COMPONENTE SANGUÍNEO POR UNIDAD	4.640	2.320				
07 02 110	FILTRACIÓN DE GLÓBULOS ROJOS O PLAQUETAS (INCLUYE FILTRO RECIÉN NACIDO Y POOL DE PLAQUETAS)	43.830	21.910				
Estudios Previos a Transfusión por tipo de componente sanguíneo							
07 02 201	CALIFICACIÓN MICROBIOLÓGICA POR DONANTE ESTUDIADO, COMPONENTE SANGUÍNEO PRODUCIDO O PRODUCTO DE AFÉRESIS AUTOMÁTICA	32.980	16.490				
07 02 202	CALIFICACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICA POR DONANTE ESTUDIADO , COMPONENTE SANGUÍNEO PRODUCIDO O PRODUCTO DE AFÉRESIS AUTOMÁTICA	15.970	7.980				
07 02 203	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTUDIADA (PROC. AUT.)	3.640	1.820				
07 02 204	FENOTIPIFICACIÓN OTROS ANTÍGENOS DE GRUPOS SANGUÍNEOS POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS PRODUCIDO	15.420	7.710				
07 02 205	TITULACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	33.290	16.640				
07 02 206	GENOTIPIFICACIÓN D VARIANTE (INCLUYE D PARCIAL Y DÉBIL)	99.350	49.670				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
07 02 207	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	4.090	2.040				
07 02 208	GRUPOS MENORES. TIPIFICACIÓN O DETECCIÓN DE OTROS ANTÍGENOS DE SISTEMAS SANGUÍNEOS (KELL, DUFFY, KIDD Y OTROS) C/U.	4.370	2.180				
07 02 209	SUBGRUPO ABO	4.500	2.250				
	Procedimientos transfusionales						
07 02 301	TRANSFUSIÓN EN ADULTO POR UNIDAD O SUBUNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O UNIDAD / SUBUNIDAD O POOL DE: PLASMA, PLAQUETAS O CRIOPRECIPITADOS (ATENCIÓN AMBULATORIA, ATENCIÓN CERRADA SIEMPRE QUE LA ADMINISTRACIÓN SEA CONTROLADA POR PROFESIONAL ESPECIALISTA, TECNÓLOGO MÉDICO O MÉDICO RESPONSABLE)	12.950	6.470				
07 02 302	TRANSFUSIÓN EN NIÑO POR UNIDAD O SUBUNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS, O UNIDAD/SUBUNIDAD O POOL DE: PLASMA, PLAQUETAS O CRIOPRECIPITADOS (ATENCIÓN AMBULATORIA, ATENCIÓN CERRADA SIEMPRE QUE LA ADMINISTRACIÓN SEA CONTROLADA POR PROFESIONAL ESPECIALISTA, TECNÓLOGO MÉDICO O MÉDICO RESPONSABLE)	15.600	7.800				
07 02 303	TRANSFUSIÓN POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS, O UNIDAD O POOL DE: PLASMA, PLAQUETAS O CRIOPRECIPITADOS, EN ADULTO O NIÑO EN PABELLÓN (CON ASISTENCIA PERMANENTE DEL MÉDICO O TECNÓLOGO MÉDICO RESPONSABLE)(NO CORRESPONDE SU COBRO CUANDO SEA CONTROLADA POR MÉDICO ANESTESISTA, POR ESTAR INCLUIDA EN EL VALOR DE SUS HONORARIOS)	18.700	9.350				
07 02 304	SANGRÍA (CONSIDERA EL COBRO DE UNA PRESTACIÓN POR CADA UNIDAD DE SANGRE EXTRAÍDA)	10.180	5.090				
07 02 305	RECAMBIO PLASMÁTICO POR AFÉRESIS TERAPÉUTICA	369.120	184.560				
07 02 306	DEPLECIÓN LEUCOCITARIA POR AFÉRESIS TERAPÉUTICA	369.120	184.560				
07 02 307	DEPLECIÓN PLAQUETARIA POR AFÉRESIS TERAPÉUTICA	369.120	184.560				
07 02 308	ERITROFÉRESIS POR AFÉRESIS TERAPÉUTICA	369.120	184.560				
07 02 309	FOTOFÉRESIS TERAPÉUTICA	1.512.980	756.490				
	II.- BANCO DE TEJIDOS						
	PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS						
07 03 001	BÚSQUEDA E IDENTIFICACIÓN DE DONANTE NO EMPARENTADO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS EN REGISTROS DE DONANTES Y BANCOS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL	1.540.170	770.080				
07 03 002	EXÁMENES CONFIRMATORIOS DE IDONEIDAD DE DONANTE NO EMPARENTADO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS INCLUYENDO SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL	1.019.850	509.920				
07 03 003	PROCURAMIENTO DE INJERTO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS DE MEDULA OSEA O SANGRE PERIFÉRICA (BANCO INTERNACIONAL)	33.438.980	16.719.490				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
07 03 004	PROCURAMIENTO DE INJERTO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE DE CORDON UMBILICAL (BANCO INTERNACIONAL)	40.839.110	20.419.550				
07 03 005	PROCURAMIENTO DE INJERTO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS DE MEDULA OSEA O SANGRE PERIFERICA (BANCO NACIONAL)	30.781.320	15.390.660				
07 03 006	ADQUISICIÓN DE INJERTO SANGRE DE CORDÓN (BANCO NACIONAL)	32.193.250	16.096.620				
	OTROS TEJIDOS (incluye procuramiento y procesamiento)						
07 04 017	PARCHE DE 5X5 CM (25 CM2 C/U) PIEL DE DONANTE	91.650	45.820				
07 04 018	PARCHE DE 5X10 CM (50 CM2 C/U) PIEL DE DONANTE	187.260	93.630				
07 04 019	PARCHE DE 10X10 CM (100 CM2 C/U) PIEL DE DONANTE	309.610	154.800				
07 04 020	PARCHE DE 10X10 CM (100 CM2 C/U) AMNIOS	133.820	66.910				
07 04 021	PARCHE DE 5X10 CM (50 CM2 C/U) AMNIOS	71.370	35.680				
07 04 022	PARCHE DE 5X5 CM (25 CM2 C/U) AMNIOS	35.690	17.840				
07 04 023	PARCHE DE 2X2 CM (4 CM2 C/U) AMNIOS	5.950	2.970				
07 04 024	CUBO DE TEJIDO ÓSEO (LIOFILIZADO/CONGELADO), C/U	40.990	20.490				
07 04 025	RODAJA DE TEJIDO ÓSEO (LIOFILIZADO/CONGELADO), C/U	235.930	117.960				
07 04 026	TABLILLA DE TEJIDO ÓSEO (LIOFILIZADO/CONGELADO), C/U	69.950	34.970				
07 04 028	MICROFRAGMENTADO O GRANULADO (1 GR) DE TEJIDO ÓSEO (LIOFILIZADO)	297.640	148.820				
07 04 029	FRAGMENTO DE HUESO LARGO (O DE SOPORTE), C/U	667.100	333.550				
07 04 030	VÁLVULAS CARDIACAS, CADA VÁLVULA	805.550	402.770				
07 04 031	HOMOINJERTOS SEGMENTOS VASCULARES, POR SEGMENTO	119.350	59.670				
07 04 032	CÓRNEA DE DONANTE	745.620	372.810				
	GRUPO : 08						
	ANATOMIA PATOLOGICA						
08 01 001	CITODIAGNÓSTICO CORRIENTE, EXFOLIATIVA (PAPANICOLAU) (POR CADA PLACA)	7.110	3.550	9.240	5.680	11.380	7.820
08 01 002	CITOLOGÍA NO GINECOLÓGICA (POR CADA PLACA O FRASCO) (MÁXIMO 6)	10.360	5.180	13.470	8.290	16.580	11.400

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
08 01 003	** ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CON MICROSCOPIA ELECTRÓNICA (POR CADA GRILLA)	41.710	20.850	54.220	33.360	66.740	45.880
08 01 004	** ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CON TÉCNICAS DE INMUNOHISTOQUÍMICA O INMUNOFUORESCENCIA (POR CADA ANTICUERPO INVESTIGADO)	30.800	15.400	40.040	24.640	49.280	33.880
08 01 005	** ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CON TÉCNICAS HISTOQUÍMICAS, NIVELES, DECALCIFICACIÓN (POR CADA LÁMINA)	22.510	11.250	29.260	18.000	36.020	24.760
08 01 006	CONSULTA INTRAOPERATORIA (POR CADA MUESTRA / TEJIDO O ASISTENCIA A PABELLÓN) (NO INCLUYE BIOPSIA DIFERIDA)	29.910	14.950	38.880	23.920	47.860	32.900
08 01 007	ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CON TINCIÓN CORRIENTE DE BIOPSIA DIFERIDA CON ESTUDIO SERIADO (MÍNIMO 10 MUESTRAS) DE UN ÓRGANO O PARTE DE ÉL (NO INCLUYE ESTUDIO CON TÉCNICA HABITUAL DE OTROS ÓRGANOS INCLUIDOS EN LA MUESTRA)	29.910	14.950	38.880	23.920	47.860	32.900
08 01 008	ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE BIOPSIA DIFERIDA (POR CADA MUESTRA Y/O TEJIDO) (INCLUYE HASTA 3 LÁMINAS)	15.500	7.750	20.150	12.400	24.800	17.050
08 01 009	NECROPSIA DE ADULTO O NIÑO, CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CORRIENTE.	78.820	39.410	102.470	63.060	126.110	86.700
08 01 010	NECROPSIA DE FETO O RECIÉN NACIDO, CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CORRIENTE.	67.470	33.730	87.710	53.970	107.950	74.210
08 01 011	PCR TIEMPO REAL PARA MARCADORES TUMORALES EN CORTES HISTOLÓGICOS (INCLUYE MICRODISECCIÓN Y EXTRACCIÓN DE ADN)	489.380	244.690				
08 01 012	TÉCNICA INMUNOHISTOQUÍMICA PARA MARCADORES TUMORALES (ALK-PDL1-ROS1) C/U	170.140	85.070				
08 01 013	HIBRIDACIÓN IN SITU EN CORTE DE TEJIDO EN PARAFINA, BÚSQUEDA DE ALTERACIONES.	300.990	150.490				
	** Estos exámenes pueden ser solicitados por el anatomopatólogo.						
	GRUPO : 09						
	PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA CLINICA						
	I.- PSIQUIATRIA						
09 01 001	CONTROL PACIENTE PSIQUIÁTRICO CRÓNICO;MÁX.2 CONTROLES AL MES	29.180	14.590	37.930	23.340	46.690	32.100
09 01 002	DESINTOXICACIÓN O DESHABITUACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS (INCLUYE TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN, DEL SÍNDROME DE PRIVACIÓN Y DE LAS COMPLICACIONES MÉDICAS); POR DÍA (MÁXIMO 15)	29.180	14.590	37.930	23.340	46.690	32.100
09 01 003	SESIÓN DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE (HASTA 6 SESIONES POR CICLO O SESIONES DE MANTENCIÓN) C/ SESIÓN	29.180	14.590	37.930	23.340	46.690	32.100
09 01 005	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA O PSICOTERAPIA DE FAMILIA, INDIVIDUAL, DE RELAJACIÓN O DE MANEJO (CON FAMILIA U OTROS);(CADA SESIÓN MÍNIMO 45')	29.180	14.590	37.930	23.340	46.690	32.100
09 01 010	PSICOTERAPIA DE PAREJA (POR CADA MIEMBRO DE LA PAREJA)	14.590	7.290	18.970	11.670	23.340	16.040

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
	II.- PSICOLOGIA CLINICA						
	A.- ATENCION PSICOLOGO						
09 02 001	CONSULTA PSICÓLOGO CLÍNICO (SESIONES 45')	13.110	6.550	17.040	10.480	20.980	14.420
09 02 002	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	13.110	6.550	17.040	10.480	20.980	14.420
09 02 003	SESIÓN DE PSICOTERAPIA DE PAREJA (CON AMBOS MIEMBROS)	13.110	6.550	17.040	10.480	20.980	14.420
	B.- TELEREHABILITACION PSICOLOGIA CLINICA						
09 08 101	TELEREHABILITACIÓN: PSICÓLOGO CLÍNICO (SESIONES 45')	11.140	5.570	14.480	8.910	17.820	12.250
09 08 102	TELEREHABILITACIÓN: PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	11.140	5.570	14.480	8.910	17.820	12.250
09 08 103	TELEREHABILITACIÓN: SESIÓN DE PSICOTERAPIA DE PAREJA (CON AMBOS MIEMBROS)	11.140	5.570	14.480	8.910	17.820	12.250
	GRUPO : 10						
	ENDOCRINOLOGIA.						
	PRUEBAS FUNCIONALES.						
	Incluyen la vigilancia de la administración de los medicamentos propios de cada prueba, la toma de muestras, el control clínico del paciente y el tratamiento de las complicaciones médicas de cada prueba (no incluyen fármacos ni los exámenes que correspondan)						
10 01 005	DE ESTIMULACIÓN O FRENACIÓN CON ACTH, CLOMIFENO, GLUCOSA, GNRH, GONADOTROFINAS, L-DOPA, METOCLOPRAMIDA, METOPIRONA, TRH, THS, O SIMILARES, C/U.	3.750	1.870	4.880	3.000	6.000	4.120
10 01 007	DE HIPOGLICEMIA CON INSULINA O TOLBUTAMIDA O SIMILAR.	5.540	2.770	7.200	4.430	8.860	6.090
10 01 009	DE PRIVACIÓN ACUOSA, CON O SIN ADH	6.960	3.480	9.050	5.570	11.140	7.660
10 01 012	TEST DE SOBRECARGA O INFUSIÓN SALINA INTRAVENOSA (TEST CONFIRMATORIO HIPERALDOSTERONISMO)	2.570	1.280	3.340	2.050	4.110	2.820
10 01 013	PRUEBA DE ESTIMULACIÓN CON GLUCAGÓN (2 MUESTRAS)	7.570	3.780				

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		GRUPO : 11									
		NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA									
		I.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS EN NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA.									
		Punciones c/s toma de muestras c/s inyección medicamentosa:									
11 01 001	1	RELLENADO DE BOMBAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN LCR	1			13.880	6.940	18.040	11.100	22.210	15.270
11 01 002	4	PUNCIÓN SUBDURAL	1			13.130	6.560	17.070	10.500	21.010	14.440
11 01 003	4	PUNCIÓN LUMBAR C/S MANOMETRÍA C/S QUECKENSTED	1			9.450	4.720	12.290	7.560	15.120	10.390
11 01 140		ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE, TRATAMIENTO MÉDICO FARMACOLÓGICO ANUAL (INCLUYE INMUNOMODULADORES)				12.631.360	6.315.680				
11 01 141		ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE, TRATAMIENTO REHABILITACIÓN				306.410	153.200				
11 01 142		ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE, TRATAMIENTO BROTE				1.397.220	698.610				
		ELECTRODIAGNOSTICOS:									
11 01 004		E.E.G. DE 16 O MÁS CANALES (INCLUYE EL CÓD. 11-01-006)				26.380	13.190	34.290	21.100	42.210	29.020
11 01 005		ELECTROCORTICOGRAFÍA				35.140	17.570	45.680	28.110	56.220	38.650
11 01 006		ELECTROENCEFALOGRAMA (E.E.G.) STANDARD Y/O ACTIVADO 'SIN PRIVACIÓN DE SUEÑO' (INCLUYE MONO Y BIPOLARES, HIPERVENTILACIÓN, C/S REACTIVIDAD AUDITIVA, VISUAL, LUMÍNICA, POR DROGAS U OTRAS). EQUIPO DE 8 CANALES				22.880	11.440	29.740	18.300	36.610	25.170
11 01 007		ESTÉREO-ELECTROENCEFALOGRAFÍA (INCLUYE UNO O MAS ELECTRODOS ADICIONALES)				40.200	20.100	52.260	32.160	64.320	44.220
11 01 008		MONITOREO EEG INVASIVO CON ELECTRODOS SUBDURALES				17.380	8.690	22.590	13.900	27.810	19.120
11 01 040		E.E.G. EN VIGILIA, SUEÑO Y POST-PRIVACIÓN DE SUEÑO (INCLUYE CÓDIGO 11-01-006). EQUIPO DE 8 CANALES				36.910	18.450	47.980	29.520	59.060	40.600
11 01 041		EEG EN VIGILIA, SUEÑO Y POST-PRIVACIÓN DE SUEÑO (INCLUYE CÓDIGO 11-01-004) EQUIPO DE 16 O MAS CANALES				38.600	19.300	50.180	30.880	61.760	42.460
11 01 042		EEG DIGITAL 20 CANALES (CON ACTIVACIONES HV Y FE) ESTÁNDAR O POST PRIVACIÓN DE SUEÑO DE 20 A 30 MINUTOS DURACIÓN				31.140	15.570	40.480	24.910	49.820	34.250
11 01 043		EEG DIGITAL 32 CANALES (CON ACTIVACIONES HV Y FE) ESTÁNDAR O POST PRIVACIÓN DE SUEÑO DE 20 A 30 MINUTOS DURACIÓN				40.290	20.140	52.380	32.230	64.460	44.310
11 01 046		ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL DE 32 CANALES CON MAPEO (MAPPING), ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FRECUENCIAS Y DE EVENTOS POR ÁREAS (INCLUYE ESTÍMULOS COGNITIVOS)				43.950	21.970	57.140	35.160	70.320	48.340

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 01 044		MONITOREO E.E.G. CONTINUO DE 24 HRS.				65.000	32.500	84.500	52.000	104.000	71.500
11 01 050		POLISOMNOGRAFÍA BASAL HOSPITALIZADO				89.170	44.580	115.920	71.330	142.670	98.080
11 01 051		POLISOMNOGRAFÍA NOCHE DIVIDIDA				96.030	48.010	124.840	76.820	153.650	105.630
11 01 052		POLISOMNOGRAFÍA BASAL AMBULATORIA O DOMICILIARIA				89.320	44.660	116.120	71.460	142.910	98.250
11 01 053		POLISOMNOGRAFÍA CON TITULACIÓN DE CPAP Y/O VMNI NOCHE COMPLETA				102.770	51.380	133.600	82.210	164.430	113.040
		ELECTROMIOGRAFIAS									
11 01 009		ELECTROMIOGRAFÍA DE FIBRA ÚNICA				26.850	13.420	34.910	21.480	42.960	29.530
11 01 010		ELECTROMIOGRAFÍAS CUALQUIER REGIÓN, POR EJ.: MÚSCULOS FACIALES, FARINGE, PARAVERTEBRALES, VEJIGA Y PERINÉ, TEST DE MIASTENIA (INCLUYE EL ESTUDIO CLÍNICO Y MUESTREO SUFICIENTES PARA DIAGNOSTICAR NATURALEZA DEL TRASTORNO Y ESTADO EVOLUTIVO), C/U				16.200	8.100	21.060	12.960	25.920	17.820
11 01 011		POTENCIALES EVOCADOS EN CORTEZA (POR EJ.: AUDITIVO, OCULAR O CORPORALES), C/U				21.210	10.600	27.570	16.960	33.940	23.330
11 01 012		VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA (INCLUYE REFLEJO H, ONDA F Y OTROS)				13.240	6.620	17.210	10.590	21.180	14.560
		PROCEDIMIENTOS PARA EXAMENES RADIOLOGICOS									
		(Si un mismo médico realiza ambos procedimientos, cobrará ambos códigos).									
		ANGIOGRAFIAS									
11 01 013		CARÓTIDA-VERTEBRAL POR CATETERIZACIÓN DE LA SUBCLAVIA, AXILAR, HUMERAL O FEMORAL. (A.C. 04-02-029)	1			34.900	17.450	45.370	27.920	55.840	38.390
		VENTRICULO-ENCEFALOGRAFIAS (no incluyen la trepanación):									
		MIELOGRAFIAS									
11 01 025	4	POR PUNCIÓN LUMBAR, CON MEDIO DE CONTRASTE GASEOSO O HIDROSOLUBLE (A.C. 04-02-050)	1			16.720	8.360	21.740	13.380	26.750	18.390
		INFILTRACIONES (BLOQUEOS) DE NERVIOS Y/O RAICES NERVIOSAS									
11 01 026	3	BLOQUEO NERVIOS PERIFÉRICO EN PUNTO MOTOR	1			13.870	6.930	18.030	11.090	22.190	15.250
11 01 027	3	BLOQUEO NERVIOS TRONCULAR	1			18.440	9.220	23.970	14.750	29.500	20.280
11 01 028		INFILTRACIÓN O BLOQUEO DE RAMAS DEL TRIGÉMINO O DEL FACIAL	1			9.750	4.870	12.680	7.800	15.600	10.720
11 01 029		INFILTRACIÓN O BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO	1			10.000	5.000	13.000	8.000	16.000	11.000

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 01 030		INFILTRACIÓN O BLOQUEO EPIDURAL, CERVICAL, LUMBAR O SIMILARES, CADA SESIÓN	1			15.070	7.530	19.590	12.050	24.110	16.570
11 01 031	3	INFILTRACIÓN O BLOQUEO INTERCOSTALES (CUALQUIER NÚMERO)	1			13.870	6.930	18.030	11.090	22.190	15.250
11 01 032		RIZOTOMÍA QUÍMICA POR MEDIO DE INYECCIÓN INTRATECAL.	1			27.690	13.840	36.000	22.150	44.300	30.450
11 01 033	3	INFILTRACIÓN O BLOQUEO SUBOCCIPITAL U OTROS NERVIOS CERVICALES	1			10.000	5.000	13.000	8.000	16.000	11.000
		ALCOHOLIZACION O FENOLIZACION DE NERVIOS PERIFERICOS (cualquier número):									
11 01 034	3	ALCOHOLIZACIÓN O FENOLIZACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS: INTRAMUSCULAR	1			13.450	6.720	17.490	10.760	21.520	14.790
11 01 035	3	ALCOHOLIZACIÓN O FENOLIZACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS: INTRATECAL	1			23.250	11.620	30.230	18.600	37.200	25.570
11 01 036	3	ALCOHOLIZACIÓN O FENOLIZACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS: TRONCULAR	1			18.950	9.470	24.640	15.160	30.320	20.840
		II.- INTERVENCIONES QUIRURGICAS. NEUROCIRUGIA									
		A.- CUERO CABELLUDO									
		(Heridas tumores y quistes benignos, absceso, flegmón del cuero cabelludo, véase tegumentos)									
		LESIONES VASCULARES:									
11 03 001	7	MALFORMACIONES VASCULARES DEL CUERO CABELLUDO INCLUYE ANEURISMA CIRSOIDEO	2	56.110	38.570	148.370	74.180	192.880	118.690	237.390	163.200
11 03 002	7	SINUS PERICRANI, TRAT. QUIR.	2	54.420	37.410	143.910	71.950	187.080	115.120	230.260	158.300
		B.- CRANEO									
11 03 003	9	HUNDIMIENTO SIMPLE, REPARACIÓN DE	2	57.600	39.600	152.300	76.150	197.990	121.840	243.680	167.530
		DEFECTO ÓSEO:									
11 03 004	10	CRANEOPLASTÍA CON AUTOINJERTO	2	59.070	40.610	156.240	78.120	203.110	124.990	249.980	171.860
11 03 005	10	CRANEOPLASTÍA CON PRÓTESIS (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	59.070	40.610	156.240	78.120	203.110	124.990	249.980	171.860
11 03 006	10	TUMORES DE CALOTA, EXTIRP. DE	2	56.110	38.570	148.770	74.380	193.400	119.010	238.030	163.640
11 03 007	9	OSTEOMIELITIS, LIMPIEZA QUIRÚRGICA	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
11 03 008	9	CRANIECTOMÍAS DESCOMPRESIVAS	2	98.460	67.690	206.900	103.450	268.970	165.520	331.040	227.590

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 03 009	9	REPARACIÓN DE FRACTURA CRECEDORA CRANEOESTENOSIS:	2	118.460	81.440	312.240	156.120	405.910	249.790	499.580	343.460
11 03 010	9	CRANEOTOMÍAS LINEALES	2	122.020	83.890	322.060	161.030	418.680	257.650	515.300	354.270
11 03 011	12	CRANIECTOMÍAS C/S REMODELACIÓN ÓSEA CIRUGÍA REPARADORA CRÁNEO-ÓRBITO-FACIAL: - AVANCE FRONTO-ORBITARIO BILATERAL EN CRANEOESTENOSIS COMPLEJAS - REPARACIÓN DE HIPERTELORISMO - REPARACIÓN DE MENINGOENCEFALOCELE FRONTOETMOIDAL - CIRUGÍA REPARADORA EN DISPLASIA FIBROSA FRONTOETMOIDAL O ESFENOIDAL (PARTICIPAN TRES O MÁS EQUIPOS DE ESPECIALISTAS; COMO 1ER. CIRUJANO: NEUROCIRUJANO, DE CABEZA Y CUELLO, DE PLÁSTICA, MÁXILO-FACIAL, OFTALMÓLOGO, OTORRINOLARINGÓLOGO U OTROS).	2	211.170	145.180	553.840	276.920	719.990	443.070	886.140	609.220
11 03 012	14	HONORARIOS DEL 1ER. CIRUJANO RESPONSABLE Y SUS AYUDANTES	2	229.360	157.680	601.640	300.820	782.130	481.310	962.620	661.800
11 03 013		HONORARIOS C/U DE LOS OTROS 1ROS. CIRUJANOS Y AYUDANTES C.- ENCEFALO Y ENVOLTURAS Para cirugía endovascular no individualizada, se aplicarán los códigos y valores de las técnicas convencionales, aumentando en dos dígitos el código adicional.	2			453.190	226.590	589.150	362.550	725.100	498.500
11 03 014	10	HEMATOMA O ABSCESO EXTRADURAL, VACIAMIENTO DE	2	147.790	101.600	358.100	179.050	465.530	286.480	572.960	393.910
11 03 015	11	REPARACIÓN DE FÍSTULA DE LCR	2	96.000	66.000	239.800	119.900	311.740	191.840	383.680	263.780
11 03 016	10	HEMATOMA, EMPIEMA O COLECCIÓN SUBDURAL, VACIAMIENTO DE	2	147.790	101.600	358.100	179.050	465.530	286.480	572.960	393.910
11 03 017	12	QUISTES ARACNOIDALES ENCEFÁLICOS, TRAT. QUIR. (SUPRASSELLARES, TEMPORALES, CEREBELOSOS, ETC.)	2	121.490	83.520	319.760	159.880	415.690	255.810	511.620	351.740
11 03 018	9	VENTRICULOSTOMÍA O INSTALACIÓN DE DERIVATIVA VENTRICULAR EXTERNA O INSTALACIÓN DE CAPTOR PARA MEDICIÓN DE PIC O PUNCIÓN BIOPSIA O RESERVORIO PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 03 019	12	ABSCESO CEREBRAL, TRAT. QUIR.	2	182.660	125.580	482.040	241.020	626.650	385.630	771.260	530.240
11 03 020	9	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO ABIERTO O PENETRANTE (HERIDA A BALA U OTRO ELEMENTO PENETRANTE)	2	122.020	83.890	322.060	161.030	418.680	257.650	515.300	354.270
11 03 021	10	HUNDIMIENTO EXPUESTO, REPAR. DE	2	96.000	66.000	201.700	100.850	262.210	161.360	322.720	221.870
11 03 022	12	LOBECTOMÍAS POR CONTUSIÓN CEREBRAL	2	167.950	115.460	401.680	200.840	522.180	321.340	642.690	441.850
11 03 023	12	HEMATOMA INTRACEREBRAL, VACIAMIENTO DE TUMORES Y/O QUISTES Y/O CAVERNOMA (EXTIRPACIÓN DE)	2	147.790	101.600	384.200	192.100	499.460	307.360	614.720	422.620
11 03 024	12	DE BASE DE CRÁNEO, RESECCIÓN DE TUMORES Y/O QUISTES Y/O CAVERNOMA	3	270.820	186.190	704.020	352.010	915.230	563.220	1.126.430	774.420
11 03 025	12	INTRAORBITARIOS, RESECCIÓN DE TUMORES Y/O QUISTES Y/O CAVERNOMA	3	264.030	181.520	686.320	343.160	892.220	549.060	1.098.110	754.950
11 03 026	12	ENCEFÁLICOS Y DE HIPÓFISIS, RESECCIÓN DE TUMORES Y/O QUISTES Y/O CAVERNOMA LESIONES VASCULARES, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:	3	270.820	186.190	704.020	352.010	915.230	563.220	1.126.430	774.420
11 03 027	13	ANEURISMAS, MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS ENCEFÁLICAS U ORBITARIAS, FÍSTULAS DURALES FÍSTULA CARÓTIDO CAVERNOSA:	3	221.550	152.310	650.190	325.090	845.250	520.150	1.040.300	715.200
11 03 028	10	FÍSTULA CARÓTIDO CAVERNOSA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR	2	119.940	82.460	317.790	158.890	413.130	254.230	508.460	349.560
11 03 029	12	FÍSTULA CARÓTIDO CAVERNOSA, TRAT. QUIR. ANASTOMOSIS Y REVASCULARIZACIÓN CEREBRAL:	3	136.100	93.570	397.900	198.950	517.270	318.320	636.640	437.690
11 03 030	10	REVASCULARIZACIÓN INTRACRANEANA INDIRECTA (ENDODUROSINANGIOSIS, MULTITREPANACIÓN, EMÁS, ETC)	2	136.100	93.570	329.870	164.930	428.830	263.890	527.790	362.850
11 03 031	13	ANASTOMOSIS Y REVASCULARIZACIÓN CEREBRAL EXTRA-INTRACRANEANA (CIRUGÍA DE CARÓTIDA: VER CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA) CIRUGÍA DERIVATIVA DE LCR:	2	264.030	181.520	677.880	338.940	881.240	542.300	1.084.610	745.670
11 03 032	11	INSTALACIÓN DE DERIVATIVAS DE LCR (NO INCLUYE VALOR DE LA VÁLVULA)	2	98.460	67.690	245.970	122.980	319.760	196.770	393.550	270.560
11 03 033	7	REVISIÓN O EXTERIORIZACIÓN DE DERIVATIVA	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
11 03 034	10	VENTRICULOCISTERNOSTOMÍA	2	96.000	66.000	244.100	122.050	317.330	195.280	390.560	268.510
11 03 035	12	FENESTRACIÓN, SEPTOSTOMÍA O COAGULACIÓN PLEXOS COROÍDEOS (TRAT. ENDOSCÓPICO) MALFORMACIONES:	2	96.000	66.000	244.100	122.050	317.330	195.280	390.560	268.510

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 03 036	12	CIRUGÍA DESCOMPRESIVA DE FOSA POSTERIOR U OCCIPITO-VERTEBRAL EN MALFORMACIÓN DE CHIARI Y/O SIRINGOMIELIA	3	143.700	98.790	424.320	212.160	551.620	339.460	678.910	466.750
11 03 037	12	MENINGO Y MENINGOENCEFALOCELE OCCIPITAL, REPAR. DE NERVIOS CRANEANOS:	3	144.050	99.030	425.340	212.670	552.940	340.270	680.540	467.870
11 03 038	12	CIRUGÍA DESCOMPRESIVA NEUROVASCULAR	2	187.120	128.640	473.830	236.910	615.980	379.060	758.130	521.210
11 03 039	7	NEUROTOMÍAS	1	81.940	56.330	172.940	86.470	224.820	138.350	276.700	190.230
11 03 040	7	NEUROLISIS O MICROCOMPRESIÓN PERCUTÁNEA CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA:	2	96.000	66.000	244.100	122.050	317.330	195.280	390.560	268.510
11 03 041	12	CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA (CUALQUIER TÉCNICA) ESTEREOTAXIA Y CIRUGÍA FUNCIONAL	3	147.790	101.600	436.310	218.150	567.200	349.040	698.100	479.940
11 03 042	12	BIOPSIA ESTEREOTÁXICA CEREBRAL CON MARCO DE ESTEREOTAXIA O NEURONAVEGADOR	2	197.040	135.460	474.560	237.280	616.930	379.650	759.300	522.020
11 03 043	12	TERMOCOAGULACIÓN DE ZONAS CEREBRALES CON RADIOFRECUENCIA O ULTRASONIDO FOCALIZADO CON TÉCNICA ESTEREOTÁXICA PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON, TEMBLOR ESENCIAL, PSICOCIRUGÍA Y OTROS	2	208.670	143.460	551.980	275.990	717.570	441.580	883.170	607.180
11 03 045	12	IMPLANTACIÓN DE ESTIMULADORES INTRACRANEANOS D.- COLUMNA Y MEDULA (ADEMÁS VER GRUPO 21 COLUMNA)	2	140.080	96.300	372.410	186.200	484.130	297.920	595.860	409.650
11 03 046	11	INSTALACIÓN DE ESTIMULADORES MEDULARES	2	90.740	62.380	230.670	115.330	299.870	184.530	369.070	253.730
11 03 047	12	DISRAFAS ESPINALES; MENINGOCELE, MIELOMENINGOCELE, DIASTEMATOMIELIA, LIPOMA, LIPOMENINGOCELE, MÉDULA ANCLADA, ETC.	2	143.700	98.790	424.320	212.160	551.620	339.460	678.910	466.750
11 03 048	7	INFILTRACIÓN FACETARIA COLUMNA Y RADICULAR	1	88.940	61.140	187.760	93.880	244.090	150.210	300.420	206.540
11 03 049	11	HERNIA NÚCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS, FIBROSIS PERIRRADICULAR CERVICAL, DORSAL O LUMBAR, TRAT. QUIR.	2	185.950	127.840	490.260	245.130	637.340	392.210	784.420	539.290
11 03 050	11	LAMINECTOMÍA DESCOMPRESIVA	2	172.260	118.430	412.040	206.020	535.650	329.630	659.260	453.240
11 03 069	11	FIJACIÓN DE COLUMNA (CERVICAL-DORSAL-LUMBAR) CUALQUIER VÍA ABORDAJE, C/S OSTEOSÍNTESIS.	2	156.380	107.510	407.930	203.960	530.310	326.340	652.690	448.720
11 03 051	9	HERIDAS RAQUIMEDULARES, TRAT. QUIR.	2	119.700	82.290	316.330	158.160	411.230	253.060	506.130	347.960
11 03 052	10	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR ESPINAL EXTRADURAL	2	144.050	99.030	349.090	174.540	453.820	279.270	558.540	383.990

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 03 053	12	EXTIRPACIÓN DE TUMOR O QUISTE MEDULAR O INTRARRAQUÍDEO	2	167.950	115.460	425.330	212.660	552.930	340.260	680.530	467.860
11 03 054	12	MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA O FÍSTULA DURAL MEDULAR, TRAT. QUIR.	2	183.940	126.460	485.240	242.620	630.810	388.190	776.380	533.760
11 03 055	7	CORDOTOMÍA PERCUTÁNEA	1	113.330	77.910	230.670	115.330	299.870	184.530	369.070	253.730
11 03 056	9	MIELOTOMÍA, DREZTOMÍA	2	158.700	109.100	379.560	189.780	493.430	303.650	607.300	417.520
11 03 057	9	RIZOTOMÍA (CUALQUIER TÉCNICA)	1	138.190	95.000	292.080	146.040	379.700	233.660	467.330	321.290
		E.- NERVIOS PERIFERICOS Y PLEXOS									
11 03 058	7	TUMOR DE NERVIIO PERIFÉRICO, EXTIRP. DE	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
11 03 059	10	REPARACIÓN DE PLEXOS C/S NEUROTIZACIÓN CON TÉCNICA MICROQUIRÚRGICA O INJERTOS INTERFASCICULARES	2	197.040	135.460	465.800	232.900	605.540	372.640	745.280	512.380
11 03 060	10	SECCIÓN DE NERVIIO, REPARACIÓN CON INJERTO	2	95.780	65.850	235.030	117.510	305.540	188.020	376.050	258.530
11 03 061	8	SECCIÓN DE NERVIIO, REPARACIÓN SIN INJERTO	2	79.940	54.960	208.480	104.240	271.020	166.780	333.570	229.330
11 03 068	7	NEURECTOMÍA, CUALQUIER LOCALIZACIÓN, CADA ZONA QUIRÚRGICA	2	54.130	37.210	137.660	68.830	178.960	110.130	220.260	151.430
11 03 062	10	NEUROLISIS CON TÉCNICA MICROQUIRÚRGICA	2	90.740	62.380	222.630	111.310	289.420	178.100	356.210	244.890
11 03 063	6	NEUROLISIS EXTERNA	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
11 03 064	8	SÍNDROME DEL ESCALENO, TRAT. QUIR.	2	71.780	49.350	188.960	94.480	245.650	151.170	302.340	207.860
11 03 065	8	SÍNDROME DE COSTILLA CERVICAL, TRAT. QUIR.	2	128.590	88.400	338.940	169.470	440.620	271.150	542.300	372.830
11 03 066	7	LIBERACIÓN QUIRÚRGICA DE NERVIIO PERIFÉRICO EXTRACRANEANO (TRAT. QUIR. DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, TARSO U OTRO)	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
11 03 067	7	LIBERACIÓN DE NERVIIO CUBITAL A NIVEL DEL CODO, CUALQUIER TÉCNICA	2	73.810	50.740	187.820	93.910	244.170	150.260	300.510	206.600
11 03 083	4	LIBERACIÓN QUIRÚRGICA DE NERVIIO PERIFÉRICO EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO TÉC. WALANT (ANESTESIA LOCAL SIN TORNIQUETE)	2			156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
		GRUPO : 12									
		OFTALMOLOGIA									
		I.- PROCEDIMIENTOS									
		A.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS									
12 01 001		& CAMPIMETRÍA DE PROYECCIÓN, UNILATERAL (PROC.AUT.)				7.560	3.780	9.830	6.050	12.100	8.320

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 01 042		& CAMPIMETRÍA COMPUTARIZADA, UNILATERAL				17.320	8.660	22.520	13.860	27.710	19.050
12 01 002		& COORDIMETRÍA, TEST DE HESS U OTRO, UNILATERAL				3.860	1.930	5.020	3.090	6.180	4.250
12 01 003		& CUANTIFICACIÓN DE LAGRIMACIÓN (TEST DE SCHIRMER), UNI O BILATERAL				2.340	1.170	3.040	1.870	3.740	2.570
12 01 004		& CURVA DE TENSIÓN APLANÁTICA (POR CADA DÍA), UNILATERAL				5.900	2.950	7.670	4.720	9.440	6.490
12 01 005		& DIPLOSCOPIA CUANTITATIVA, BILATERAL				3.400	1.700	4.420	2.720	5.440	3.740
12 01 006		& ELECTROMIOGRAFÍA MÚSCULOS OCULARES ADULTOS, UNILATERAL				15.910	7.950	20.680	12.720	25.460	17.500
12 01 007		& ELECTROMIOGRAFÍA MÚSCULOS OCULARES NIÑOS, UNILATERAL				14.780	7.390	19.210	11.820	23.650	16.260
12 01 008		& ELECTROOCULOGRAFÍA, BILATERAL				13.140	6.570	17.080	10.510	21.020	14.450
12 01 009		& EXPLORACIÓN SENSORIOMOTORA: ESTRABISMO, ESTUDIO COMPLETO, BILATERAL				13.710	6.850	17.820	10.960	21.940	15.080
12 01 010		& PERIMETRÍA DE GOLDMAN O PERIMETRÍA CINÉTICA, UNILATERAL				11.710	5.850	15.220	9.360	18.740	12.880
12 01 011		& PRUEBAS DE PROVOCACIÓN PARA GLAUCOMA (PRUEBA DE OSCURIDAD U OTRAS), UNI O BILATERAL				7.640	3.820	9.930	6.110	12.220	8.400
12 01 012		& RETINOGRAFÍA, BILATERAL				8.800	4.400	11.440	7.040	14.080	9.680
12 01 014		& TONOMETRÍA APLANÁTICA UNILATERAL				1.960	980	2.550	1.570	3.140	2.160
12 01 015		& TRATAMIENTO ORTÓPTICO Y/ O PLEÓPTICO (POR SESIÓN), BILATERAL				4.350	2.170	5.660	3.480	6.960	4.780
12 01 027		EXAMEN OPTOMÉTRICO C/S PRESCRIPCIÓN DE LENTES				13.200	6.600				
12 01 045		& PAQUIMETRÍA				35.880	17.940				
		IRIS Y RETINA									
12 01 016	2	ANGIOGRAFÍA DE RETINA O DE IRIS, (CON FLUORESCÉINA O SIM.), UNILATERAL	1			15.250	7.620	19.830	12.200	24.400	16.770
12 01 017	2	ANGIOSCOPIA RETINAL Y/O IRIS (CON FLUORESCÉINA O SIMILAR), UNILATERAL (PROC.AUT.)	1			3.840	1.920	4.990	3.070	6.140	4.220
12 01 018	2	& ELECTORRETINOGRAFÍA, UNILATERAL	1			11.850	5.920	15.410	9.480	18.960	13.030
12 01 019	1	EXPLORACIÓN VITREORRETINAL, AMBOS OJOS	1			7.090	3.540	9.220	5.670	11.340	7.790
12 01 020	1	& ECOBIOMETRÍA CON CÁLCULO DE LENTE INTRAOCULAR, BILATERAL	1			24.310	12.150	31.600	19.440	38.900	26.740
12 01 023		& POTENCIAL VISUAL EVOCADO EN ADULTOS, BILATERAL				18.150	9.070	23.600	14.520	29.040	19.960

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 01 024		& POTENCIAL VISUAL EVOCADO EN NIÑOS, BILATERAL				17.960	8.980	23.350	14.370	28.740	19.760
12 01 043		& TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTARIZADA, UNILATERAL				29.490	14.740	38.340	23.590	47.180	32.430
12 01 044		& TOMOGRAFÍA COHERENCIA ÓPTICA, C/ OJO				55.930	27.960				
		& Estos procedimientos pueden ser hechos y cobrados por tecnólogos méd., por prescripción escrita de médico cirujano									
		PROCEDIMIENTOS PARA EXAMENES RADIOLOGICOS									
		(Si un mismo médico realiza ambos procedimientos, cobrará ambos códigos).									
		B.- PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS									
		(Además anestesia mínima si corresponde)									
		Cuerpo extraño conjuntival y/o corneal, extracción de :									
12 01 029	2	CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN ADULTOS	1			9.210	4.600	11.970	7.360	14.740	10.130
12 01 030	3	CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN NIÑOS	1			14.230	7.110	18.500	11.380	22.770	15.650
		Vía lagrimal, cateterismo o sondaje de:									
12 01 031	3	VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN ADULTOS	1			13.870	6.930	18.030	11.090	22.190	15.250
12 01 032		VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN LACTANTES	1			23.060	11.530	29.980	18.450	36.900	25.370
12 01 033		VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN NIÑOS	1			17.890	8.940	23.260	14.310	28.620	19.670
12 01 034	2	TOCACIÓN CORNEAL C/YODO Y/O ÉTER U OTROS, EN NIÑOS O ADULTOS	1			6.590	3.290	8.570	5.270	10.540	7.240
		Criocoagulación conjuntival, corneal o palpebral:									
12 01 035	2	CRIOCOAGULACIÓN CONJUNTIVAL, CORNEAL O PALPEBRAL EN ADULTOS	1			13.870	6.930	18.030	11.090	22.190	15.250
12 01 036	2	CRIOCOAGULACIÓN CONJUNTIVAL, CORNEAL O PALPEBRAL EN NIÑOS	1			15.400	7.700	20.020	12.320	24.640	16.940
12 01 037	3	GLAUCOMA, CICLODIATERMIA Y/O CICLOCRIOTERAPIA	1			51.300	25.650	66.690	41.040	82.080	56.430
12 01 038		INYECCIÓN RETROBULBAR	1			9.210	4.600	11.970	7.360	14.740	10.130
12 01 039	3	PESTAÑAS, EXTIRP. POR ELECTROCOAGULACIÓN (CUALQUIER NÚMERO)	1			15.400	7.700	20.020	12.320	24.640	16.940
12 01 040	3	PUNTOS LAGRIMALES; ELECTROTERMOCOAGULACIÓN	1			13.870	6.930	18.030	11.090	22.190	15.250

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 01 041	3	SONDAJE VÍA LAGRIMAL EN NIÑOS (BAJO ANESTESIA GENERAL)	1	54.260	37.300	69.530	34.760	90.390	55.620	111.250	76.480
		II.- INTERVENCIONES QUIRURGICAS									
		(Además, véase Cirugía plástica y reparadora, y Cirugía de cabeza y cuello)									
		Todas las intervenciones se refieren a un ojo y sus anexos, salvo que se especifique otra cosa.									
		A.- VIA LAGRIMAL									
12 02 001	2	INTUBACIÓN VÍA LAGRIMAL	1			72.120	36.060	93.760	57.700	115.390	79.330
12 02 002	4	PUNTOS LAGRIMALES, PLASTÍA DE	1			50.440	25.220	65.570	40.350	80.700	55.480
12 02 003	4	RECONSTITUCIÓN DE CANALÍCULOS	1	67.950	46.710	115.410	57.700	150.030	92.320	184.660	126.950
		B.- SACO Y/O GLANDULA LAGRIMAL									
12 02 004	2	ABSCESO, VACIAMIENTO Y/O DRENAJE DE SACO Y/O GLÁNDULA LAGRIMAL	1			31.310	15.650	40.700	25.040	50.100	34.440
12 02 005	4	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA	2	67.950	46.710	177.010	88.500	230.110	141.600	283.220	194.710
12 02 006	3	EXTIRPACIÓN DE SACO Y/O GLÁNDULA LAGRIMAL	1			96.080	48.040	124.900	76.860	153.730	105.690
12 02 007	6	RECONSTITUCIÓN VÍA LAGRIMAL EN AUSENCIA DEL SACO	2	90.740	62.380	236.190	118.090	307.050	188.950	377.900	259.800
12 02 008	6	EXTIRPACIÓN TOTAL O PARCIAL DE LA GLÁNDULA LAGRIMAL	2	96.000	66.000	244.100	122.050	317.330	195.280	390.560	268.510
12 02 009	6	TUMOR MALIGNO DEL SACO, TRAT. QUIR. COMPLETO	2	67.950	46.710	177.010	88.500	230.110	141.600	283.220	194.710
		C.- PÁRPADO Y CEJA (SUPERIOR O INFERIOR)									
12 02 010	2	ABSCESO, TRAT. QUIR. PÁRPADO O CEJA	1			28.850	14.420	37.510	23.080	46.160	31.730
12 02 011	3	BIOPSIA DE PÁRPADO Y/O ANEXOS (PROC. AUT.)	1			42.060	21.030	54.680	33.650	67.300	46.270
12 02 012	3	BLEFAROCHALASIS, PLASTÍA DE	1			93.650	46.820	121.750	74.920	149.840	103.010
12 02 013	5	BLEFAROFIMOSIS, PLASTÍA DE	1			181.750	90.870	236.280	145.400	290.800	199.920
12 02 014	3	BLEFARORRAFIA CON BLEFAROTOMÍA POSTERIOR	1			50.440	25.220	65.570	40.350	80.700	55.480
12 02 015	3	CANTOPLASTÍA	1			72.120	36.060	93.760	57.700	115.390	79.330
12 02 016	3	CHALAZIÓN Y OTROS TUMORES BENIGNOS (UNO O MÁS, UNILATERAL), TRAT. QUIR. COMPLETO	1			56.110	28.050	72.940	44.880	89.780	61.720

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 02 035	5	BIOPSIA DE GLOBO OCULAR (PROC. AUT.)	1			86.520	43.260	112.480	69.220	138.430	95.170
12 02 036	7	ENUCLEACIÓN O IMPLANTE DE PRÓTESIS OCULAR (PROC. AUT.)	1	90.740	62.380	158.630	79.310	206.220	126.900	253.810	174.490
12 02 037	8	ENUCLEACIÓN CON IMPLANTE	1	113.330	77.910	216.260	108.130	281.140	173.010	346.020	237.890
12 02 038	7	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMPLETO DEL ESTRABISMO UNILATERAL O BILATERAL	2	113.330	77.910	258.260	129.130	335.740	206.610	413.220	284.090
12 02 039	7	EXANTERACIÓN OCULAR (PROC. AUT.)	1	90.740	62.380	158.630	79.310	206.220	126.900	253.810	174.490
12 02 040	5	SUTURA DE LESIÓN TRAUMÁTICA DE GLOBO O MUSCULOS OCULARES (PROC. AUT.)	1			112.120	56.060	145.760	89.700	179.390	123.330
		G.- CORNEA Y ESCLEROTICA									
12 02 041	5	CIRUGÍA REFRACTIVA, QUERATOTOMÍA RADIAL O SIMILAR CON BISTURÍ DE DIAMANTE	2	55.820	38.370	148.030	74.010	192.440	118.420	236.850	162.830
12 02 042	3	CRIOTERAPIA Y RECESIÓN CONJUNTIVAL	1			80.070	40.030	104.090	64.050	128.110	88.070
12 02 044	4	EXTRACCIÓN QUIR. DE CUERPO EXTRAÑO EN CORNEA Y/O ESCLERA	1			33.620	16.810	43.710	26.900	53.790	36.980
12 02 045	9	GLAUCOMA, TRAT. QUIR. POR CUALQUIER TÉCNICA	2	90.740	62.380	222.630	111.310	289.420	178.100	356.210	244.890
12 02 046	5	HERIDA CORNEAL O CORNEO-ESCLERAL O DEHISCENCIA DE SUTURA	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
12 02 047	6	QUERATECTOMÍA LAMINAR	2	67.730	46.560	143.630	71.810	186.720	114.900	229.810	157.990
12 02 048	8	QUERATOPLASTÍA. INJERTO LAMELAR O PENETRANTE TRAT. QUIR. COMPLETO	2	144.960	99.660	308.290	154.140	400.780	246.630	493.260	339.110
12 02 049	9	QUERATOPRÓTESIS, IMPLANTACIÓN DE (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	151.170	103.930	336.260	168.130	437.140	269.010	538.020	369.890
12 02 050	6	RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL	2	67.950	46.710	173.020	86.510	224.930	138.420	276.830	190.320
12 02 051	6	REHABILITACIÓN SUPERFICIE OCULAR (CON INJERTO DE MUCOSA)	2	67.950	46.710	173.020	86.510	224.930	138.420	276.830	190.320
12 02 070	6	SINEQUIOTOMÍA (PROC. AUT.)	1			96.080	48.040	124.900	76.860	153.730	105.690
12 02 073	10	OPERACIÓN TRIPLE (INJERTO, FACOÉRESIS E IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR) (NO INCLUYE VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	231.920	159.440	511.280	255.640	664.660	409.020	818.050	562.410
		H.- IRIS Y CUERPO CILIAR									
12 02 053	5	IRIDECTOMÍA PERIFÉRICA Y/U ÓPTICA, (PROC. AUT.)	1	66.240	45.540	112.430	56.210	146.160	89.940	179.890	123.670
12 02 054	7	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN TUMORAL DEL IRIS O CUERPO CILIAR	2	94.510	64.970	217.810	108.900	283.150	174.240	348.500	239.590
12 02 074	7	HERNIA DE IRIS Y/O FÍSTULAS, REPARACIÓN DE	1	67.950	46.710	115.410	57.700	150.030	92.320	184.660	126.950

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
I.- COROIDES, CAMARA POSTERIOR Y RETINA											
12 02 055	4	DESGARRO CON O SIN DESPRENDIMIENTO, DIATERMO Y/O CRIO Y/O FOTOCOAGULACIÓN (INCLUYE ENDOFOTOCOAGULACIÓN INTRAQUIRÚRGICA)	1	67.950	46.710	115.410	57.700	150.030	92.320	184.660	126.950
12 02 056	8	DESPRENDIMIENTO RETINAL, CIRUGÍA CONVENCIONAL (EXOIMPLANTES)	2	113.330	77.910	300.300	150.150	390.390	240.240	480.480	330.330
12 02 058	4	TUMOR RETINAL O COROIDAL, DIATERMO Y/O CRIO Y/O FOTOCOAGULACIÓN DE	1	69.740	47.940	118.390	59.190	153.910	94.710	189.420	130.220
12 02 059	4	VASCULOPATÍA RETINAL (EXCEPTO RETINOPATÍA PROLIFERATIVA) DIATERMO Y/O CRIO Y/O FOTOCOAGULACIÓN (INCLUYE ENDOFOTOCOAGULACIÓN INTRAQUIRÚRGICA)	1	66.240	45.540	137.340	68.670	178.540	109.870	219.740	151.070
12 02 060	8	VITRECTOMÍA C/RETINOTOMÍA (C/S INYECCIÓN DE GAS O SILICONA)	2	158.700	109.100	411.550	205.770	535.020	329.240	658.480	452.700
12 02 061	8	VITRECTOMÍA CON INYECCIÓN DE GAS O SILICONA	2	136.100	93.570	337.850	168.920	439.210	270.280	540.560	371.630
12 02 062	8	VITRECTOMÍA CON VITREÓFAGO (PROC. AUT)	2	113.330	77.910	296.300	148.150	385.190	237.040	474.080	325.930
12 02 075	7	RETINOPEXIA NEUMÁTICA	1	110.400	75.900	234.110	117.050	304.340	187.280	374.580	257.520
12 02 077	6	DESPRENDIMIENTO COROÍDEO O HEMORRAGIA COROÍDEA, TRAT. QUIR.	1	67.950	46.710	115.410	57.700	150.030	92.320	184.660	126.950
J.- CRISTALINO Y CUERPO CILIAR											
12 02 063	7	- FACOÉRESIS INTRACAPSULAR O CATARATA SECUNDARIA O DISCISIÓN Y ASPIRACIÓN DE MASAS	2	107.810	74.120	245.980	122.990	319.770	196.780	393.570	270.580
12 02 064	8	- FACOÉRESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	191.500	131.650	391.180	195.590	508.530	312.940	625.890	430.300
12 02 065	10	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRAOCULAR	2	158.700	109.100	377.980	188.990	491.370	302.380	604.770	415.780
12 02 066	5	ASPIRACIÓN ESFERULAR C/S CAPSULOTOMÍA	1	54.420	37.410	115.570	57.780	150.240	92.450	184.910	127.120
12 02 076	8	EXTRACCIÓN O CORRECCIÓN DE DESPLAZAMIENTO DE LENTE INTRAOCULAR	1	105.940	72.830	220.980	110.490	287.270	176.780	353.570	243.080
** Estas prestaciones se autorizan a cirujanos dentistas especialistas en cirugía bucal y maxilofacial											
III.- INTERVENCIONES CON LASER											
12 02 057	4	RETINOPATÍA PROLIFERATIVA, (DIABÉTICA, HIPERTENSIVA, EALES Y OTRAS) PANFOTOCOAGULACIÓN TRAT. COMPLETO (INCLUYE ENDOFOTOCOAGULACIÓN INTRAQUIRÚRGICA)	1			228.270	114.130	296.750	182.610	365.230	251.090
12 02 067	4	DISCISIÓN DE CÁPSULA POSTERIOR	1			115.380	57.690	149.990	92.300	184.610	126.920

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 02 068	4	IRIDOTOMÍA	1			115.380	57.690	149.990	92.300	184.610	126.920
12 02 069	4	TRABECULOPLASTÍA O IRIDOPLASTÍA	1			115.380	57.690	149.990	92.300	184.610	126.920
12 02 078	5	CIRUGÍA FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA DE CÓRNEA, CUALQUIER TÉCNICA	1			475.600	237.800	618.280	380.480	760.960	523.160
		GRUPO : 13									
		OTORRINOLARINGOLOGIA									
		I.- PROCEDIMIENTOS.									
		(Además anestesia cód. 22-01-001 si corresponde)									
		A.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS.-									
		BOCA									
13 01 001		ELECTROGUSTOMETRÍA				5.120	2.560	6.660	4.100	8.190	5.630
		FOSAS NASALES Y CAVIDADES PERINASALES									
13 01 002		& RINOMANOMETRÍA C/S VASOCONTRACTOR				9.840	4.920	12.790	7.870	15.740	10.820
13 01 003	4	NASOFARINGOLARINGOFIBROSCOPIA	1			17.490	8.740	22.740	13.990	27.980	19.230
13 01 005		SINUSOSCOPIA DE CADA SENO MAXILAR POR PUNCIÓN, C/S BIOPSIA, C/S TOMA DE MUESTRAS	1			9.440	4.720	12.270	7.550	15.100	10.380
		LARINGE									
		Laringoscopia y/o traqueoscopia directa c/s toma de muestra, c/s biopsia									
13 01 006		LARINGOSCOPIA Y/O TRAQUEOSCOPIA DIRECTA C/S TOMA DE MUESTRA, C/S BIOPSIA. CON MICROSCOPIO	1			21.780	10.890	28.310	17.420	34.850	23.960
13 01 007		LARINGOSCOPIA Y/O TRAQUEOSCOPIA DIRECTA C/S TOMA DE MUESTRA, C/S BIOPSIA. SIN MICROSCOPIO	1			19.010	9.500	24.710	15.200	30.420	20.910
		OIDO									
		Audiograma (incluye audiometría tonal pura, de la palabra y pruebas supraliminales).									
13 01 021		# AUDIOMETRÍA ADULTOS				8.800	4.400	11.440	7.040	14.080	9.680
13 01 008		# AUDIOMETRÍA NIÑOS				10.300	5.150	13.390	8.240	16.480	11.330
13 01 050		# AUDIOMETRÍA CAMPO LIBRE. NIÑOS Y ADULTOS				11.020	5.510				

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
13 01 009		# IMPEDANCIOMETRÍA				6.570	3.280	8.540	5.250	10.510	7.220
13 01 010		# CALIBRACIÓN DE AUDÍFONOS O IMPLANTES				5.520	2.760	7.180	4.420	8.830	6.070
13 01 011		# POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL CLÍNICOS				19.330	9.660	25.130	15.460	30.930	21.260
13 01 012		# CÓCLEOVESTIBULAR CON ELECTRONISTAGMOGRAFÍA				17.680	8.840	22.980	14.140	28.290	19.450
13 01 015		# ELECTRONISTAGMOGRAFÍA O VIDEOELECTRONISTAGMOGRAFÍA C/S NISTAG.DE POSICIÓN				6.460	3.230	8.400	5.170	10.340	7.110
13 01 016		# FUNCIÓN TUBARIA				4.970	2.480	6.460	3.970	7.950	5.460
13 01 017		# PRUEBA CALÓRICA O PRUEBA CALÓRICA MÍNIMA (PROC.AUT.)				4.610	2.300	5.990	3.680	7.380	5.070
13 01 019		# TEST DE GLICEROL (CON 3 AUDIOMETRÍAS)				17.410	8.700	22.630	13.920	27.860	19.150
13 01 020		# EXAMEN FUNCIONAL DE VIII PAR				19.550	9.770	25.420	15.640	31.280	21.500
13 01 045		# EMISIONES OTOACÚSTICAS				12.180	6.090				
13 01 046		# POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL ACORTADOS				21.640	10.820				
<p>& : Estas prestaciones pueden ser hechas y cobradas por tecnólogos médicos, por prescripción escrita de un médico cirujano.</p> <p>#.- Estas prestaciones pueden ser hechas y cobradas por tecnólogos médicos y fonoaudiólogos, por prescripción escrita de un médico cirujano</p>											
B.- PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS.-											
FOSAS NASALES Y CAVIDADES PERINASALES											
13 01 024		SENOS PERINASALES. PUNCIÓN EVACUADORA C/S TOMA DE MUESTRAS, C/S INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS; CADA PUNCIÓN	1			6.900	3.450	8.970	5.520	11.040	7.590
13 01 025	2	**TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR (PROC. AUT.)	1			4.880	2.440	6.340	3.900	7.810	5.370
13 01 026	2	**TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR	1			14.230	7.110	18.500	11.380	22.770	15.650
13 01 027		VACIAMIENTO CAVID. PERINASALES (PROETZ Y SIM.) (10 SESIONES)	1			26.690	13.340	34.700	21.350	42.700	29.350
13 01 028	1	CAUTERIZACIÓN UNI O BILATERAL DE VASOS EN FOSA NASAL ANTERIOR	1			14.230	7.110	18.500	11.380	22.770	15.650
Cuerpo extraño en fosas nasales, extracción de:											
13 01 029	2	CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NASALES, EXTRACCIÓN DE: - EN ADULTOS	1			6.590	3.290	8.570	5.270	10.540	7.240

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
13 01 030	2	CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NASALES, EXTRACCIÓN DE: - EN NIÑOS LARINGE Y TRAQUEA Cuerpo extraño en laringe y/o tráquea, extracción de (incluye la endoscopia con tubo rígido)	1			15.070	7.530	19.590	12.050	24.110	16.570
13 01 035	3	CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE Y/O TRÁQUEA, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE LA ENDOSCOPIA CON TUBO RÍGIDO) - EN ADULTOS	1			26.840	13.420	34.890	21.470	42.940	29.520
13 01 036	3	CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE Y/O TRÁQUEA, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE LA ENDOSCOPIA CON TUBO RÍGIDO) - EN NIÑOS HIPOFARINGE Y/O ESOFAGO	1			31.320	15.660	40.720	25.060	50.110	34.450
13 01 037	2	DILATACIÓN ESOFÁGICA POR SESIÓN Cuerpo extraño extracción (por tubo rígido)	1			6.960	3.480	9.050	5.570	11.140	7.660
13 01 038	2	CUERPO EXTRAÑO EXTRACCIÓN EN HIPOFARINGE Y/O ESÓFAGO (POR TUBO RÍGIDO) - EN NIÑOS	1			28.430	14.210	36.960	22.740	45.490	31.270
13 01 039	2	CUERPO EXTRAÑO EXTRACCIÓN EN HIPOFARINGE Y/O ESÓFAGO (POR TUBO RÍGIDO) - EN ADULTOS OIDO	1			28.430	14.210	36.960	22.740	45.490	31.270
13 01 040	2	LESIONES DEL OÍDO EXTERNO Y/O MEDIO, CURACIÓN BAJO MICROSCOPIO (PROC. AUT.)	1			4.630	2.310	6.020	3.700	7.410	5.090
13 01 041		TROMPA DE EUSTAQUIO, INSUFLACIÓN INSTRUMENTAL (PROC. AUT.) Cuerpo extraño en oído, extracción de (incluye tapón de cerumen) (proc. aut.)	1			4.630	2.310	6.020	3.700	7.410	5.090
13 01 042	2	CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE TAPÓN DE CERUMEN) (PROC. AUT.) - EN ADULTOS	1			4.630	2.310	6.020	3.700	7.410	5.090
13 01 043	2	CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE TAPÓN DE CERUMEN) (PROC. AUT.) - EN NIÑOS	1			13.870	6.930	18.030	11.090	22.190	15.250
13 01 044		BIOPSIA OÍDO (PROC. AUT.)	1			13.870	6.930	18.030	11.090	22.190	15.250

II.- INTERVENCIONES QUIRURGICAS

En los casos de realización de técnicas endoscópicas y en ausencia de códigos para ellos, se aplicarán los correspondientes a las técnicas convencionales. Para el código adicional se aplicará en estos casos, el correspondiente a la intervención convencional, aumentado en dos dígitos.

(Véase, además Cirugía plástica y reparadora y Cirugía de cabeza y cuello). Todas las intervenciones sobre el oído se refieren a un lado.

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		OIDO EXTERNO									
13 02 001		ABSCESO Y/O HEMATOMAS OÍDO EXTERNO, TRAT. QUIR.	1			21.570	10.780	28.040	17.250	34.510	23.720
13 02 002	3	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	1			47.000	23.500	61.100	37.600	75.200	51.700
13 02 003	4	FÍSTULA PREAURICULAR COMPLICADA, TRAT. QUIR.	2	56.020	38.510	148.510	74.250	193.060	118.800	237.620	163.360
13 02 004	3	EXTIRPACIÓN DE TUMOR DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	1			29.680	14.840	38.580	23.740	47.490	32.650
13 02 005	4	TUMOR MALIGNO OÍDO EXTERNO, TRAT. QUIR.	2	69.740	47.940	147.930	73.960	192.310	118.340	236.690	162.720
		OIDO MEDIO									
13 02 006	7	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOSTOMÍA	2	93.390	64.200	175.500	87.750	228.150	140.400	280.800	193.050
13 02 007	7	MASTOIDECTOMÍA C/S SECCIÓN CUERDA DEL TÍMPANO	2	93.390	64.200	196.140	98.070	254.980	156.910	313.820	215.750
13 02 008	3	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MUCOSITIS TIMPÁNICA, OTITIS MEDIA CON EFUSIÓN UNI O BILATERAL	1	54.420	37.410	115.570	57.780	150.240	92.450	184.910	127.120
13 02 009	7	OPERACIÓN RADICAL DE OÍDO	2	67.950	46.710	173.020	86.510	224.930	138.420	276.830	190.320
13 02 011	8	RECONSTITUCIÓN FUNCIONAL DE OÍDO RADICALIZADO	2	88.100	60.570	220.820	110.410	287.070	176.660	353.310	242.900
13 02 012	7	TIMPANOPLASTÍA FUNCIONAL (CUALQUIER TIPO) C/S MASTOIDECTOMÍA	2	69.940	48.080	178.050	89.020	231.470	142.440	284.880	195.850
		OIDO MEDIO Y EXTERNO									
13 02 013	7	RECONSTITUCIÓN PLÁSTICA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO CARTILAGINOSO	2	88.380	60.760	221.580	110.790	288.050	177.260	354.530	243.740
13 02 014	7	EXOSTOSIS U OSTEOMA OÍDO MEDIO O EXTERNO, RESECCIÓN POR CUALQUIER VÍA	2	67.950	46.710	157.050	78.520	204.170	125.640	251.280	172.750
13 02 015	7	NEURECTOMÍA DE JACOBSON	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
13 02 016	7	RECONSTITUCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, C/S TIMPANOPLASTÍA (INCLUYE REVISIÓN DE CADENA OSICULAR)	2	90.740	62.380	190.610	95.300	247.790	152.480	304.980	209.670
13 02 017	7	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR GLÓMICO TIMPÁNICO	3	90.740	62.380	227.460	113.730	295.700	181.970	363.940	250.210
		OIDO INTERNO Y NERVIO ACUSTICO									
13 02 018	7	LABERINTECTOMÍA	2	71.920	49.440	183.080	91.540	238.000	146.460	292.930	201.390
13 02 019	8	NEURINOMA DEL ACÚSTICO, TRAT. QUIR. VÍA TRANSLABERÍNTICA Y/O FOSA MEDIA	3	123.040	84.590	321.650	160.820	418.150	257.320	514.640	353.810
13 02 074	12	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA IMPLANTE COCLEAR	2			2.334.580	1.167.290				

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
13 02 038	2	ABSCESOS Y HEMATOMA DEL TABIQUE NASAL, TRAT. QUIR.	1			34.740	17.370	45.160	27.790	55.580	38.210
13 02 039	4	ARTERIA ESFENOPALATINA, CAUTERIZACIÓN POR VÍA NASAL	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
13 02 040	6	ARTERIA MAXILAR INTERNA, LIGADURA DE (POR VÍA TRANSMAXILAR)	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
13 02 041	4	LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES ANTERIORES	1	54.420	37.410	115.570	57.780	150.240	92.450	184.910	127.120
13 02 042	4	TURBINECTOMÍA O CAUTERIZACIÓN DE CORNETES, CUALQUIER TÉCNICA	1			39.210	19.600	50.970	31.360	62.740	43.130
13 02 043	5	CONDUCTO Y/O SENO LAGRIMAL, OBSTRUCCIÓN DEL, TRAT. QUIR. POR VÍA NASAL	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
13 02 044	7	ETMOIDECTOMÍA ENDO O EXONASAL	2	71.760	49.330	152.230	76.110	197.900	121.780	243.570	167.450
13 02 045	5	**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FISTULAS BUCO-SINUSALES O BUCO-NASALES Y/O RETIRO CUERPOS EXTRANOS DEL SENO MAXILAR	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
13 02 046	2	FRACT. NASAL RECIENTE, CERRADA O EXPUESTA, REDUCCIÓN C/S INMOVILIZACIÓN	1			32.110	16.050	41.740	25.680	51.380	35.320
13 02 047	6	NERVIO VIDIANO, SECCIÓN DEL (POR CUALQUIER VÍA)	2	69.740	47.940	177.480	88.740	230.720	141.980	283.970	195.230
13 02 048	4	PERFORACIÓN DEL TABIQUE, TRAT. QUIR.	1	57.470	39.510	122.000	61.000	158.600	97.600	195.200	134.200
13 02 049	3	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PÓLIPO NASAL	1			38.860	19.430	50.520	31.090	62.180	42.750
13 02 050	5	RINITIS ATRÓFICA, TRAT. POR INCLUSIÓN SUBMUCOSA, CON CUALQUIER MATERIAL, UNI O BILATERAL	1	54.420	37.410	115.570	57.780	150.240	92.450	184.910	127.120
13 02 051	6	RINOFIMA, TRAT. QUIR.	2	67.950	46.710	148.940	74.470	193.620	119.150	238.300	163.830
13 02 052	6	RINOPLASTÍA Y/O SEPTOPLASTÍA, CUALQUIER TÉCNICA	2	73.810	50.740	196.480	98.240	255.420	157.180	314.370	216.130
13 02 053	6	SENO ESFENOIDAL, ABERTURA POR CUALQUIER VÍA	2	87.600	60.220	179.090	89.540	232.820	143.270	286.540	196.990
13 02 054	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE SENO FRONTAL, CUALQUIER VÍA	2	71.760	49.330	152.230	76.110	197.900	121.780	243.570	167.450
13 02 055	6	ANTROSTOMÍA SENO MAXILAR, CUALQUIER VÍA	2	69.740	47.940	147.930	73.960	192.310	118.340	236.690	162.720
13 02 056	2	SINEQUIA NASAL, TRAT. QUIR.	1			22.120	11.060	28.760	17.700	35.390	24.330
13 02 057	5	TUMOR NASAL, EXTIRP. POR RINOTOMÍA LATERAL	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
13 02 058	5	VACIAMIENTO ETMOIDAL POR VÍA NASAL C/S POLIPECTOMÍA	1	69.740	47.940	109.720	54.860	142.640	87.780	175.550	120.690
		LARINGE Y TRAQUEA									
13 02 059	4	ARITENOIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	1	69.940	48.080	110.080	55.040	143.100	88.060	176.130	121.090

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
13 02 060	6	ARITENOIDECTOMÍA VÍA EXTERNA	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
13 02 061	6	DECORTICACIÓN DE CUERDAS VOCALES C/MICROSCOPIO	1	69.940	48.080	118.760	59.380	154.390	95.010	190.020	130.640
13 02 073	3	ESTENOSIS LARINGOTRAQUEALES Y FARÍNGEAS, TRAT. QUIR. POR VÍA ENDOSCÓPICA (INCLUYE LASER) Cuerdas vocales, tumores benignos, trat. quir.	1	52.700	36.230	76.130	38.060	98.970	60.900	121.810	83.740
13 02 062	3	TUMOR BENIGNO DE CUERDAS VOCALES, TRAT. QUIRÚRGICO POR VÍA ABIERTA	1	67.950	46.710	115.410	57.700	150.030	92.320	184.660	126.950
13 02 063	3	TUMOR BENIGNO DE CUERDAS VOCALES, TRAT. QUIRÚRGICO POR VÍA ENDOSCÓPICA	1	71.760	49.330	121.840	60.920	158.390	97.470	194.940	134.020
13 02 064	5	CORDECTOMÍA, RESECCIÓN DE SINEQUIA Y OTRAS MALFORMACIONES, TRAT. QUIRÚRGICO POR VÍA EXTERNA	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
13 02 065	6	ESTENOSIS LARINGOTRAQUEALES Y/O FARÍNGEAS, TRAT. QUIR. POR VÍA ABIERTA (INCLUYE RECONSTRUCCIÓN LARINGOTRAQUEAL)	2	122.020	83.890	322.060	161.030	418.680	257.650	515.300	354.270
13 02 066	8	LARINGECTOMÍA PARCIAL O SUBTOTAL (CUALQUIER TÉCNICA)	3	113.330	77.910	304.310	152.150	395.600	243.440	486.900	334.740
13 02 067	10	LARINGECTOMÍA TOTAL MÁS FARINGECTOMÍA PARCIAL	3	140.080	96.300	405.400	202.700	527.020	324.320	648.640	445.940
13 02 068	13	LARINGECTOMÍA TOTAL MÁS FARINGECTOMÍA TOTAL Y/O ESOFAGECTOMÍA CERVICAL	3	176.830	121.570	558.480	279.240	726.020	446.780	893.570	614.330
13 02 069	5	LARINGOCELE, TRAT. QUIR.	2	53.020	36.450	140.590	70.290	182.770	112.470	224.940	154.640
13 02 070	2	PAPILOMAS LARÍNGEOS, TRAT. QUIR. (POR SESIÓN)	1			56.110	28.050	72.940	44.880	89.780	61.720
13 02 071	5	PARÁLISIS DE CUERDAS VOCALES, TRAT. QUIR. CUALQUIER TÉCNICA	2	70.100	48.190	148.670	74.330	193.270	118.930	237.870	163.530
13 02 072	5	TRAQUEOSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
		**Estas prestaciones se autorizan a Cirujanos dentistas especialistas en Cirugía maxilofacial'.									
		III.- FONOAUDIOLOGIA									
		A.- ATENCION FONOAUDIOLOGO									
13 03 010		EVALUACIÓN INTEGRAL DE FONOAUDIOLOGO				12.390	6.190	16.110	9.910	19.820	13.620
13 03 011		REHABILITACIÓN INTEGRAL DE FONOAUDIOLOGO				5.730	2.860	7.450	4.580	9.170	6.300
		B.- TELEREHABILITACION FONOAUDIOLOGÍA									
13 08 010		TELEREHABILITACIÓN: EVALUACIÓN INTEGRAL DE FONOAUDIOLOGO				10.530	5.260	13.690	8.420	16.850	11.580
13 08 011		TELEREHABILITACIÓN: REHABILITACIÓN INTEGRAL DE FONOAUDIOLOGO				4.860	2.430	6.320	3.890	7.780	5.350

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
14 02 011	6	PAROTIDECTOMÍA SUPRAFACIAL CON DISECCIÓN Y PRESERVACIÓN DEL NERVI0 FACIAL	2	69.940	48.080	148.400	74.200	192.920	118.720	237.440	163.240
14 02 012	7	PAROTIDECTOMÍA TOTAL, CON DISECCIÓN Y PRESERVACIÓN DEL NERVI0 FACIAL.	2	90.740	62.380	220.230	110.110	286.300	176.180	352.370	242.250
14 02 013	9	PAROTIDECTOMÍA TOTAL AMPLIADA (INCLUYE MÚSCULOS, GANGLIOS, ARTICULACIONES Y RAMA VERTICAL DE LA MANDÍBULA)	3	181.520	124.790	477.240	238.620	620.410	381.790	763.580	524.960
14 02 014	9	TOTALIZACIÓN DE PAROTIDECTOMÍA PREVIA O PAROTIDECTOMÍA DEL LÓBULO PROFUNDO GLANDULA SUBMANDIBULAR	3	90.740	62.380	214.680	107.340	279.080	171.740	343.490	236.150
14 02 015	8	EXTIRPACIÓN SUBMANDIBULAR AMPLIADA (INCLUYE PISO DE BOCA, ARCO MANDIBULAR ,MÚSCULOS Y ARTICULACIONES)	3	181.520	124.790	477.240	238.620	620.410	381.790	763.580	524.960
14 02 016	6	EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL SUBMANDIBULAR SUB-LINGUAL (Una o ambas)	2	69.940	48.080	148.400	74.200	192.920	118.720	237.440	163.240
14 02 017	5	**EXTIRPACIÓN GLÁNDULA SALIVAL SUBLINGUAL	1	55.820	38.370	118.550	59.270	154.120	94.840	189.680	130.400
14 02 018	8	EXTIRPACIÓN SUBLINGUAL AMPLIADA (INCLUYE PISO DE BOCA, ARCO MANDIBULAR, MÚSCULOS, GANGLIOS Y ARTICULACIONES) OTROS	3	181.520	124.790	477.240	238.620	620.410	381.790	763.580	524.960
14 02 019	3	** ABSCESO PAROTÍDEO SUBMAXILAR Y/O CERVICAL PROFUNDO, TRAT. QUIR.	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
14 02 020	5	** CONDUCTOS SALIVALES DE EXCRECIÓN, REIMPLANTACIÓN ORO-FARÍNGEA	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
14 02 021	3	**CIERRE DE FÍSTULA SALIVAL: REPARACIÓN DEL CONDUCTO DE EXCRECIÓN	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
14 02 022	2	**EXTIRPACIÓN DE QUISTE O MUOCOCELE DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR DE LABIOS	1	55.820	38.370	56.750	28.370	73.780	45.400	90.800	62.420
14 02 023	6	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO TORTICOLIS CONGÉNITA OTRAS ESTRUCTURAS PROFUNDAS DE CUELLO	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
14 02 024	6	QUISTES Y/O FÍSTULAS DEL CONDUCTO TIROGLOSO, Y/O BRANQUIAL, Y/O HIGROMA, Y/O FÍSTULA PREAURICULAR COMPLICADA, Y/U OTROS QUISTES Y/O TUMORES BENIGNOS, TRAT. QUIR.	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
14 02 025	7	TUMORES DEL CUERPO CAROTÍDEO, TRAT. QUIR. (INCL. PROC. VASCULAR) PIEL Y MUCOSAS	2	93.040	63.960	187.330	93.660	243.530	149.860	299.730	206.060
14 02 026	2	BIOPSIA QUIR., MUCOSA ORONASOFARÍNGEA (PROC. AUT.)	1			22.810	11.400	29.650	18.240	36.500	25.090
14 02 027	2	BIOPSIA QUIR., PIEL Y MUCOSA CARA (PROC. AUT.)	1			28.850	14.420	37.510	23.080	46.160	31.730

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		TUMORES MALIGNOS:									
14 02 028	6	RESECCIÓN CUTÁNEA AMPLIADA (INCLUYE MUSCULATURA, GANGLIOS Y HUESOS SUBYACENTES; DESPLAZAMIENTO DE COLGAJOS)	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
14 02 029	3	RESECCIÓN CUTÁNEA SIMPLE (SUTURA PRIMARIA)	1			47.000	23.500	61.100	37.600	75.200	51.700
14 02 030	6	TUMOR MALIGNO DE LABIO SUPERIOR O INFERIOR, RESECCIÓN TOTAL DEL LABIO Y CIRUGÍA REPARADORA	2	67.950	46.710	180.980	90.490	235.270	144.780	289.570	199.080
14 02 031	6	TUMOR MALIGNO DE LABIO SUPERIOR O INFERIOR, RESECCIÓN PARCIAL DEL LABIO Y CIRUGÍA REPARADORA	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
		NARIZ									
14 02 032	5	RESECCIÓN PARCIAL Y CIRUGÍA REPARADORA NARIZ	2	55.820	38.370	148.030	74.010	192.440	118.420	236.850	162.830
14 02 033	6	RESECCIÓN TOTAL Y CIRUGÍA REPARADORA NARIZ	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
		CAVIDADES PARANASALES Y HUESO TEMPORAL									
14 02 034	8	EXTIRPACIÓN AMPLIADA DE NARIZ INCLUYENDO PARTE ESQUELETO FACIAL (NASO-ETMOIDIANA)	2	90.740	62.380	182.600	91.300	237.380	146.080	292.160	200.860
14 02 035	12	EXANTERACIÓN ORBITARIA AMPLIADA (INCLUYE ETMOIDES, HUESO FRONTAL, BASE DE CRÁNEO ANTERIOR Y REGIÓN MÁXILO-MALAR)	3	215.970	148.480	523.710	261.850	680.820	418.960	837.940	576.080
14 02 036	11	EXTIRPACIÓN TOTAL AMPLIADA DEL HUESO TEMPORAL	3	204.100	140.320	494.880	247.440	643.340	395.900	791.810	544.370
		MAXILECTOMIA									
14 02 037	7	**MAXILECTOMIA PARCIAL Y REPARACIÓN PROTÉSICA	2	69.740	47.940	185.660	92.830	241.360	148.530	297.060	204.230
14 02 038	7	**MAXILECTOMÍA PARCIAL (INCLUYE PALADAR ÓSEO; REPARACIÓN CON COLGAJO)	2	86.240	59.290	226.210	113.100	294.070	180.960	361.940	248.830
14 02 039	12	MAXILECTOMÍA RADICAL AMPLIADA (INCLUYE EXANTERACIÓN ORBITARIA Y DE FOSA CRANEAL ANTERIOR O MEDIA)	3	204.100	140.320	494.880	247.440	643.340	395.900	791.810	544.370
14 02 040	10	MAXILECTOMÍA RADICAL CLÁSICA (INCLUYE EXANTERACIÓN ORBITARIA Y REPARACIÓN CON COLGAJO)	3	181.520	124.790	509.220	254.610	661.990	407.380	814.750	560.140
14 02 041	10	MAXILECTOMÍA RADICAL CLÁSICA (INCLUYE EXANTERACIÓN ORBITARIA Y REPARACIÓN PROTÉSICA)	3	181.520	124.790	429.090	214.540	557.820	343.270	686.540	471.990
		CAVIDAD ORAL Y OROFARINGEA									
14 02 042	6	** GLOSECTOMÍA PARCIAL, REPARACIÓN PRIMARIA	2			152.190	76.090	197.850	121.750	243.500	167.400
14 02 043	7	RESECCIÓN AMPLIA DE TUMOR MALIGNO CAVIDAD ORAL Y OROFARINGEA Y DISECCIÓN GANGLIONAR CERVICAL	2	88.850	61.080	555.120	277.560	721.660	444.100	888.190	610.630
		RESECCION DE MANDIBULA									
14 02 044	7	** HEMIMANDIBULECTOMÍA	2	96.000	66.000	230.490	115.240	299.640	184.390	368.780	253.530

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
14 02 045	9	** MANDIBULECTOMÍA TOTAL	3	136.100	93.570	360.320	180.160	468.420	288.260	576.510	396.350
14 02 046	13	OPERACIÓN 'COMANDO' (INCLUYE EXTIRP. DEL TUMOR, HEMIMANDIBULECTOMÍA Y DISECCIÓN GANGLIONAR RADICAL DE CUELLO)	3	204.100	140.320	542.860	271.430	705.720	434.290	868.580	597.150
14 02 047	5	**RESECCIÓN PARCIAL DE MANDÍBULA	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
14 02 048	8	EXTIRPACIÓN DE TUMOR INTRAORAL AMPLIA EN TERCIO POSTERIOR CAVIDAD ORAL (REGIÓN FARINGEA) HIPOFARINGE Y ESOFAGO CERVICAL	3	208.670	143.460	552.270	276.130	717.950	441.810	883.630	607.490
14 02 050	6	FARINGECTOMÍA PARCIAL CIRUGIA OSTEOTOMICA SOBRE LOS MAXILARES	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
14 02 051	6	**GENIOPLASTÍA	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
14 02 052	6	**OSTEOTOMIAS SEGMENTARIAS DEL MAXILAR O MANDÍBULA	2	69.740	47.940	147.930	73.960	192.310	118.340	236.690	162.720
14 02 053	7	**OSTEOTOMIAS TOTALES DEL MAXILAR O MANDIBULA (TIPO LE FORT I O SAGITAL DE RAMA) TRAUMATOLOGIA MAXILO FACIAL FRACTURAS DEL MALAR, MAXILAR SUPERIOR, MANDIBULA Y ORBITARIAS, UNICAS O MULTIPLES, EXCLUIDA NARIZ. Reducción:	2	98.460	67.690	259.070	129.530	336.790	207.250	414.510	284.970
14 02 054	4	**REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS MAXILOFACIALES	1			85.190	42.590	110.750	68.150	136.300	93.700
14 02 055	5	**REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MAXILOFACIALES Y ESTABILIZACIÓN CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	2	73.810	50.740	187.820	93.910	244.170	150.260	300.510	206.600
14 02 056	4	**REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MAXILOFACIALES CON OSTEOSÍNTESIS ÚNICA	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
14 02 057	10	RECONSTRUCCIONES COMPLEJAS DE LA CARA SIMULTÁNEAS CON PROC. NEUROQUIRÚRGICO (CRANEOTOMÍAS MÁS ABORDAJES Y TRAT. FACIAL), TIEMPO FACIAL	2	197.040	135.460	465.800	232.900	605.540	372.640	745.280	512.380
14 02 058	7	RECONSTRUCCIONES DE PARTES DURAS Y BLANDAS DE LA CARA, MEDIANTE ABORDAJES MÚLTIPLES Y HEMICORONAL O CORONAL	2	119.940	82.460	317.790	158.890	413.130	254.230	508.460	349.560
14 02 059	4	**REMOCIÓN DE ARCOS DENTARIOS O LIGADURAS DE ALAMBRE	1			52.150	26.070	67.800	41.720	83.440	57.360
14 02 060	3	** REMOCIÓN SIMPLE (PROC.AUT.)	1			48.040	24.020	62.450	38.430	76.860	52.840

**Estas prestaciones se autorizan a Cirujanos dentistas especialistas en Cirugía maxilofacial'.

GRUPO : 15

CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		(Además anestesia cód. 22-01-001 si corresponde)									
		Heridas de la cara (cortantes y/o contusas), sutura plástica (proc. aut.)									
15 02 001	4	HERIDAS DE LA CARA COMPLICADAS: 1 O VARIAS DE MÁS DE 5 CMS. Y/O UBICADAS EN BORDES DE PÁRPADOS, LABIOS O ALA NASAL Y/O QUE COMPROMETEN MÚSCULOS, CONDUCTOS, VASOS O NERVIOS	2			156.500	78.250	203.450	125.200	250.400	172.150
15 02 002	2	HERIDAS DE LA CARA SIMPLES: 1 O VARIAS DE HASTA 5 CMS. QUE SÓLO COMPROMETEN PIEL	1			39.210	19.600	50.970	31.360	62.740	43.130
15 02 003	4	IMPLANTE DE SILICONA FACIAL (CUALQUIER ZONA O ZONAS)	1			108.110	54.050	140.540	86.480	172.980	118.920
		Cicatrices (cualquier localización o tamaño), resecc. plastica de (proc. aut.)									
15 02 004	3	RESECCIÓN PLÁSTICA DE HASTA 2 CICATRICES (CUALQUIER LOCALIZACIÓN O TAMAÑO)	2			152.190	76.090	197.850	121.750	243.500	167.400
15 02 005	4	RESECCIÓN PLÁSTICA DE 3 O MÁS CICATRICES (CUALQUIER LOCALIZACIÓN O TAMAÑO)	2			173.900	86.950	226.070	139.120	278.240	191.290
		Injertos piel parcial y/o mucosa (incluye tratamiento zonas dadora y receptora)									
15 02 006	3	INJERTOS HASTA 1% SUPERFICIE CORPORAL RECEPTORA	1			37.040	18.520	48.150	29.630	59.260	40.740
15 02 007	4	INJERTOS HASTA 5% SUPERFICIE CORPORAL RECEPTORA	1			60.900	30.450	79.170	48.720	97.440	66.990
15 02 008	5	INJERTOS HASTA 10% SUPERFICIE CORPORAL RECEPTORA	1			113.040	56.520	146.950	90.430	180.860	124.340
15 02 009	6	INJERTOS POR CADA 10% (O SU FRACCIÓN) ADICIONAL HASTA 50%	1			45.230	22.610	58.800	36.180	72.370	49.750
15 02 010	13	INJERTOS 51% Y MÁS DE SUPERFICIE CORPORAL RECEPTORA	2	160.020	110.010	362.740	181.370	471.560	290.190	580.380	399.010
15 02 011	8	PIEL TOTAL, CUALQUIER TAMAÑO (INCLUYE TRATAMIENTO ZONA DADORA Y RECEPTORA)	2			147.900	73.950	192.270	118.320	236.640	162.690
		Toma de injertos									
15 02 012	4	TOMA DE INJERTOS CARTÍLAGO (AURICULAR, COSTAL O SIMILARES) C/U	2			156.500	78.250	203.450	125.200	250.400	172.150
15 02 013	5	TOMA DE INJERTOS-ÓSEO (COSTAL, ILÍACO, TIBIAL O SIMILARES) C/U.	2			179.850	89.920	233.810	143.880	287.760	197.830
		COLGAJOS (Si se utilizan colgajos para corregir o reseca lesiones benignas o malignas sólo se cobrará el colgajo)									
		Plastias en Z									
15 02 014	4	PLASTÍAS EN Z, HASTA 3	2			152.190	76.090	197.850	121.750	243.500	167.400
15 02 015	5	PLASTÍAS EN Z, 4 Y MÁS	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
15 02 031	5	** CORRECCIÓN QUIRÚRGICA SECUNDARIA DE QUEILOPLASTIA	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
15 02 032	5	** QUEILOPLASTIA PRIMARIA, UN LADO (PROC. QUIR. COMPLETO POR CUALQUIER TÉCNICA)	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
		AFECCIONES CONGENITAS									
15 02 033	5	** CIERRE DE PALADAR DURO Y/O CIERRE DE COMUNICACIÓN ORO-NASAL	2	66.240	45.540	140.480	70.240	182.620	112.380	224.770	154.530
15 02 034	5	**CIERRE MUCOSO VESTÍBULO ORAL O GINGIVO-PERIOSTIO-PLASTIA	2	71.920	49.440	152.590	76.290	198.370	122.070	244.140	167.840
15 02 035	5	** PLASTIA DE VELO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
15 02 036	5	** CIERRE DE MACROSTOMÍA, UNILATERAL	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
15 02 037	7	**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANOMALÍAS CRÁNEO FACIALES	2	113.330	77.910	256.350	128.170	333.260	205.080	410.160	281.980
		RECONSTRUCCION OSTEOPLASTICA REBORDE ALVEOLAR									
15 02 038	6	**RECONSTRUCCIÓN OSTEOPLÁSTICA REBORDE ALVEOLAR BILATERAL EN UN TIEMPO	2	98.460	67.690	233.030	116.510	302.940	186.420	372.850	256.330
15 02 039	5	**RECONSTRUCCIÓN OSTEOPLÁSTICA REBORDE ALVEOLAR UNILATERAL	2	71.920	49.440	166.190	83.090	216.050	132.950	265.900	182.800
		HIPERTELORISMO									
15 02 040	11	DISTOPLASIAS ORBITARIAS: MOVILIZACIÓN UNILATERAL O VERTICAL TIEMPO FACIAL	3	181.520	124.790	429.090	214.540	557.820	343.270	686.540	471.990
15 02 041	11	EXPANSIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE UN MICRO-ORBITISMO	3	181.520	124.790	429.090	214.540	557.820	343.270	686.540	471.990
15 02 042	12	SÍNDROME DE APERT CROUZON O SIMILAR: AVANCE FRONTO-ORBITO-MAXILAR VÍA INTRACRANEANA, TIEMPO FACIAL	3	204.100	140.320	494.880	247.440	643.340	395.900	791.810	544.370
15 02 043	12	SÍNDROME DE APERT CROUZON O SIMILAR: OSTEOTOMÍA TIPO LE FORT III O SIMILAR	3	204.100	140.320	494.880	247.440	643.340	395.900	791.810	544.370
15 02 044	6	CORRECCIÓN TELECANTO	2	67.950	46.710	164.990	82.490	214.490	131.990	263.980	181.480
15 02 045	11	MOVILIZACIÓN ORBITARIA EXTRACRANEANA	3	181.520	124.790	429.090	214.540	557.820	343.270	686.540	471.990
15 02 046	13	MOVILIZACIÓN ORBITARIA INTRACRANEANA, TIEMPO FACIAL	3	204.100	140.320	494.880	247.440	643.340	395.900	791.810	544.370
		CIRUGIA DE LA MAMA									
		(Un lado) (Véase Ginecología y Obstetricia, cód. 20-02-001 al 20-02-005)									
15 02 047	5	GINECOMASTIA, CORRECCIÓN PLÁSTICA	2	59.070	40.610	157.670	78.830	204.970	126.130	252.270	173.430
15 02 048	6	MAMOPLASTÍA DE AUMENTO (UNILATERAL)	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
15 02 049	6	MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN	2	87.440	60.110	191.620	95.810	249.110	153.300	306.590	210.780
15 02 050	6	MASTOPEXIA C/S IMPLANTE DE PRÓTESIS (NO INCLUYE VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	69.940	48.080	140.560	70.280	182.730	112.450	224.900	154.620
15 02 051	5	RECONSTRUCCIÓN AREOLA Y/O PEZÓN C/S PLASTÍA (PROC. AUT.)	2			156.500	78.250	203.450	125.200	250.400	172.150
15 02 052	7	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA	2	93.040	63.960	203.710	101.850	264.820	162.960	325.940	224.080
		ABDOMEN Y PELVIS									
15 02 053	6	ABDOMINOPLASTIA	3	96.000	66.000	221.140	110.570	287.480	176.910	353.820	243.250
		TRATAMIENTO DE ESCARAS DE DECUBITO									
15 02 054	7	ESCARECTOMÍA CON RESECCIÓN ÓSEA C/S COLGAJO DE ROTACIÓN	2	69.740	47.940	140.110	70.050	182.140	112.080	224.180	154.120
15 02 055	7	TRATAMIENTO DE ESCARAS DE DECUBITO, CON RESECCIÓN ÓSEA Y COLGAJOS MUSCULARES O MUSCULOCUTÁNEOS	2	113.330	77.910	256.350	128.170	333.260	205.080	410.160	281.980
		EXTREMIDADES									
		Sindactilia, trat. quir. cada espacio									
15 02 056	5	SINDACTILIA, TRAT. QUIR. CADA ESPACIO CON INJERTO	2			147.900	73.950	192.270	118.320	236.640	162.690
15 02 057	4	SINDACTILIA, TRAT. QUIR. CADA ESPACIO SIN INJERTO	1			59.380	29.690	77.190	47.500	95.010	65.320
15 02 058	5	POLIDACTILIA, EXTIRPACIÓN Y PLASTÍA UNILATERAL	1			147.900	73.950	192.270	118.320	236.640	162.690
15 02 059	6	LIPECTOMÍA GLÚTEA, UNILATERAL	2			140.440	70.220	182.570	112.350	224.700	154.480
15 02 060	6	LIPECTOMÍA TROCANTÉREA, UNILATERAL	2			144.170	72.080	187.420	115.330	230.670	158.580
		PROCEDIMIENTOS EN ESCARAS									
		(Quemaduras, loxoscelismo o similar)									
		Escarotomía									
15 02 061	4	ESCAROTOMÍA HASTA 10 % SUPERFICIE CORPORAL	1			27.840	13.920	36.190	22.270	44.540	30.620
15 02 062	2	ESCAROTOMÍA POR CADA 10 % ADICIONAL (O SU FRACCIÓN)	1			21.570	10.780	28.040	17.250	34.510	23.720
		Escarotomía									
15 02 063	3	ESCARECTOMÍA HASTA 1 % SUPERFICIE CORPORAL	1			60.900	30.450	79.170	48.720	97.440	66.990

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
15 02 064	4	ESCARECTOMÍA HASTA 5 % SUPERFICIE CORPORAL	1			86.920	43.460	113.000	69.540	139.070	95.610
15 02 065	5	ESCARECTOMÍA HASTA 10% SUPERFICIE CORPORAL	1	59.070	40.610	125.450	62.720	163.090	100.360	200.720	137.990
15 02 066	6	ESCARECTOMÍA POR CADA 10% ADICIONAL (O SU FRACCIÓN) (SE COBRARÁ CÓD. AD. UNA SÓLA VEZ POR SUPERFICIE ENTRE EL 11% Y 50%).	1			69.590	34.790	90.470	55.670	111.340	76.540
** Estas prestaciones se autorizan a Cirujanos dentistas especialistas.											
GRUPO : 16											
DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS											
PROCEDIMIENTOS											
En consulta o sala de procedimiento. La curación simple de heridas está incluida en la consulta. Cuando sea necesaria anestesia general para cualquiera de estos procedimientos, deberá usarse anestesia cód. 22-01-001 y fundamentarse en el programa respectivo. La calificación de maligno o benigno preoperatoria es sólo presuntiva.											
16 01 110	1	CURETAJE DE LESIONES VIRALES Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES POR SESIÓN	1			27.600	13.800	35.880	22.080	44.160	30.360
16 01 111	2	APLICACIÓN DE INMUNOMODULADORES, QUÍMICOS Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES POR SESIÓN	1			18.870	9.430	24.530	15.090	30.190	20.750
16 01 112	2	FOTOTERAPIA UVB, UVA LOCALIZADA, POR SESIÓN	1			6.450	3.220	8.390	5.160	10.320	7.090
16 01 113	2	FOTOTERAPIA UVB, BANDA ANGOSTA Y UVA POR SESIÓN EN CABINA	1			9.440	4.720	12.270	7.550	15.100	10.380
16 01 115	2	IMPLANTES SUBCUTÁNEOS, INSTALACIÓN O RETIRO	1			21.960	10.980	28.550	17.570	35.140	24.160
16 01 116	2	CRIOTERAPIA HASTA 5 LESIONES POR SESIÓN	1			18.570	9.280	24.140	14.850	29.710	20.420
16 01 117	2	CRIOTERAPIA 6 A 10 LESIONES POR SESIÓN	1			29.050	14.520	37.770	23.240	46.480	31.950
16 01 118		TUMOR MALIGNO POR CRIOCIRUGÍA (POR CADA LESIÓN) POR SESIÓN	1			52.530	26.260	68.290	42.020	84.050	57.780
16 01 119	2	INYECCIÓN INTRACUTÁNEA EN ÁREAS HASTA 9 CM2 POR SESIÓN	1			19.360	9.680	25.170	15.490	30.980	21.300
16 01 120	1	TRATAMIENTO ABRASIVO CUTÁNEO MECÁNICO POR SESIÓN	1			36.800	18.400	47.840	29.440	58.880	40.480
16 01 121	1	TRATAMIENTO ABRASIVO CUTÁNEO QUÍMICO POR SESIÓN	1			27.600	13.800	35.880	22.080	44.160	30.360
16 01 122	1	TRICOGRAMA	1			22.070	11.030	28.690	17.650	35.310	24.270
16 01 124	2	TRATAMIENTO POR LÁSER, IPL O SIMILAR POR ÁREA HASTA 16 CM2 POR SESIÓN	1			47.210	23.600	61.370	37.760	75.540	51.930
16 01 125		TERAPIA FOTODINÁMICA (NO INCLUYE MEDICAMENTO) POR SESIÓN				46.910	23.450	60.980	37.520	75.060	51.600

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
16 01 126	1	DERMATOSCOPIA DIGITAL CON REGISTRO GRAFICO O DIGITAL HASTA 5 LESIONES CIRUGIAS En sala de procedimientos o pabellón quirúrgico. El uso de anestesia por otro profesional deberá ser fundamentada y se utilizará la anestesia cód. 22-01-001. La calificación de maligno o benigno preoperatoria es sólo presuntiva.	1			23.670	11.830	30.770	18.930	37.870	26.030
16 02 201	2	** BIOPSIA DE PIEL Y/O MUCOSA POR CURETAJE O SECCIÓN TANGENCIAL C/S ELECTRO POR 1 LESIÓN Extirpación, reparación o biopsia, total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión	1			48.680	24.340	63.280	38.940	77.890	53.550
16 02 202	2	CABEZA, CUELLO, GENITALES HASTA 3 LESIONES: EXTIRPACIÓN, REPARACIÓN O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTÁNEAS POR EXCISIÓN	1			83.760	41.880	108.890	67.010	134.020	92.140
16 02 203	2	RESTO DEL CUERPO HASTA 3 LESIONES: EXTIRPACIÓN, REPARACIÓN O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTÁNEAS POR EXCISIÓN	1			57.270	28.630	74.450	45.810	91.630	62.990
16 02 204	2	CABEZA, CUELLO Y GENITALES DESDE 4 Y HASTA 6 LESIONES: EXTIRPACIÓN, REPARACIÓN O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTÁNEAS POR EXCISIÓN	1			167.550	83.770	217.820	134.040	268.080	184.300
16 02 205	2	RESTO DEL CUERPO DESDE 4 Y HASTA 6 LESIONES: EXTIRPACIÓN, REPARACIÓN O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTÁNEAS POR EXCISIÓN	1			114.570	57.280	148.940	91.650	183.310	126.020
16 02 206	2	EXTIRPACIÓN DE LESIONES BENIGNAS POR SEC TANGENCIAL, CURETAJE Y/O FULGURACIÓN HASTA 15 LESIONES	1			57.270	28.630	74.450	45.810	91.630	62.990
16 02 207	2	TRATAMIENTO POR ELECTRO DE HEMANGIOMAS O TELANGECTASIAS HASTA 15 LESIONES Tumor maligno por excisión total o parcial, con o sin sutura, por cada lesión	1			57.270	28.630	74.450	45.810	91.630	62.990
16 02 211	3	CABEZA, CUELLO, GENITALES: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR MALIGNO POR ESCISIÓN TOTAL O PARCIAL, CON O SIN SUTURA, POR CADA LESIÓN O MELANOMA CUALQUIER LOCALIZACIÓN	2			174.490	87.240	226.840	139.590	279.180	191.930
16 02 212	3	RESTO DEL CUERPO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR MALIGNO POR ESCISIÓN TOTAL O PARCIAL, CON O SIN SUTURA, POR CADA LESIÓN Ampliación de márgenes quirúrgicos de tumor maligno extirpado previamente	2			139.610	69.800	181.490	111.680	223.380	153.570
16 02 213	2	CABEZA, CUELLO, GENITALES O MELANOMA CUALQUIER UBICACIÓN: AMPLIACIÓN DE MÁRGENES QUIRÚRGICOS DE TUMOR MALIGNO EXTIRPADO PREVIAMENTE	2			139.610	69.800	181.490	111.680	223.380	153.570

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
16 02 214	2	RESTO DEL CUERPO: AMPLIACIÓN DE MÁRGENES QUIRÚRGICOS DE TUMOR MALIGNO EXTIRPADO PREVIAMENTE	2			107.420	53.710	139.650	85.940	171.870	118.160
16 02 215	3	TUMORES VASCULARES PROFUNDOS CABEZA, CUELLO, GENITALES	2			169.430	84.710	220.260	135.540	271.090	186.370
16 02 216	3	TUMORES VASCULARES PROFUNDOS RESTO DEL CUERPO	2			135.550	67.770	176.220	108.440	216.880	149.100
16 02 221	3	HERIDA CORTANTE O CONTUSA COMPLICADA, REPARACIÓN Y SUTURA (MÁS DE 5 CM)	1			81.770	40.880	106.300	65.410	130.830	89.940
16 02 222	2	HERIDA CORTANTE O CONTUSA NO COMPLICADA, REPARACIÓN Y SUTURA (UNA O MÚLTIPLE HASTA 5 CMS. DE LARGO TOTAL QUE COMPROMETA SOLO LA PIEL) Extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye Tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión	1			23.280	11.640	30.260	18.620	37.250	25.610
16 02 223	2	CABEZA, CUELLO, GENITALES; EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BENIGNA SUBEPIDÉRMICA, INCLUYE TUMOR SÓLIDO, QUISTE EPIDÉRMICO Y LIPOMA POR LESIÓN	2			104.710	52.350	136.120	83.760	167.540	115.180
16 02 224	2	RESTO DEL CUERPO: EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BENIGNA SUBEPIDÉRMICA, INCLUYE TUMOR SÓLIDO, QUISTE EPIDÉRMICO Y LIPOMA POR LESIÓN	2			87.190	43.590	113.350	69.750	139.500	95.900
16 02 225	2	VACIAMIENTO Y CURETAJE QUIRÚRGICO DE LESIONES QUÍSTICAS O ABSCESOS	1			57.270	28.630	74.450	45.810	91.630	62.990
16 02 231	2	ONICECTOMÍA TOTAL O PARCIAL SIMPLE	1			22.330	11.160	29.030	17.860	35.730	24.560
16 02 232	2	CIRUGÍA REPARADORA UNGUEAL POR PROCESO INFLAMATORIO	1			69.800	34.900	90.740	55.840	111.680	76.780
16 02 233	2	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEFECTO CONGÉNITO O POR TUMOR UNGUEAL	1			111.670	55.830	145.170	89.330	178.670	122.830
16 02 240	1	CURACIÓN POR MÉDICO, QUEMADURA O SIMILAR MENOR AL 5% SUPERFICIE CORPORAL EN PABELLÓN	1			15.500	7.750	20.150	12.400	24.800	17.050
16 02 241	3	CURACIÓN POR MÉDICO, QUEMADURA O SIMILAR 5 A 10% SUPERFICIE CORPORAL EN PABELLÓN	1			30.330	15.160	39.430	24.260	48.530	33.360
16 02 242	6	CURACIÓN POR MÉDICO, QUEMADURA O SIMILAR MAYOR AL 10 % SUPERFICIE CORPORAL EN PABELLÓN	1			51.550	25.770	67.020	41.240	82.480	56.700
** Estas prestaciones se autorizan a cirujanos dentistas especialistas en cirugía bucal y maxilofacial											
GRUPO : 17											
CARDIOLOGIA. NEUMOLOGIA. CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y DE TORAX, NEUMOLOGIA											
I.- CARDIOLOGIA.-											
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS.											
Electrocardiograma (E.C.G.)											
17 01 001		E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MÍNIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLEJOS POR DERIVACIÓN)				7.620	3.810	9.910	6.100	12.190	8.380
Prueba de esfuerzo:											

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 01 003		ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO				30.840	15.420	40.090	24.670	49.340	33.920
		Haz de His, registro de (incluye colocación de sonda intracardiaca y registros pertinentes, además control permanente del especialista y tratamiento de las complicaciones médicas)									
17 01 004		REGISTRO DE HAZ DE HIS, EN ADULTOS O NIÑOS				41.480	20.740	53.920	33.180	66.370	45.630
17 01 006		E.C.G. CONTINUO (TEST HOLTER O SIMILARES, POR EJ. VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA Y/O ALTA RESOLUCIÓN DEL ST Y/O DEPOLARIZACIÓN TARDÍA); 20 A 24 HORAS DE REGISTRO				35.760	17.880	46.490	28.610	57.220	39.340
17 01 007		ECOCARDIOGRAMA DOPPLER, CON REGISTRO (INCLUYE CÓD. 17-01-008)				72.190	36.090	93.850	57.750	115.500	79.400
17 01 045		ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL DOPPLER COLOR				76.030	38.010	98.840	60.820	121.650	83.630
17 01 055	3	ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL DOPPLER COLOR TRANSESOFÁGICO	1			87.590	43.790	113.870	70.070	140.140	96.340
17 01 008		ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL (INCLUYE REGISTRO MODO M, PAPEL FOTSENSIBLE Y FOTOGRAFÍA), EN ADULTOS O NIÑOS (PROC. AUT.)				45.130	22.560	58.670	36.100	72.210	49.640
17 01 009		MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL CONTINUO				24.980	12.490	32.470	19.980	39.970	27.480
17 01 056		ECOCARDIOGRAMA FETAL				84.980	42.490				
		PROCEDIMIENTOS HEMODINAMICOS									
		(Incluye control permanente del especialista y tratamiento de las complicaciones médicas; no incluye estudio químico de gases; además anestesia cód. 22-01-001 si corresponde)									
17 01 010		SONDEO CARDÍACO DERECHO C/S TERMODILUCIÓN, EN ADULTOS O NIÑOS	1			44.520	22.260	57.880	35.620	71.230	48.970
17 01 011		SONDEO CARDÍACO IZQUIERDO Y DERECHO, EN ADULTOS O NIÑOS	1			55.700	27.850	72.410	44.560	89.120	61.270
17 01 012		SONDEO CARDÍACO IZQUIERDO, EN ADULTOS O NIÑOS	1			47.270	23.630	61.450	37.810	75.630	51.990
		COLOCACION DE CATETER									
17 01 013	4	CATETERISMO EN RECIÉN NACIDO POR ARTERIA UMBILICAL	1			19.960	9.980	25.950	15.970	31.940	21.960
17 01 014		INSTALACIÓN DE CATÉTER SWAN-GANZ O SIMILAR, EN ADULTOS O NIÑOS (PROC. AUT.)	1			50.030	25.010	65.040	40.020	80.050	55.030
17 01 078	4	INSTALACIÓN DE CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO (CATÉTER DE QMT)	1			275.240	137.620	357.810	220.190	440.380	302.760

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 01 079	4	RETIRO DE CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO (CATÉTER DE QMT)	1			137.610	68.800	178.890	110.080	220.180	151.370
		OTROS									
17 01 015		DOPPLER CON ERGOMETRÍA (POR SESIÓN)				12.250	6.120	15.930	9.800	19.600	13.470
17 01 016		DOPPLER SIMPLE DE VASOS PERIFÉRICOS (POR SESIÓN)				4.940	2.470	6.420	3.950	7.900	5.430
17 01 017		PLETISMOGRAFÍA EN REPOSO, ESFUERZO C/U (POR SESIÓN)				15.910	7.950	20.680	12.720	25.460	17.500
17 01 018		REGISTRO ECOARTERIAL O ECOVENOSO PERIFÉRICO C/U (POR SESIÓN)				22.020	11.010	28.630	17.620	35.230	24.220
		PROCEDIMIENTOS PARA EXAMENES RADIOLOGICOS									
		(Si un mismo médico efectúa ambos procedimientos, cobrará ambos códigos; además anestesia mínima si corresponde)									
17 01 019	4	CINECORONARIOGRAFÍA DERECHA Y/O IZQUIERDA (INCLUYE VENTRICULOGRAFÍA IZQUIERDA) (A.C. 04-02-030)	1			72.290	36.140	93.980	57.830	115.660	79.510
17 01 020	4	VENTRICULOGRAFÍA DERECHA (INCLUYE SONDEO CARDÍACO DERECHO), EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-033)	1			44.520	22.260	57.880	35.620	71.230	48.970
17 01 021	4	VENTRICULOGRAFÍA IZQUIERDA (INCLUYE EL SONDEO CARDÍACO IZQUIERDO) , EN ADULTOS O NIÑOS (A.C.04-02-033)	1			50.030	25.010	65.040	40.020	80.050	55.030
		ARTERIOGRAFÍAS:(TECNICA DE SELDINGER O SIMILAR)									
17 01 022		AORTOGRAFÍA, EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-024)	1			30.070	15.030	39.090	24.050	48.110	33.070
17 01 023		ARTERIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES (CADA EXTREMIDAD) EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-025)	1			27.300	13.650	35.490	21.840	43.680	30.030
17 01 061		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA PULMONAR EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			40.130	20.060	52.170	32.100	64.210	44.140
17 01 062		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA RENAL EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			40.130	20.060	52.170	32.100	64.210	44.140
17 01 063		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA TRONCO CELÍACO EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			40.130	20.060	52.170	32.100	64.210	44.140
17 01 064		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA ARTERIA GLÚTEA EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			40.130	20.060	52.170	32.100	64.210	44.140
17 01 065		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA HIPOGÁSTRICA EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			40.130	20.060	52.170	32.100	64.210	44.140
17 01 066		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA HEPÁTICA EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			40.130	20.060	52.170	32.100	64.210	44.140
17 01 067		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA MESENTÉRICA EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			40.130	20.060	52.170	32.100	64.210	44.140
17 01 068		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA ARTERIA LUMBAR EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			40.130	20.060	52.170	32.100	64.210	44.140
17 01 069		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA ARTERIA VESICAL EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			40.130	20.060	52.170	32.100	64.210	44.140

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		VENOGRAFÍAS									
17 01 025		CAVOGRAFÍA (A.C. 04-02-035)	1			27.300	13.650	35.490	21.840	43.680	30.030
17 01 026		FLEBOGRAFÍA DE CADA EXTREMIDAD (A.C.04-02-038)	1			15.720	7.860	20.440	12.580	25.150	17.290
17 01 027		FLEBOGRAFÍA YUGULAR, SUPRARRENAL, PORTOGRAFÍA TRANSHEPÁTICAS, LUMBAR, ESPERMÁTICA, O SIMILAR, C/U (A.C. 04-02-041)	1			27.300	13.650	35.490	21.840	43.680	30.030
		OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOLOGICOS									
17 01 030		PUNCIÓN EVACUADORA DE PERICARDIO, C/S TOMA DE MUESTRA C/S INYECCIÓN DE MEDICAMENTO	1			16.720	8.360	21.740	13.380	26.750	18.390
17 01 031	5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL CORONARIA PROCEDIMIENTO CARDIOLÓGICO (A.C.04-02-022)	2			100.160	50.080	130.210	80.130	160.260	110.180
17 01 032	5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL PERIFÉRICA PROCEDIMIENTO CARDIOLÓGICO (A.C.04-02-023)	1			81.390	40.690	105.810	65.110	130.220	89.520
17 01 033	3	BIOPSIA ENDOMIOCÁRDICA (PROC. COMPLETO)	1			73.140	36.570	95.080	58.510	117.020	80.450
17 01 034		CARDIOVERSIÓN	1			25.030	12.510	32.540	20.020	40.050	27.530
17 01 035		COLOCACIÓN DE SONDA MARCAPASO TRANSITORIO (PROC. COMPLETO)	1			35.240	17.620	45.810	28.190	56.380	38.760
17 01 037	3	PUNCIÓN SUBCLAVIA O YUGULAR CON COLOCACIÓN DE CATÉTER	1			19.960	9.980	25.950	15.970	31.940	21.960
17 01 038	3	SEPTOSTOMÍA DE RASHKIND O CON CONTROLADA CON BALÓN	1			111.270	55.630	144.650	89.010	178.030	122.390
17 01 039	3	TROMBÓLISIS ARTERIAL PERIFÉRICA	1			83.460	41.730	108.500	66.770	133.540	91.810
17 01 040	3	TROMBÓLISIS INTRACORONARIA	1			177.930	88.960	231.310	142.340	284.690	195.720
17 01 041	4	VALVULOPLASTÍA MITRAL (A.C. 04-02-033)	1			214.060	107.030	278.280	171.250	342.500	235.470
17 01 042	4	VALVULOPLASTÍA AÓRTICA Y/O PULMONAR, C/U (A.C. 04-02-033)	1			138.650	69.320	180.250	110.920	221.840	152.510
17 01 043	4	ANGIOPLASTÍA DE COARTACIÓN AÓRTICA (A.C. 04-02-033)	1			138.650	69.320	180.250	110.920	221.840	152.510
17 01 046	4	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO ENDOCARDÍACO DE LAS ARRITMIAS	1			72.290	36.140	93.980	57.830	115.660	79.510
17 01 050	4	ABLACIÓN CON CORRIENTE CONTINUA O RADIOFRECUENCIA DE NÓDULO AURÍCULO-VENTRICULAR	1			72.290	36.140	93.980	57.830	115.660	79.510
17 01 051	4	ABLACIÓN CON CORRIENTE CONTINUA O CON RADIOFRECUENCIA DE VÍAS ACCESORIAS Y OTROS	1			115.590	57.790	150.270	92.470	184.940	127.140

II.- CIRUGIA CARDIOVASCULAR.

Para cirugía videoendoscópica no individualizada como tal, se aplicarán los códigos y valores de las técnicas convencionales

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		A. CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA									
		1.- OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA ARTERIAL									
17 03 001	8	EMBOLECTOMÍA Y/O TROMBECTOMÍA, UNILATERAL, MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR (PROC. AUT.)	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
17 03 002	7	FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÉNITA O TRAUMÁTICA, REPAR. QUIR.	2	119.630	82.240	278.950	139.470	362.640	223.160	446.320	306.840
17 03 075	6	FÍSTULA ARTERIOVENOSA PROTÉSICA	2	73.810	50.740	475.950	237.970	618.740	380.760	761.520	523.540
17 03 076	10	TRANSPOSICIÓN DE VENA BASÍLICA PARA HEMODIÁLISIS	2	144.050	99.030	382.980	191.490	497.870	306.380	612.770	421.280
17 03 003	7	FÍSTULA ARTERIOVENOSA NATIVA (VENA AUTÓLOGA)	2	73.810	50.740	379.910	189.950	493.880	303.920	607.860	417.900
17 03 005	10	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE VASOS ARTERIALES Y/O VENOSOS INTRA-ABDOMINALES O INTRA-TORÁCICOS C/S INJERTO (BIOLÓGICOS O SINTÉTICOS)	3	147.790	101.600	358.100	179.050	465.530	286.480	572.960	393.910
17 03 006	8	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE VASOS ARTERIALES Y/O VENOSOS PERIFÉRICOS C/S INJERTO (BIOLÓGICOS O SINTÉTICOS)	2	96.000	66.000	235.590	117.790	306.270	188.470	376.940	259.140
		Aneurismas, trat. quir.									
17 03 007	12	ANEURISMA AÓRTICO-ABDOMINAL TRAT. QUIR.	3	246.240	169.290	565.040	282.520	734.550	452.030	904.060	621.540
17 03 008	7	ANEURISMAS PERIFÉRICOS, TRAT. QUIR.	2	113.600	78.100	289.050	144.520	375.770	231.240	462.480	317.950
17 03 009	14	ANEURISMA TÓRACO-ABDOMINAL TRAT. QUIR.	3	295.410	203.090	733.590	366.790	953.670	586.870	1.173.740	806.940
		Puentes (by pass) y otros									
17 03 010	10	PUENTE AORTO-BIFEMORAL; PUENTES DE TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS	3	204.620	140.670	496.150	248.070	645.000	396.920	793.840	545.760
17 03 011	10	PUENTE AORTO-UNIFEMORAL	3	158.700	109.100	379.560	189.780	493.430	303.650	607.300	417.520
17 03 012	12	PUENTE AORTO-VISCERAL (RENAL, MESENTÉRICO O SIMILAR); C/U	3	167.950	115.460	444.060	222.030	577.280	355.250	710.500	488.470
17 03 013	12	PUENTE AORTO-ILÍACO	3	174.530	119.990	423.080	211.540	550.000	338.460	676.930	465.390
17 03 014	10	ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA, SUBCLAVIA, VERTEBRAL, FEMORAL, O SIMILAR C/S INJERTO (PROC. AUT.)	3	167.950	115.460	401.680	200.840	522.180	321.340	642.690	441.850
17 03 015	10	ENDARTERECTOMÍA FEMORAL COMÚN, SUPERFICIAL O PROFUNDA, POPLÍTEA U OTRAS C/S INJERTO (PROC. AUT.)	3	93.390	64.200	245.590	122.790	319.270	196.470	392.940	270.140
17 03 016	11	ENDARTERECTOMÍA RENAL, C/S INJERTO (PROC. AUT.)	3	113.330	77.910	288.290	144.140	374.780	230.630	461.260	317.110
17 03 017	10	PUENTE FÉMORO-TIBIAL O DISTALES	3	158.700	109.100	379.560	189.780	493.430	303.650	607.300	417.520
17 03 018	10	PUENTE FÉMORO-POPLÍTEO	3	158.700	109.100	379.560	189.780	493.430	303.650	607.300	417.520

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 03 019	8	LIGADURA TRONCOS ARTERIALES, (PROC. AUT.)	2	93.540	64.310	148.640	74.320	193.230	118.910	237.820	163.500
17 03 020	10	OTRAS DERIVACIONES: FÉMORO - FEMORAL, AXILO - HUMERAL, AXILO - FEMORAL, CARÓTIDOSUBCLAVIO, AXILO - AXILAR O SIMILARES; C/U 2.- OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA VENOSO	3	154.590	106.280	307.300	153.650	399.490	245.840	491.680	338.030
17 03 021	12	ANASTOMOSIS PORTOCAVA U OTRAS PORTOSISTÉMICAS	3	192.080	132.050	505.040	252.520	656.550	404.030	808.060	555.540
17 03 022	12	ANASTOMOSIS VENOSAS INTRAABDOMINALES	3	158.700	109.100	379.560	189.780	493.430	303.650	607.300	417.520
17 03 023		DENUDACIÓN VENOSA (PROC. AUT.)	1			59.380	29.690	77.190	47.500	95.010	65.320
17 03 024	9	DERIVACIONES VENOSAS DE EXTREMIDADES PUENTES VENOSOS	2	116.270	79.930	271.030	135.510	352.340	216.820	433.650	298.130
17 03 025	8	IMPLANTE FILTROS VENOSOS	3	119.940	82.460	305.090	152.540	396.620	244.070	488.140	335.590
17 03 066	5	INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO DE LARGA DURACIÓN TUNELIZADO (INCLUYE CATÉTER)	1	73.810	50.740	275.240	137.620	357.810	220.190	440.380	302.760
17 03 074	4	RETIRO DE CATÉTER VENOSO DE LARGA DURACIÓN TUNELIZADO	1			137.610	68.800	178.890	110.080	220.180	151.370
17 03 080	7	IMPLANTE Y RETIRO DE IMPLANTE VENOSO (FILTRO DE VENA CAVA) POR VÍA ENDOVASCULAR	3	73.810	50.740	738.450	369.220	959.990	590.760	1.181.520	812.290
17 03 026	5	LIGADURA CAYADO SAFENA INTERNA, UNILATERAL	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
17 03 027	5	LIGADURA OTROS TRONCOS VENOSOS (POPLÍTEO, FEMORAL, ILÍACAS, HUMERAL, AXILAR, OTROS); LIGADURA DE VENAS COMUNICANTES Y/O PERFORANTES, Y/O RESECCIÓN DE PAQUETES VARICOSOS, CUALQUIER TÉCNICA (UNA EXTREMIDAD); C/U	2	90.740	62.380	144.170	72.080	187.420	115.330	230.670	158.580
17 03 028	8	LIGADURA VENA CAVA INFERIOR	3	94.510	64.970	277.850	138.920	361.210	222.280	444.560	305.630
17 03 029	6	RESECCIÓN CUTÁNEO-APONEURÓTICA UNILATERAL (INCLUYE FASCIOTOMÍA INTERNA O POSTERIOR)	2	66.000	45.370	167.980	83.990	218.370	134.380	268.770	184.780
17 03 030	6	SAFENECTOMÍA INTERNA Y/O EXTERNA, UNILATERAL, O ENDOABLACIÓN POR CUALQUIER TÉCNICA (LÁSER, RADIOFRECUENCIA O SIMILAR).	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
17 03 031	6	TROMBECTOMÍA DE VENAS PROFUNDAS	2	71.760	49.330	152.230	76.110	197.900	121.780	243.570	167.450
17 03 081	4	ABLACIÓN TRONCOS VENOSOS CON TÉCNICA TÉRMICA (LASER, RADIOFRECUENCIA U OTRAS)	1			226.440	113.220	294.370	181.150	362.300	249.080
17 03 082	4	ABLACIÓN TRONÇOS VENOSOS CON TÉCNICA NO TÉRMICA NO TUMESCENTE (CIANOCRILATO, FÁRMACO MECÁNICO U OTRAS) 3.- OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA LINFATICO LINFATICOS	1			195.020	97.510	253.530	156.020	312.030	214.520
17 03 032	7	ANASTOMOSIS LINFOVENOSAS	2	93.040	63.960	220.200	110.100	286.260	176.160	352.320	242.220

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 03 033	7	LINFEDEMA, TRAT. QUIR. UNA EXTREMIDAD GANGLIOS	2	116.270	79.930	303.950	151.970	395.140	243.160	486.320	334.340
17 03 034	3	DRENAJE QUIRÚRGICO ADENITIS	1			57.560	28.780	74.830	46.050	92.100	63.320
17 03 035	3	BIOPSIA QUIR. GANGLIONAR (CUALQUIER REGIÓN PERIFÉRICA SUPERFICIAL O PROFUNDA) (PROC. AUT.) DISECCION Y EXTIRPACION GANGLIONAR REGIONAL (PROC. AUT.):	1			120.080	60.040	156.100	96.060	192.130	132.090
17 03 036	9	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: AXILO-SUPRACLAVICULAR	3	136.100	93.570	329.870	164.930	428.830	263.890	527.790	362.850
17 03 037	9	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: CÉRVICO-TORÁCICA	3	107.200	73.700	272.680	136.340	354.480	218.140	436.290	299.950
17 03 038	9	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: ILEOINGUINAL	3	129.890	89.300	337.840	168.920	439.190	270.270	540.540	371.620
17 03 039	9	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: INGUINOESCROTALES	3	119.940	82.460	279.620	139.810	363.510	223.700	447.390	307.580
17 03 040	10	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: LUMBO-AÓRTICOS	3	173.230	119.090	409.680	204.840	532.580	327.740	655.490	450.650
17 03 041	10	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: MEDIASTÍNICOS	3	163.340	112.290	390.610	195.300	507.790	312.480	624.980	429.670
17 03 042	6	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: POPLÍTEOS	3	70.590	48.530	212.990	106.490	276.890	170.390	340.780	234.280
17 03 043	8	VACIAMIENTO (DISECCIÓN) RADICAL CUELLO (V.R.C.) CLÁSICO IPSILATERAL	3	116.640	80.190	296.690	148.340	385.700	237.350	474.700	326.350
17 03 044	5	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: YUGULAR SIMPLE 4.- SIMPATECTOMIA:	2	56.020	38.510	148.510	74.250	193.060	118.800	237.620	163.360
17 03 045	9	SIMPATECTOMÍA CÉRVICO-TORÁCICA	3	123.040	84.590	312.970	156.480	406.860	250.370	500.750	344.260
17 03 046	9	SIMPATECTOMÍA LUMBAR B. CIRUGIA CARDIACA PERICARDIO Y CORAZON En operaciones sobre el corazón, el honorario del cardiólogo por control intraoperatorio y hasta 15 días del postoperatorio, será el 25% del honorario del primer cirujano. Los honorarios del médico perfusionista, cuando corresponda equivaldrán al 20% del cirujano principal.	3	119.940	82.460	237.300	118.650	308.490	189.840	379.680	261.030
17 03 047	12	ANASTOMOSIS VASCULARES SISTÉMICOPULMONARES (BLALOCK-POTT-GLENN O SIMILARES)	3	181.520	124.790	477.240	238.620	620.410	381.790	763.580	524.960
17 03 048	5	CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASO, SIN CAMBIO DE ELECTRODO	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 03 049	12	COARTACIÓN AÓRTICA INFANTIL (PREDUCTAL) TRAT. QUIR.	3	226.800	155.920	448.430	224.210	582.960	358.740	717.490	493.270
17 03 050	12	COARTACIÓN AÓRTICA, TRAT. QUIR.	3	181.520	124.790	477.240	238.620	620.410	381.790	763.580	524.960
17 03 051	10	CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE, TRAT. QUIR.	3	192.080	132.050	454.080	227.040	590.300	363.260	726.530	499.490
17 03 052	11	FÍSTULA CORONARIA, TRAT. QUIR.	3	181.520	124.790	429.090	214.540	557.820	343.270	686.540	471.990
17 03 053	8	IMPLANTACIÓN DE MARCAPASO C/ELECTROD. INTRAVEN. O EPICÁRDICO	2	73.810	50.740	174.720	87.360	227.140	139.780	279.550	192.190
17 03 054	11	OPERACIÓN SOBRE ANILLOS VALVULARES O VASCULARES	3	144.050	99.030	349.090	174.540	453.820	279.270	558.540	383.990
17 03 055	10	OPERACIONES SOBRE ARTERIA PULMONAR, CONSTRICCIÓN POR CINTA	3	136.100	93.570	329.870	164.930	428.830	263.890	527.790	362.850
17 03 056	10	PERICARDIECTOMÍA Y/O EXTIRP. DE QUISTES Y/O TUMORES	3	186.190	128.000	497.750	248.870	647.080	398.200	796.400	547.520
17 03 057	10	PERICARDIORRAFIA O MIOPERICARDIORRAFIA EN HERIDAS PENETRANTES	3	181.520	124.790	429.090	214.540	557.820	343.270	686.540	471.990
17 03 058	10	PERICARDIOTOMÍA	2	98.460	67.690	259.070	129.530	336.790	207.250	414.510	284.970
17 03 077	6	EXTRACCIÓN DE ELECTRODO ENDOCAVITARIO, CON O SIN EXTRACCIÓN DE GENERADOR DE MARCAPASO O DESFIBRILADOR OPERACIONES CARDIACAS (Incluyen la toma de puentes venosos) Con circulación extracorpórea:	2	73.810	50.740	174.720	87.360	227.140	139.780	279.550	192.190
17 03 061	14	- (Y) DE COMPLEJIDAD MAYOR: INCLUYE REEMPLAZO VALVULAR MÚLTIPLE, TRES O MÁS PUENTES AORTOCORONARIOS Y/O ANASTOMOSIS CON ARTERIA MAMARIA, CORRECCIÓN DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS (POR EJEMPLO: FALLOT; ATRESIA TRICUSPÍDEA; DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO; TRANSPOSICIÓN GRANDES VASOS; VENTRÍCULO ÚNICO O SIMILARES), ANEURISMA AÓRTICO TORÁCICO, TRANSPLANTE CARDÍACO Y CUALQUIER OPERACIÓN CARDÍACA EN LACTANTES	4	344.720	236.990	939.950	469.970	1.221.940	751.960	1.503.920	1.033.940
17 03 062	14	- (Y) DE COMPLEJIDAD MEDIANA: INCLUYE COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR, REEMPLAZO UNIVALVULAR, UNO O DOS PUENTES AORTOCORONARIOS; ANEURISMA VENTRICULAR, CORRECCIÓN DE WOLF-PARKINSON WHITE Y OTRAS ARRITMIAS	4	270.820	186.190	677.890	338.940	881.260	542.310	1.084.620	745.670
17 03 063	14	- (Y) DE COMPLEJIDAD MENOR: INCLUYE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR SIMPLE, ESTENOSIS PULMONAR VALVULAR, ESTENOSIS MITRAL O SIMILAR (Y) Estas prestaciones poseen cuarto cirujano y su valor corresponde al 20% del primer cirujano III.- CIRUGIA DE TORAX PARED TORACICA.	4	221.550	152.310	539.140	269.570	700.880	431.310	862.620	593.050
17 04 001	10	CIRUGÍA DEL OPÉRCULO TORÁCICO (RESECCIÓN DE PRIMERA COSTILLA, CUALQUIER ABORDAJE); UNILATERAL	3	119.630	82.240	220.680	110.340	286.880	176.540	353.090	242.750

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 04 002	10	CIRUGÍA TÓRAX ABIERTO TRAUMÁTICO Y/O FIJACIÓN TÓRAX VOLANTE, OSTEOSÍNTESIS COSTALES MÚLTIPLES Y DE ESTERNÓN (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	147.790	101.600	373.720	186.860	485.840	298.980	597.950	411.090
17 04 003	9	FENESTRACIÓN O TORACOPLASTÍA	2	113.330	77.910	224.230	112.110	291.500	179.380	358.770	246.650
17 04 004	9	REPARACIÓN PECTUM EXCAVATUM O CARINATUM, (PROC. AUT.)	3	76.640	52.690	231.230	115.610	300.600	184.980	369.970	254.350
17 04 005	8	RESECCIÓN DE COSTILLAS Y/O PARED COSTAL Y/O CARTÍLAGO Y/O ESTERNÓN S/PLASTÍA (PROC. AUT.)	2	73.810	50.740	170.500	85.250	221.650	136.400	272.800	187.550
17 04 006	8	RESECCIÓN DE PARED COSTAL C/PLASTÍA (TORACOPLASTÍA OSTEOPLÁSTICA DE YORK O SIMILAR)	2	80.690	55.470	212.990	106.490	276.890	170.390	340.780	234.280
17 04 007	10	TORACOFRENOLAPARATOMÍA EXPLORADORA C/S REPARACIÓN VÍSCERAS TORÁCICAS Y ABDOMINALES	3	113.330	77.910	296.300	148.150	385.190	237.040	474.080	325.930
17 04 008	10	TORACOFRENOTOMÍA EXPLORADORA	3	90.740	62.380	238.640	119.320	310.230	190.910	381.820	262.500
17 04 009	9	TORACOTOMÍA EXPLORADORA, C/S BIOPSIA, C/S DEBRIDACIÓN, C/S DRENAJE	2	96.000	66.000	201.700	100.850	262.210	161.360	322.720	221.870
17 04 010	6	TORACOTOMÍA MÍNIMA C/S RESECCIÓN COSTAL, C/S BIOPSIA, C/S DRENAJE	2			147.900	73.950	192.270	118.320	236.640	162.690
		MEDIASTINO									
17 04 011	8	MEDIASTINOTOMÍA EXPLORADORA ANT. O POST. C/S BIOPSIA PROC. AUT	2	71.920	49.440	157.620	78.810	204.910	126.100	252.190	173.380
		Drenaje quir. de mediastino (proc. aut.):									
17 04 012	7	DRENAJE QUIR. DE MEDIASTINO, VÍA CERVICAL	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
17 04 013	8	DRENAJE QUIR. DE MEDIASTINO, VÍA TORÁCICA	2	82.740	56.880	216.910	108.450	281.980	173.520	347.060	238.600
		Timectomía									
17 04 014	7	TIMECTOMÍA VÍA CERVICAL	3	70.590	48.530	212.990	106.490	276.890	170.390	340.780	234.280
17 04 015	8	TIMECTOMÍA VÍA TORÁCICA MEDIOESTERNAL	3	93.040	63.960	261.200	130.600	339.560	208.960	417.920	287.320
17 04 016	9	CONDUCTO TORÁCICO, LIGADURA QUIRÚRGICA	2	93.540	64.310	246.020	123.010	319.830	196.820	393.630	270.620
17 04 017	10	TUMORES O QUISTES DE MEDIASTINO (ANTERIOR O POSTERIOR) TRAT. QUIR. C/S DISECCIÓN GANGLIONAR	3	144.050	99.030	425.340	212.670	552.940	340.270	680.540	467.870
		DIAFRAGMA									
17 04 018	10	CIRUGÍA DEL DIAFRAGMA CON CIRUGÍA DE VÍSCERAS ABDOMINALES O TORÁCICAS	3	116.640	80.190	313.190	156.590	407.150	250.550	501.100	344.500
17 04 064	10	FRENOPARÁLISIS TRAT. QUIR.	2	119.940	82.460	319.240	159.620	415.010	255.390	510.780	351.160

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 04 019	9	HERIDAS TRAUMÁTICAS DEL DIAFRAGMA, TRAT. QUIR.	3	90.740	62.380	206.590	103.290	268.570	165.270	330.540	227.240
17 04 020	10	HERNIOPLASTÍA DIAFRAGMÁTICA POR VÍA TORÁCICA C/ PRÓTESIS (NO INCLUYE VALOR DE LA PRÓTESIS)	3	96.000	66.000	252.540	126.270	328.300	202.030	404.060	277.790
17 04 021	9	HERNIOPLASTÍA DIAFRAGMÁTICA POR VÍA TORÁCICA, SIN PRÓTESIS	3	90.740	62.380	222.630	111.310	289.420	178.100	356.210	244.890
17 04 022	10	TUMORES, MALFORMACIONES O QUISTES DEL DIAFRAGMA (NO INCLUYE VALOR DE LA PRÓTESIS) TRAT. QUIR. PLEURA	3	90.740	62.380	238.640	119.320	310.230	190.910	381.820	262.500
17 04 023	9	CUERPO EXTRAÑO PLEURAL, EXTRAC. QUIR.	2	96.000	66.000	201.700	100.850	262.210	161.360	322.720	221.870
17 04 024	11	DECORTICACIÓN PLEUROPULMONAR (PLEURECTOMÍA PARCIAL O TOTAL)	3	98.460	67.690	215.570	107.780	280.240	172.450	344.910	237.120
17 04 025	6	PLEURODESIS POR PLEUROTOMÍA	1			84.740	42.370	110.160	67.790	135.580	93.210
17 04 026	10	PLEURODESIS POR TORACOTOMÍA	2	96.000	66.000	201.700	100.850	262.210	161.360	322.720	221.870
17 04 027	4	PLEUROTOMÍA ÚNICA O DOBLE	1			60.900	30.450	79.170	48.720	97.440	66.990
17 04 028	10	TRATAMIENTO RESECTIVO DE TUMORES PLEURALES TRAQUEA Y BRONQUIO (Ver además Otorrinolaringología)	3	96.000	66.000	210.130	105.060	273.170	168.100	336.210	231.140
17 04 029	10	BRNCOTOMÍA O TRAQUEOBRNCOTOMÍA EXPLORADORA O TERAPÉUTICA POR TORACOTOMÍA (PROC. AUT.)	2	90.740	62.380	238.640	119.320	310.230	190.910	381.820	262.500
17 04 030	11	CIRUGÍA RUPTURA TRAQUEOBRONQUIAL O TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FÍSTULA BRONQUIAL POR ESTERNOTOMÍA MEDIA	3	136.100	93.570	457.940	228.970	595.320	366.350	732.700	503.730
17 04 031	10	PLASTÍA DE TRÁQUEA Y/O BRONQUIOS C/S RESECCIÓN, C/S PRÓTESIS (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	3	181.520	124.790	477.240	238.620	620.410	381.790	763.580	524.960
17 04 032	11	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FÍSTULA BRONQUIAL POR TORACOTOMÍA	3	136.100	93.570	313.890	156.940	408.060	251.110	502.220	345.270
17 04 033	9	TUMORES TRAQUEALES, EXTIRPACIÓN PULMON (Cada lado)	3	192.080	132.050	505.040	252.520	656.550	404.030	808.060	555.540
17 04 034	10	ABSCESO PULMONAR, DRENAJE POR TORACOTOMÍA	2	90.740	62.380	190.610	95.300	247.790	152.480	304.980	209.670
17 04 035	9	BIOPSIA PULMONAR POR TORACOTOMÍA	2	93.540	64.310	196.500	98.250	255.450	157.200	314.400	216.150
17 04 036	9	BULAS, TRAT. QUIR.	2	98.460	67.690	206.900	103.450	268.970	165.520	331.040	227.590
17 04 037	11	CIRUGÍA DE QUISTE HIDATÍDICO SIN RESECCIÓN PULMONAR	2	158.700	109.100	379.560	189.780	493.430	303.650	607.300	417.520

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 04 038	9	CUERPO EXTRAÑO INTRAPULMONAR, EXTIRP. QUIR.	2	90.740	62.380	230.670	115.330	299.870	184.530	369.070	253.730
17 04 039	8	HERIDAS DE PULMÓN, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	2	90.740	62.380	198.560	99.280	258.130	158.850	317.700	218.420
17 04 040	11	LOBECTOMÍA O BILOBECTOMÍA	3	172.260	118.430	412.040	206.020	535.650	329.630	659.260	453.240
17 04 041	11	METÁSTASIS BILATERAL PULMÓN, TRAT. QUIR. POR ESTERNOTOMÍA	3	162.780	111.910	389.360	194.680	506.170	311.490	622.980	428.300
17 04 042	10	METÁSTASIS UNILATERAL PULMÓN	2	119.940	82.460	262.770	131.380	341.600	210.210	420.430	289.040
17 04 043	11	NEUMONECTOMÍA C/S RESECCIÓN DE PARED COSTAL	3	187.120	128.640	492.020	246.010	639.630	393.620	787.230	541.220
17 04 045	10	QUISTECTOMÍA SIMPLE DE PULMÓN	2	119.940	82.460	262.770	131.380	341.600	210.210	420.430	289.040
17 04 046	10	RESECCIONES SEGMENTARIAS ANATÓMICAS DE PULMÓN	3	147.790	101.600	358.100	179.050	465.530	286.480	572.960	393.910
		ESOFAGO									
		Cuerpos extraños, extracción por esofagotomía (proc. aut.)									
17 04 047	6	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO POR VÍA CERVICAL	2	67.950	46.710	148.940	74.470	193.620	119.150	238.300	163.830
17 04 048	9	CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO, EXTRACCIÓN POR ESOFAGOTOMÍA, VÍA TORÁCICA	3	90.740	62.380	238.640	119.320	310.230	190.910	381.820	262.500
17 04 049	6	ESOFAGOSTOMÍA CERVICAL (PROC. AUT.)	2	71.920	49.440	157.620	78.810	204.910	126.100	252.190	173.380
		Tumores benignos y/o quistes. trat. quir.									
17 04 050	9	TUMORES BENIGNOS Y/O QUISTES ESOFÁGICOS, TRAT. QUIR., VÍA CERVICAL	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
17 04 051	9	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORES ESOFAGICOS BENIGNOS Y/O QUISTES VÍA TORÁCICA	3	88.380	60.760	232.480	116.240	302.220	185.980	371.970	255.730
		Divertículos, trat. quir.									
17 04 052	8	DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS, TRAT. QUIR., VÍA CERVICAL	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
17 04 053	8	DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS, TRAT. QUIR., VÍA TORÁCICA	3	96.000	66.000	252.540	126.270	328.300	202.030	404.060	277.790
17 04 054	8	ACHALASIA, TRAT. QUIR.	3	119.940	82.460	305.090	152.540	396.620	244.070	488.140	335.590
17 04 055	12	ATRESIA ESOFÁGICA, TRAT. QUIR.	3	144.050	99.030	425.340	212.670	552.940	340.270	680.540	467.870
17 04 056	12	ESOFAGECTOMÍA CON RESTITUCIÓN DEL TRÁNSITO MEDIANTE ESTÓMAGO O INTESTINO; PARCIAL O TOTAL	3	192.080	132.050	555.880	277.940	722.640	444.700	889.410	611.470
17 04 057	12	ESOFAGECTOMÍA TOTAL CON ESOFAGOSTOMÍA, GASTROSTOMÍA Y YEYUNOSTOMÍA	3	136.100	93.570	409.950	204.970	532.940	327.960	655.920	450.940

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 04 058	12	ESOFAGOGASTRECTOMÍA PROXIMAL	3	158.700	109.100	459.610	229.800	597.490	367.680	735.380	505.570
17 04 059	8	PRÓTESIS O TUBO ENDOESOFÁGICO, COLOCACIÓN DE (PROC. AUT.)	3	71.920	49.440	221.200	110.600	287.560	176.960	353.920	243.320
17 04 060	11	RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO EN SEGUNDO TIEMPO (ESTÓMAGO O INTESTINO) DE OPERACIÓN CÓD. 17-04-057	3	158.700	109.100	299.480	149.740	389.320	239.580	479.170	329.430
17 04 061	9	SUTURA HERIDA O PERFORACIÓN ESÓFAGO CERVICAL	2	136.100	93.570	313.890	156.940	408.060	251.110	502.220	345.270
17 04 062	11	SUTURA HERIDA O PERFORACIÓN ESÓFAGO TORÁCICO	3	158.700	109.100	379.560	189.780	493.430	303.650	607.300	417.520
17 04 063	8	VÁRICES ESOFÁGICOS, LIGADURA DIRECTA	3	94.510	64.970	277.850	138.920	361.210	222.280	444.560	305.630
		IV.- NEUMOLOGIA.-									
		PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DEL APARATO RESPIRATORIO.									
		Espirometrías									
17 07 001		ESPIROMETRÍA BASAL				7.460	3.730	9.700	5.970	11.940	8.210
17 07 002		ESPIROMETRÍA BASAL Y CON BRONCODILATADOR				12.450	6.220	16.190	9.960	19.920	13.690
17 07 003		PRUEBA DE PROVOCACIÓN CON ALERGENO (INCLUYE ALERGENO)				22.430	11.210	29.160	17.940	35.890	24.670
17 07 004		PROVOCACIÓN CON EJERCICIO, TEST DE				19.080	9.540	24.800	15.260	30.530	20.990
17 07 005		TEST DE PROVOCACIÓN CON METACOLINA (PC20) (INCLUYE ESPIROMETRÍA BASAL Y TRATAMIENTO DE EFECTOS ADVERSOS DE LA METACOLINA)				20.710	10.350	26.920	16.560	33.140	22.780
17 07 051		CURVA DOSIS RESPUESTA A BRONCODILATADORES.				17.470	8.730	22.710	13.970	27.950	19.210
		MEDICION DE LA VENTILACION									
		(Incluye las tomas de muestras y la determinación de los gases espirados).									
17 07 007		ANÁLISIS DE GAS ESPIRADO				8.570	4.280	11.140	6.850	13.710	9.420
17 07 008		CAPACIDAD DE DIFUSIÓN, ESTUDIO DE				13.720	6.860	17.840	10.980	21.950	15.090
17 07 009		CAPACIDAD FÍSICA DEL TRABAJO				18.710	9.350	24.320	14.960	29.940	20.580
17 07 010		CURVA DE LAVADO DE NITRÓGENO (N)				18.450	9.220	23.990	14.760	29.520	20.290
17 07 011		CURVA DE RELACIÓN FLUJO-VOLUMEN BASAL				9.440	4.720	12.270	7.550	15.100	10.380
17 07 012		DISTENSIBILIDAD PULMONAR, (COMPLIANCE), ESTUDIO DE				16.430	8.210	21.360	13.140	26.290	18.070

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		Ano-recto-sigmoidoscopia (con tubo rígido de hasta 30 cms.) (ARScopia)									
18 01 004	2	ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPIA EN ADULTOS	1			15.400	7.700	20.020	12.320	24.640	16.940
18 01 005	2	ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPIA EN NIÑOS (ADEMÁS ANESTESIA CÓD. 22-01-001 SI CORRESPONDE)	1			23.060	11.530	29.980	18.450	36.900	25.370
18 01 006	3	COLONOSCOPIA LARGA (INCLUYE SIGMOIDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA IZQUIERDA)	1			55.260	27.630	71.840	44.210	88.420	60.790
18 01 007	3	SIGMOIDOSCOPIA Y COLONOSCOPIA IZQUIERDA CON TUBO FLEXIBLE (INCLUYE LA ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPIA)	1			46.100	23.050	59.930	36.880	73.760	50.710
		Endoscopias por otras vías c/s biopsias									
18 01 008		- COLEDOCOSCOPIA INTRAOPERATORIA C/S EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS	1			8.080	4.040	10.500	6.460	12.930	8.890
18 01 009	4	- PERITONEOSCOPIA TRANSPARIETAL (INCLUYE EL NEUMOPERITONEO)	1			30.630	15.310	39.820	24.500	49.010	33.690
		OTROS PROCEDIMIENTOS									
18 01 011		MANOMETRÍA ESOFÁGICA CONVENCIONAL				27.000	13.500	35.100	21.600	43.200	29.700
18 01 012		- REFLUJO ÁCIDO, TEST DE (GROSSMAN O SIMILAR) O REFLUJO ALCALINO, TEST DE				18.610	9.300	24.190	14.880	29.780	20.470
18 01 015	2	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO, POR CÁPSULA (DE RUBIN, CROSBY O SIM.)	1			23.060	11.530	29.980	18.450	36.900	25.370
18 01 016		- PUNCIÓN BIOPSIA TRANSPARIETAL DE ÓRGANOS ABDOMINALES C/U	1			23.390	11.690	30.410	18.710	37.420	25.720
18 01 018	3	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA C/S PAPILOTOMÍA	1			67.450	33.720	87.690	53.960	107.920	74.190
18 01 019		DRENAJE DE LA VÍA BILIAR TRANSHEPÁTICA Y/O PERCUTÁNEO (A.C. 04-01-015)	1			30.630	15.310	39.820	24.500	49.010	33.690
18 01 020		FISTULOGRAFÍA (A.C. 04-02-009)	1			9.750	4.870	12.680	7.800	15.600	10.720
18 01 021		NEUMOPERITONEO POR PUNCIÓN TRANSPARIETAL	1			9.750	4.870	12.680	7.800	15.600	10.720
18 01 022		INSTALACIÓN SONDA DE SENGSTAKEN				9.740	4.870	12.660	7.790	15.580	10.710
18 01 023		INSTALACIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA NASOGÁSTRICA				3.710	1.850	4.820	2.960	5.940	4.080
18 01 024		INSTALACIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA ENTERAL				4.080	2.040	5.300	3.260	6.530	4.490
18 01 025	2	DILATACIÓN DE ESTENOSIS BENIGNAS O MALIGNAS DEL TRACTO DIGESTIVO POR BALÓN	1			19.440	9.720	25.270	15.550	31.100	21.380
18 01 026	2	DILATACIÓN DE ESTENOSIS BENIGNAS O MALIGNAS DEL TRACTO DIGESTIVO POR BUJÍA	1			8.070	4.030	10.490	6.450	12.910	8.870
18 01 027	4	INSTALACIÓN PRÓTESIS PLÁSTICA (S) EN VÍA BILIAR O PANCREÁTICA	1			66.740	33.370	86.760	53.390	106.780	73.410

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		ABDOMINAL NO COMPLICADA O DE UN HEMOPERITONEO POSTOPERATORIO O COMO TRATAMIENTO DE UNA PERITONITIS (LAPAROSTOMÍA CONTENIDA -MÁXIMO CUATRO-, RESUTURAS, ETC.)	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
18 02 005	7	ONFALOCELE (HASTA 5 CMS.); TRAT. QUIR.	2	69.660	47.890	161.900	80.950	210.470	129.520	259.040	178.090
18 02 006	7	ONFALOCELE (MÁS DE 5 CMS.); TRAT. QUIR.	2	75.550	51.940	197.000	98.500	256.100	157.600	315.200	216.700
18 02 013	9	GASTROSQUISIS	2	113.330	77.910	268.300	134.150	348.790	214.640	429.280	295.130
		PERITONEO									
18 02 007	8	PERITONITIS DIFUSA AGUDA, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	3	71.920	49.440	221.200	110.600	287.560	176.960	353.920	243.320
		Tumor y/o quiste, trat. quir.									
18 02 008	7	TUMOR Y/O QUISTE PERITONEAL (PARIETAL)	2	67.950	46.710	157.050	78.520	204.170	125.640	251.280	172.750
18 02 009	8	TUMOR Y/O QUISTE RETROPERITONEAL	3	98.460	67.690	263.310	131.650	342.300	210.640	421.300	289.640
		ESTOMAGO									
18 02 010	9	ANTRECTOMÍA Y VAGOTOMÍA TRONCULAR O SELECTIVA (PROC. AUT.)	3	132.580	91.150	305.790	152.890	397.530	244.630	489.260	336.360
18 02 011	10	DESGASTRECTOMÍA Y NEOANASTOMOSIS, C/S VAGUECTOMÍA	3	147.790	101.600	384.200	192.100	499.460	307.360	614.720	422.620
18 02 012	7	GASTROENTEROANASTOMOSIS, CUALQUIER TÉCNICA. (PROC. AUT.)	3	98.460	67.690	259.070	129.530	336.790	207.250	414.510	284.970
18 02 014	6	GASTROTOMÍA Y/O GASTROSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
18 02 015	7	PERFORACIÓN GÁSTRICA AGUDA, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	3	73.810	50.740	226.920	113.460	295.000	181.540	363.070	249.610
18 02 016	7	PILOROPLASTÍA (PROC. AUT.)	2	69.740	47.940	177.480	88.740	230.720	141.980	283.970	195.230
18 02 158	12	CIRUGIA BARIÁTRICA BY PASS GASTRICO POR LAPAROSCOPIA	3	254.780	175.160	662.300	331.150	860.990	529.840	1.059.680	728.530
18 02 159	12	CIRUGIA BARIÁTRICA MANGA GASTRICA POR LAPAROSCOPIA	3	203.170	139.680	572.330	286.160	744.030	457.860	915.730	629.560
		Gastrectomía sub-total distal:									
18 02 017	9	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL CON DISECCIÓN GANGLIONAR	3	140.080	96.300	372.410	186.200	484.130	297.920	595.860	409.650
18 02 018	9	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL SIN DISECCIÓN GANGLIONAR	3	119.940	82.460	314.410	157.200	408.730	251.520	503.060	345.850

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
18 02 019	9	DUMPING Y/O SÍNDROME ASA AFERENTE, TRAT. QUIR.	3	136.100	93.570	353.940	176.970	460.120	283.150	566.300	389.330
18 02 021	11	GASTRECTOMÍA SUB-TOTAL PROXIMAL CON ESÓFAGO-GASTRO-ANASTOMOSIS U OTRA DERIVACIÓN	3	176.830	121.570	418.020	209.010	543.430	334.420	668.830	459.820
18 02 022	11	GASTRECTOMÍA TOTAL	3	186.770	128.400	441.600	220.800	574.080	353.280	706.560	485.760
18 02 023	13	GASTRECTOMÍA TOTAL O SUB-TOTAL AMPLIADA (INCLUYE ESPLENECTOMÍA Y PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL Y DISECCIÓN GANGLIONAR)	3	204.100	140.320	510.900	255.450	664.170	408.720	817.440	561.990
18 02 024	8	GASTROPEXIA Y/U OTRA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO, C/S VAGOTOMÍA	3	116.640	80.190	276.080	138.040	358.900	220.860	441.730	303.690
18 02 025	8	VAGOTOMÍA SELECTIVA Y SUPERSELECTIVA C/S DREN. GÁSTRICO, C/S PILOROPLASTÍA (PROC. AUT.)	3	90.740	62.380	262.610	131.300	341.390	210.080	420.180	288.870
18 02 079	11	GASTRECTOMÍA TOTAL CON OSTOMÍAS PROXIMAL Y DISTAL	3	108.430	74.540	331.550	165.770	431.020	265.240	530.480	364.700
18 02 080	11	RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO EN 2º TIEMPO DE OPERACIÓN CÓDIGO 18-02-079 HIGADO Y VIAS BILIARES	3	81.090	55.750	260.540	130.270	338.700	208.430	416.860	286.590
18 02 026	8	DRENAJE DE COLECCIONES LÍQUIDAS HEPÁTICAS	3	93.390	64.200	245.590	122.790	319.270	196.470	392.940	270.140
18 02 027	10	COLANGIOENTEROANASTOMOSIS INTRAHEPÁTICA	3	198.820	136.690	482.090	241.040	626.720	385.670	771.340	530.290
18 02 028	8	COLECISTECTOMÍA C/S COLANGIOGRAFÍA OPERATORIA	3	113.330	77.910	264.220	132.110	343.490	211.380	422.750	290.640
18 02 081	10	COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, PROC. COMPLETO	3	133.330	91.660	355.890	177.940	462.660	284.710	569.420	391.470
18 02 029	8	COLECISTECTOMÍA Y COLEDOCOSTOMÍA (SONDA T Y COLANGIOGRAFÍA POSTOPERATORIA) C/S COLANGIOGRAFÍA OPERATORIA	3	113.330	77.910	296.300	148.150	385.190	237.040	474.080	325.930
18 02 030	8	COLECISTOGASTROANASTOMOSIS O COLECISTOENTEROANASTOMOSIS	3	144.050	99.030	374.520	187.260	486.880	299.620	599.230	411.970
18 02 031	7	COLECISTOSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	67.950	46.710	157.050	78.520	204.170	125.640	251.280	172.750
18 02 032	9	COLÉDOCO O HEPATOENTEROANASTOMOSIS	3	158.700	109.100	379.560	189.780	493.430	303.650	607.300	417.520
18 02 033	8	COLEDOCOSTOMÍA SUPRADUODENAL O HEPATICOSTOMÍA (PROC. AUT.)	3	90.740	62.380	242.550	121.270	315.320	194.040	388.080	266.800
18 02 034	7	COLOCACIÓN DE VÁLVULA PERITONEOYUGULAR DERIVATIVA DE ASCITIS	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
18 02 035	12	DESCONEXIÓN ÁCIGOPORTAL CON TRANSECCIÓN ESOFÁGICA	3	181.520	124.790	477.240	238.620	620.410	381.790	763.580	524.960
18 02 036	12	DESCONEXIÓN ÁCIGOPORTAL SIN TRANSECCIÓN ESOFÁGICA	3	158.700	109.100	379.560	189.780	493.430	303.650	607.300	417.520
18 02 037	8	DRENAJE VÍA BILIAR TRANSHEPÁTICO	2	93.390	64.200	245.590	122.790	319.270	196.470	392.940	270.140
18 02 038	9	ESFINTEROPLASTÍA TRANSDUODENAL, (PROC. AUT.)	3	132.290	90.950	316.330	158.160	411.230	253.060	506.130	347.960

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
18 02 039	10	HEPATECTOMÍA SEGMENTARIA (PROC. AUT.)	3	167.950	115.460	401.680	200.840	522.180	321.340	642.690	441.850
18 02 040	8	HERIDA TRAUMÁTICA DE HÍGADO Y/O VÍA BILIAR, TRAT. QUIR.	3	110.400	75.900	280.860	140.430	365.120	224.690	449.380	308.950
18 02 041	12	LOBECTOMÍA HEPÁTICA (PROC. AUT.)	3	221.550	152.310	537.240	268.620	698.410	429.790	859.580	590.960
18 02 042	9	QUISTE HIDATÍDICO, ÚNICO O MÚLTIPLE, Y/O CISTOYEYUNOANASTOMOSIS, TRAT. QUIR.	3	113.600	78.100	265.170	132.580	344.720	212.130	424.270	291.680
18 02 100	14	(Y) TRASPLANTE HEPÁTICO	4	344.720	236.990	939.950	469.970	1.221.940	751.960	1.503.920	1.033.940
		(Y) Estas prestaciones poseen cuarto cirujano y su valor corresponde al 20% del primer cirujano									
		PANCREAS									
18 02 043	8	ABSCESOS, QUISTES, PSEUDOQUISTES O SIMILARES DE PÁNCREAS, TRAT. QUIR.	3	94.510	64.970	277.850	138.920	361.210	222.280	444.560	305.630
18 02 044	8	HERIDAS, TRAUMATISMOS DE PÁNCREAS, TRAT. QUIR.	3	90.740	62.380	208.960	104.480	271.650	167.170	334.340	229.860
18 02 045	10	PANCREATECTOMÍA PARCIAL	3	167.540	115.180	400.720	200.360	520.940	320.580	641.150	440.790
18 02 046	12	PANCREATECTOMÍA TOTAL C/S ESPLENECTOMÍA	3	215.970	148.480	608.390	304.190	790.910	486.710	973.420	669.220
18 02 047	12	PANCREATODUODENECTOMÍA	3	215.970	148.480	574.480	287.240	746.820	459.580	919.170	631.930
18 02 048	7	SECUESTRECTOMÍA EN PANCREATITIS AGUDA	3	146.900	100.990	369.500	184.750	480.350	295.600	591.200	406.450
18 02 148	9	YEYUNOPANCREATOSTOMÍA	3	181.520	124.790	429.090	214.540	557.820	343.270	686.540	471.990
		BAZO									
18 02 049	9	AUTOIMPLANTE DE BAZO (INCLUYE ESPLENECTOMÍA)	3	94.510	64.970	277.850	138.920	361.210	222.280	444.560	305.630
18 02 050	8	ESPLENECTOMÍA TOTAL O PARCIAL (PROC. AUT.)	3	98.460	67.690	259.070	129.530	336.790	207.250	414.510	284.970
18 02 051	9	OPERACIÓN DE ETAPIFICACIÓN (INCLUYE ESPLENECTOMÍA, BIOPSIAS HEPÁTICAS, DE GANGLIOS ABDOMINALES Y DE CRESTA ILÍACA)	3	132.580	91.150	321.360	160.680	417.770	257.090	514.180	353.500
18 02 052	8	SUTURA ESPLÉNICA (PROC. AUT.)	3	90.740	62.380	208.960	104.480	271.650	167.170	334.340	229.860
		INTESTINOS DELGADO Y GRUESO									
18 02 053	7	APENDICECTOMÍA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC. AUT.)	2	98.460	67.690	185.110	92.550	240.640	148.080	296.180	203.620
18 02 054	7	CIERRE DE COLOSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	69.940	48.080	161.630	80.810	210.120	129.300	258.610	177.790
18 02 055	7	COLOSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	73.810	50.740	187.820	93.910	244.170	150.260	300.510	206.600

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
18 02 056	8	COLOSTOMÍA, COMPLICACIONES TARDÍAS, TRAT. QUIR.	2	93.040	63.960	187.330	93.660	243.530	149.860	299.730	206.060
18 02 057	7	DIVERTÍCULO DE MECKEL, TRAT. QUIR.	2	69.740	47.940	147.930	73.960	192.310	118.340	236.690	162.720
18 02 058	7	ENTERO-ENTEROANASTOMOSIS O ENTEROCOLOANASTOMOSIS (PROC. AUT.)	2	93.980	64.610	224.750	112.370	292.180	179.800	359.600	247.220
18 02 059	6	ENTEROTOMÍA O ENTEROSTOMÍA (YEYUNOSTOMÍA U OTRA) (PROC. AUT.)	2	69.740	47.940	147.930	73.960	192.310	118.340	236.690	162.720
18 02 060	8	ILEOSTOMÍA TERMINAL O EN ASA (PROC. AUT.)	2	73.810	50.740	187.820	93.910	244.170	150.260	300.510	206.600
18 02 061	7	INVAGINACIÓN INTESTINAL, TRAT. QUIR.	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
18 02 062	7	PERSISTENCIA CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO, TRAT. QUIR.	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
18 02 063	7	QUISTE URACO, TRAT. QUIR.	2	70.100	48.190	148.670	74.330	193.270	118.930	237.870	163.530
		Oclusión intestinal, trat. quir.:									
18 02 065	8	OCCLUSIÓN INTESTINAL CON RESECCIÓN	3	85.380	58.700	259.240	129.620	337.010	207.390	414.780	285.160
18 02 066	7	OCCLUSIÓN INTESTINAL SIN RESECCIÓN	3	71.920	49.440	221.200	110.600	287.560	176.960	353.920	243.320
18 02 067	9	COLECTOMÍA PARCIAL O HEMICOLECTOMÍA	3	172.260	118.430	412.040	206.020	535.650	329.630	659.260	453.240
18 02 068	10	COLECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL	3	192.080	132.050	505.040	252.520	656.550	404.030	808.060	555.540
18 02 069	10	DESCENSO DE COLON C/CONSERVACIÓN DEL ESFÍNTER, INCLUYE RESECCIÓN DE COLON	3	192.080	132.050	488.090	244.040	634.520	390.470	780.940	536.890
18 02 070	9	HARTMANN, OPERACIÓN DE (O SIMILAR)	3	167.540	115.180	400.720	200.360	520.940	320.580	641.150	440.790
18 02 071	7	PERFORACIÓN Y/O HERIDA DE INTESTINO, ÚNICA O MÚLTIPLE, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	2	98.460	67.690	198.230	99.110	257.700	158.580	317.170	218.050
18 02 072	7	QUISTE Y/O TUMOR DEL MESENTERIO Y/O EPIPLONES, ÚNICO Y/O MÚLTIPLE, TRAT. QUIR.	2	90.740	62.380	182.600	91.300	237.380	146.080	292.160	200.860
18 02 073	9	RECONSTITUCIÓN TRÁNSITO POST OPERACIÓN DE HARTMANN O SIM.	3	167.950	115.460	401.680	200.840	522.180	321.340	642.690	441.850
18 02 074	8	RESECCIÓN DE INTESTINO Y ENTEROANASTOMOSIS (PROC. AUT.)	3	98.460	67.690	296.220	148.110	385.090	236.980	473.950	325.840
18 02 082	8	RESECCIÓN INTESTINAL CON OSTOMÍAS PROXIMAL Y DISTAL	3	79.740	54.820	245.150	122.570	318.700	196.120	392.240	269.660
18 02 075	9	RESECCIÓN INTESTINAL MASIVA POR TROMBOSIS MESENTÉRICA U OTRA ETIOLOGÍA	3	183.330	126.040	482.000	241.000	626.600	385.600	771.200	530.200
18 02 076	8	DUPLICACIÓN INTESTINAL, TRAT. QUIR.	2	90.740	62.380	238.640	119.320	310.230	190.910	381.820	262.500
18 02 077	8	MAL ROTACIÓN INTESTINAL, TRAT. QUIR.	2	96.000	66.000	252.540	126.270	328.300	202.030	404.060	277.790

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		III.-CIRUGIA PROCTOLOGICA .									
		RECTO Y ANO									
18 03 001	5	ABSCESO ANO RECTAL COMPLEJO , TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
18 03 002	4	ABSCESO ANORRECTAL SIMPLE, TRAT. QUIR.	1			60.900	30.450	79.170	48.720	97.440	66.990
18 03 003	4	ABSCESO SACROCOXÍGEO, DRENAJE	1			33.830	16.910	43.980	27.060	54.130	37.210
18 03 004	5	BIOPSIA QUIRÚRGICA RECTAL (PROC. AUT.)	1			33.830	16.910	43.980	27.060	54.130	37.210
		Cuerpo extraño rectal:									
18 03 006	8	CUERPO EXTRAÑO RECTAL, EXTRACCIÓN POR VÍA ABDOMINAL	2	90.740	62.380	190.610	95.300	247.790	152.480	304.980	209.670
18 03 007	4	CUERPO EXTRAÑO RECTAL, EXTRACCIÓN POR VÍA ANAL	1			57.560	28.780	74.830	46.050	92.100	63.320
		Desgarros y heridas anorrectales, trat.quir. de:									
18 03 008	6	DESGARROS Y HERIDAS ANORRECTALES CON COMPROMISO DEL ESFÍNTER	2	67.950	46.710	162.920	81.460	211.800	130.340	260.670	179.210
18 03 009	5	DESGARROS Y HERIDAS ANORRECTALES SIN COMPROMISO DEL ESFÍNTER	2			142.230	71.110	184.900	113.780	227.570	156.450
18 03 010	5	ESFINTEROTOMÍA (PROC. AUT.)	1			68.020	34.010	88.430	54.420	108.830	74.820
18 03 011	6	ESTENOSIS ANAL, PLASTÍA	2			144.170	72.080	187.420	115.330	230.670	158.580
18 03 012	7	ESTENOSIS RECTAL, PLASTÍA	2			144.170	72.080	187.420	115.330	230.670	158.580
18 03 013	7	FECALOMA, TRAT. QUIR.	2	88.380	60.760	216.880	108.440	281.940	173.500	347.010	238.570
		Fístula trat. quir. de:									
18 03 014	8	FÍSTULA RECTOVESICAL, TRAT.QUIR.	2	90.740	62.380	238.640	119.320	310.230	190.910	381.820	262.500
18 03 015	8	FÍSTULA RECTOVAGINAL, RECTOURETRAL O URETROVAGINAL, TRAT.QUIR.	2	90.740	62.380	190.610	95.300	247.790	152.480	304.980	209.670
18 03 016	6	FÍSTULA ANORRECTAL, TRAT.QUIR.DE CUALQUIER TIPO	2	56.020	38.510	148.510	74.250	193.060	118.800	237.620	163.360
18 03 017	5	FISURA ANAL, REPAR. QUIR.	1			80.070	40.030	104.090	64.050	128.110	88.070
18 03 018	6	HEMORROIDECTOMÍA (INCLUYE OTRAS OPERACIONES COMPLEMENTARIAS EN CANAL ANAL)	2	73.810	50.740	179.090	89.540	232.820	143.270	286.540	196.990
18 03 019	3	HEMORROIDES, TROMBECTOMÍA (PROC. AUT.)	1			24.090	12.040	31.320	19.270	38.540	26.490

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		Imperforación anal, reconstitución del tránsito									
18 03 020	9	IMPERFORACIÓN ANAL, RECONSTITUCIÓN TRÁNSITO POR VÍA ABDÓMINO-PERINEAL	3	90.740	62.380	238.640	119.320	310.230	190.910	381.820	262.500
18 03 021	7	IMPERFORACIÓN ANAL, RECONSTITUCIÓN TRÁNSITO POR VÍA PERINEAL	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
		Incontinencia anal, trat. quir. de									
18 03 023	6	INCONTINENCIA ANAL, TRAT. QUIR. CON CERCLAJE	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
18 03 024	7	INCONTINENCIA ANAL, TRAT. QUIR. CON PLASTÍA MUSCULAR	2	88.380	60.760	185.680	92.840	241.380	148.540	297.090	204.250
		Pólipo rectal, trat. quir.									
18 03 025	8	PÓLIPO RECTAL, TRAT. QUIR. POR VÍA ABDOMINAL	2	90.740	62.380	190.610	95.300	247.790	152.480	304.980	209.670
18 03 026	5	PÓLIPO RECTAL, TRAT. QUIR. POR VÍA ANAL	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
		Prolapso rectal, trat. quir.									
18 03 027	8	PROLAPSO RECTAL, TRAT. QUIR. POR VÍA ABDOMINAL	3	95.780	65.850	243.510	121.750	316.560	194.800	389.620	267.860
18 03 028	6	PROLAPSO RECTAL, TRAT. QUIR. POR VÍA ANAL	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
18 03 029	12	PANPROCTOCOLECTOMÍA (2 EQUIPOS)	3	226.800	155.920	560.530	280.260	728.690	448.420	896.850	616.580
18 03 030	6	PRURITO ANAL, TRAT. QUIR. POR DENERVACIÓN	1			72.120	36.060	93.760	57.700	115.390	79.330
18 03 031	6	QUISTE SACROCOXÍGEO, TRAT. QUIR.	2	69.940	48.080	148.400	74.200	192.920	118.720	237.440	163.240
18 03 032	11	RESECCIÓN ABDÓMINO-PERINEAL DE ANO Y RECTO (2 EQUIPOS)	3	158.700	109.100	379.560	189.780	493.430	303.650	607.300	417.520
18 03 033	12	RESECCIÓN ABDÓMINO-PERINEAL DE ANO Y RECTO AMPLIADA (2 EQUIPOS) (INCLUYE GENITALES FEMENINOS)	3	181.520	124.790	429.090	214.540	557.820	343.270	686.540	471.990
18 03 034	9	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO	3	140.080	96.300	339.480	169.740	441.320	271.580	543.170	373.430
18 03 035	10	RESECCIÓN PERINEAL DE ANO Y RECTO	2	93.390	64.200	237.390	118.690	308.610	189.910	379.820	261.120
		En las resecciones abdómino-perineales de las intervenciones 18-03-029, 18-03-032 y 18-03-033, el valor consignado corresponde al honorario del equipo abdominal.									
18 03 036		A LOS CIRUJANOS DEL EQUIPO PERINEAL EN CADA INTERVENCIÓN ANTERIOR COD. 18-03-029, 18-03-032, Y 18-03-033	2			254.290	127.140	330.580	203.430	406.860	279.710
18 03 038	5	CONDILOMAS ANALES, TRAT. QUIR.	2	59.070	40.610	117.360	58.680	152.570	93.890	187.780	129.100

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		(Si un mismo médico efectúa ambos procedimientos, cobrará ambos códigos)									
19 01 012		CISTOGRAFÍA POR SONDA (DE RELLENO) O POR PUNCIÓN HIPOGÁSTRICA (A.C. 04-01-027)	1			13.940	6.970	18.120	11.150	22.300	15.330
19 01 013		INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE EN CUERPO CAVERNOSO	1			12.850	6.420	16.710	10.280	20.560	14.130
19 01 015	5	URETEROPIELOGRAFÍA ASCENDENTE (DIRECTA) POR CATETERISMO URETERAL UNI O BILATERAL (INCLUYE LA ENDOSCOPIA) (A.C. 04-02-012)	1			50.030	25.010	65.040	40.020	80.050	55.030
19 01 016	3	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA O CISTOURETROGRAFÍA (MICCIONAL) (A.C. 04-02-014)	1			9.190	4.590	11.950	7.350	14.700	10.100
		PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS									
19 01 018		DILATACIÓN URETRA C/S MASAJE, C/S INSTILACIÓN O INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS: ANTERIOR Y/O POSTERIOR	1			10.700	5.350	13.910	8.560	17.120	11.770
19 01 019	3	INSTILACIÓN VESICAL (INCLUYE COLOCACIÓN DE SONDA) PROC. AUT.	1			8.730	4.360	11.350	6.980	13.970	9.600
19 01 036		INSTILACIÓN VESICAL (INCLUYE COLOCACIÓN DE SONDA Y MICOBACTERIUM BOVIS PARA INSTILACIÓN INTRAVESICAL PROC. AUT.)				402.870	201.430				
19 01 020	2	INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL PENE	1			9.190	4.590	11.950	7.350	14.700	10.100
19 01 022		VAC. VESICAL POR SONDA URETRAL, (PROC. AUT.)				10.110	5.050	13.140	8.080	16.180	11.120
		DIALISIS									
		(Incluyen aplicación de la técnica, control clínico permanente y el tratamiento de las complicaciones médicas).									
19 01 028		HEMODIÁLISIS CON BICARBONATO CON INSUMOS (POR SESIÓN)				72.070	14.410				
19 01 029		HEMODIÁLISIS CON BICARBONATO CON INSUMOS (TRATAMIENTO MENSUAL)				937.000	187.400				
19 01 025		PERITONEODIÁLISIS POR SESIÓN (INCLUYE INSUMOS)				38.360	7.670				
19 01 026		PERITONEODIÁLISIS CONTINUA EN PACIENTE CRÓNICO (ADULTO O NIÑOS) (TRATAMIENTO MENSUAL)				1.151.540	230.310				
		II.- CIRUGIA UROLOGICA Y SUPRARRENAL									
		Todas las intervenciones quirúrgicas se refieren a un lado cuando corresponda.									
		RIÑÓN									
19 02 002	11	ARTERIAS RENALES, OPERACIONES SOBRE (PROC. AUT.)	3	168.770	116.030	466.130	233.060	605.970	372.900	745.810	512.740
19 02 003	13	AUTO O HETEROTRASPLANTE RIÑÓN	3	258.610	177.790	706.910	353.450	918.980	565.520	1.131.060	777.600
19 02 004	13	CIRUGÍA DE BANCO, (PROC. COMPLETO) (MICRO-EXTRACORPÓREA), AUTOTRASPLANTE	3	221.500	152.280	677.770	338.880	881.100	542.210	1.084.430	745.540

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
19 02 005	8	LITIASIS RENAL, TRAT. QUIR. PERCUTÁNEO C/S ULTRASONIDO (INCLUYE TODO EL PROCEDIMIENTO)	2	156.660	107.700	413.330	206.660	537.330	330.660	661.330	454.660
19 02 090	10	TRATAMIENTO INTEGRAL LITIASIS URINARIA POR VÍA LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	1	190.610	131.040	404.880	202.440	526.340	323.900	647.810	445.370
19 02 006	8	LITIASIS RENAL O URETERAL POR CIRUGÍA ABIERTA O LAPAROSCÓPICA, POR PIELOTOMÍA O NEFROTOMÍA MÍNIMA O ANATRÓFICA.	3	110.020	75.640	318.860	159.430	414.520	255.090	510.180	350.750
19 02 008	7	LUMBOTOMÍA EXPLORADORA C/S DREN., C/S BIOPSIA (PROC. AUT.)	3	70.100	48.190	215.490	107.740	280.140	172.390	344.780	237.030
19 02 009	9	NEFRECTOMÍA PARCIAL CUALQUIER VÍA Y TÉCNICA. INCLUYE DISECCIÓN GANGLIONAR ETAPIFICADORA O REDUCTIVA	3	119.280	82.000	496.270	248.130	645.150	397.010	794.030	545.890
19 02 010	9	NEFRECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER RENAL, TRAUMATISMO RENAL, VÍA ABIERTA, LAPAROSCÓPICA O ROBÓTICA, INCLUYE DISECCIÓN GANGLIONAR ETAPIFICADORA O REDUCTIVA	3	173.230	119.090	482.220	241.110	626.890	385.780	771.550	530.440
19 02 011	8	NEFRECTOMÍA POR PATOLOGÍA BENIGNA O MALFORMACIÓN O TRASPLANTE.	3	122.640	84.310	252.540	126.270	328.300	202.030	404.060	277.790
19 02 012	8	DRENAJE PERCUTÁNEO O ENDOSCÓPICO DE HIDRONEFROSIS. (PROC.AUTÓNOMO)	3	98.460	67.690	233.030	116.510	302.940	186.420	372.850	256.330
19 02 013	8	PIELOTOMÍA EXPLORADORA Y/O TERAPÉUTICA (INCLUYE LA PIELOSTOMÍA Y/O PIELOPLASTÍA) SUPRARRENAL	3	113.330	77.910	344.350	172.170	447.660	275.480	550.960	378.780
19 02 015	8	SUPRARRENALECTOMÍA UNILATERAL URETER	3	113.330	77.910	328.410	164.200	426.930	262.720	525.460	361.250
19 02 016	9	ANASTOMOSIS DE LOS URÉTERES	2	140.340	96.480	340.060	170.030	442.080	272.050	544.100	374.070
19 02 017	8	FÍSTULA URÉTERO-VAGINAL, TRAT. QUIR.	2	113.330	77.910	288.290	144.140	374.780	230.630	461.260	317.110
19 02 018	9	NEFROURETERECTOMÍA EN PATOLOGÍA TUMORAL O MALFORMACIÓN, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA.	3	156.050	107.280	443.700	221.850	576.810	354.960	709.920	488.070
19 02 019	8	URETERECTOMÍA	3	110.400	75.900	296.470	148.230	385.410	237.170	474.350	326.110
19 02 020	7	URÉTERO-LITOTOMÍA ABIERTA	2	90.740	62.380	230.670	115.330	299.870	184.530	369.070	253.730
19 02 021	5	URÉTERO O NEFRO-LITOTOMÍA ENDOSCÓPICA C/URETEROSCOPIA RÍGIDA O FLEXIBLE, CON O SIN FRAGMENTACION	1	119.940	82.460	394.690	197.340	513.100	315.750	631.500	434.150
19 02 022	9	URETERECTOMÍA, URETEROPLASTÍA, URETERORRAFIA, URETEROLISIS, TRANSURETEROANASTOMOSIS, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA.	2	147.790	101.600	358.100	179.050	465.530	286.480	572.960	393.910
19 02 023	8	URETERORRAFIA Y/O URETEROLISIS C/U	2	98.460	67.690	259.070	129.530	336.790	207.250	414.510	284.970
19 02 024	9	URETEROSTOMÍA BILATERAL: VESICAL, CUTÁNEA O INTESTINAL	3	167.950	115.460	477.920	238.960	621.300	382.340	764.670	525.710
19 02 025	8	URETEROSTOMÍA UNILATERAL: VESICAL, CUTÁNEA O INTESTINAL	3	119.630	82.240	363.530	181.760	472.590	290.820	581.650	399.880

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		VEJIGA									
19 02 027	8	CISTECTOMÍA PARCIAL Y/O TRAT. QUIR. DE DIVERTÍCULO VESICAL	2	90.740	62.380	222.630	111.310	289.420	178.100	356.210	244.890
19 02 028	11	CISTECTOMÍA RADICAL, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA, INCLUYE LINFADENECTOMÍA AMPLIADA.	3	238.240	163.790	681.750	340.870	886.280	545.400	1.090.800	749.920
19 02 029	9	CISTOPLASTÍA, PROC. COMPLETO	3	158.700	109.100	451.600	225.800	587.080	361.280	722.560	496.760
19 02 030	7	REPARACIÓN VESICAL POR TRAUMA O DAÑO DE CUALQUIER TIPO.	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
19 02 031	7	CISTOSTOMÍA, EXTRACCIÓN DE LITIASIS O CUERPO EXTRAÑO, INSTALACIÓN DE CATÉTER SUPRAPÚBICO, POR VÍA ABIERTA O ENDOSCÓPICA, C/S LÁSER	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
19 02 032	8	EXTROFIA VESICAL, PROC. COMPLETO	2	136.100	93.570	313.890	156.940	408.060	251.110	502.220	345.270
19 02 033	8	FÍSTULA VÉSICO-CUTÁNEA, Y/O VAGINAL, Y/O INTEST., TRAT. QUIR.	2	90.740	62.380	230.670	115.330	299.870	184.530	369.070	253.730
19 02 034	8	CIRUGÍA ABIERTA O ENDOSCÓPICA DE LESIONES CUELLO VESICAL Y/O HEMOVEJIGA PRIMARIA O POST CIRUGIA PRÓSTATA O VEJIGA	2	67.950	46.710	173.020	86.510	224.930	138.420	276.830	190.320
19 02 035	7	LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS (PROC. AUT.)	2	90.960	62.530	183.070	91.530	237.990	146.450	292.910	201.370
19 02 036	10	OPERACIÓN DE BRICKER	3	197.040	135.460	516.300	258.150	671.190	413.040	826.080	567.930
19 02 037	9	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁNCER VESICAL	1	113.330	77.910	208.220	104.110	270.690	166.580	333.150	229.040
19 02 038	9	RESERVORIO CONTINENTE INTESTINAL EXTERNO O INTERNO	3	158.700	109.100	451.600	225.800	587.080	361.280	722.560	496.760
		URETRA									
19 02 040	8	EXTIRPACIÓN DIVERTÍCULO O QUISTE PARA-URETRAL, CUALQUIER VÍA	2	90.740	62.380	238.640	119.320	310.230	190.910	381.820	262.500
19 02 041	7	FLEGMÓN URINOSO, DRENAJE Y CISTOSTOMÍA	2	80.690	55.470	164.990	82.490	214.490	131.990	263.980	181.480
19 02 043	7	URETROPLASTÍA SIN SUBSTITUCIÓN - URETRORRAFÍA	2	93.040	63.960	187.330	93.660	243.530	149.860	299.730	206.060
19 02 044	8	URETROPLASTÍA DE SUBSTITUCIÓN, CADA TIEMPO	2	95.780	65.850	243.510	121.750	316.560	194.800	389.620	267.860
19 02 045	8	INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO O D.I.E. (DISFUNCIÓN INTRÍNSECA DEL ESFÍNTER), CUALQUIER VÍA ÚNICA O COMBINADA, CON O SIN INSTALACIÓN DE MALLAS, ELEMENTOS PROTÉSICOS O ESFÍNTER ARTIFICIAL.	2	87.150	59.910	229.000	114.500	297.700	183.200	366.400	251.900
19 02 047	5	MEATOTOMÍA QUIRÚRGICA C/S RESECCIÓN DE PÓLIPO O CARÚNCULA	1	54.420	37.410	115.570	57.780	150.240	92.450	184.910	127.120
19 02 049	8	URETRECTOMÍA Y/O PLASTIA ABIERTA DE LA URETRA EN CUALQUIERA DE SUS PORCIONES, POR TRAUMA, O ESTENOSIS O CUALQUIER ETIOLOGÍA	2	107.060	73.600	537.140	268.570	698.280	429.710	859.420	590.850
19 02 050	5	FISTULECTOMÍA URETRAL	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
19 02 051	5	URETOSTOMÍA	1	67.950	46.710	115.410	57.700	150.030	92.320	184.660	126.950
19 02 052	5	URETROTOMÍA EXTERNA (PROC. AUT.)	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
19 02 053	5	URETROTOMÍA INTERNA Y/O URETROLITOTOMÍA (PROC. AUT.)	1	67.950	46.710	164.990	82.490	214.490	131.990	263.980	181.480
		PROSTATA Y VESICULAS SEMINALES									
19 02 054	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ABSCESO PROSTÁTICO Y/O VESÍCULAS SEMINALES, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA	2	55.820	38.370	148.030	74.010	192.440	118.420	236.850	162.830
19 02 055	8	ADENOMA O CÁNCER PROSTÁTICO, RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DESOBSTRUCTIVA, CUALQUIER TÉCNICA (UNI, BIPOLAR, LÁSER U OTROS)	1	113.330	77.910	232.210	116.100	301.870	185.760	371.540	255.430
19 02 056	8	ADENOMA PROSTÁTICO, TRAT. QUIR. CUALQUIER VÍA O TÉCNICA ABIERTA	2	113.330	77.910	272.340	136.170	354.040	217.870	435.740	299.570
19 02 057	10	PROSTATECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER PROSTÁTICO, VÍA ABIERTA, LAPAROSCÓPICA O ROBÓTICA, INCLUYE LINFADENECTOMÍA SI CORRESPONDE	3	158.700	109.100	482.220	241.110	626.890	385.780	771.550	530.440
		TESTICULOS Y SUS ANEXOS									
19 02 059	5	BIOPSIA QUIRÚRGICA DE TESTÍCULO Y/O ASPIRACIÓN EPIDIDIMARIA.	2	57.470	39.510	152.350	76.170	198.060	121.880	243.760	167.580
19 02 060	6	DESCENSO TESTICULAR CON O SIN HERNIA, CUALQUIER TIEMPO, CUALQUIER TÉCNICA	2	77.730	53.440	202.720	101.360	263.540	162.180	324.350	222.990
19 02 061	5	DESCENSO TESTÍCULO INGUINAL C/S HERNIOPLASTÍA	2	73.810	50.740	187.820	93.910	244.170	150.260	300.510	206.600
19 02 062	6	ESCROTO, PLASTÍA DE, PROC. COMPLETO	2	55.820	38.370	148.030	74.010	192.440	118.420	236.850	162.830
19 02 063	5	HIDATIDECTOMÍA UNILAT. C/S EVERSIÓN DE LA VAGINAL (PROC. AUT.)	2	55.820	38.370	148.030	74.010	192.440	118.420	236.850	162.830
19 02 064	5	HIDROCELE Y/O HEMATOCELE, INCLUYE QUISTES CORDÓN Y/O EPIDÍDIMO Y/O HIDATIDECTOMÍAS Y/O CIRUGÍA INTRAVAGINAL DEL MISMO LADO	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
19 02 065	5	ORQUIDECTOMÍA UNILATERAL	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
19 02 066	5	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
19 02 067	5	PRÓTESIS TESTICULAR, (PROC. AUT.)	2	57.600	39.600	152.740	76.370	198.560	122.190	244.380	168.010
19 02 068	6	ORQUIDECTOMÍA AMPLIADA POR CÁNCER TESTICULAR	2	67.950	46.710	173.020	86.510	224.930	138.420	276.830	190.320
19 02 069	11	DISECCIÓN GANGLIONAR LUMBOAÓRTICA POR CÁNCER TESTICULAR, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA, UNI O BILATERAL O MODIFICADA.	3	176.240	121.160	416.600	208.300	541.580	333.280	666.560	458.260
		EPIDIDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE									
19 02 070	7	ANASTOMOSIS DEFERENTES O EPIDÍDIMO-DEFERENCIAL	2	93.540	64.310	221.300	110.650	287.690	177.040	354.080	243.430
19 02 071	5	CIRUGÍA DEL EPIDÍDIMO Y CORDÓN (PROC.AUT), INCLUYE CIRUGÍA INTRAVAGINAL Y/O VARICÓCELE MISMO LADO	2	67.950	46.710	157.050	78.520	204.170	125.640	251.280	172.750

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
19 02 072	7	PLASTÍA EPIDÍDIMO-DEFERENTE (OPERACIÓN DE MARTÍN O SIM.)	2	90.740	62.380	214.680	107.340	279.080	171.740	343.490	236.150
19 02 073	5	QUISTES DEL CORDÓN, Y/O EPIDÍDIMO, EXTIRPACIÓN; EPIDIDIMOTOMÍA DIAGNÓSTICA Y/O TERAPÉUTICA (PROC. AUT.)	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
19 02 074	5	EXPLORACIÓN ESCROTO AGUDO. INCLUYE HEMATOCELE POR TRAUMA, DESTORSIÓN Y FIJACIÓN TESTÍCULO, HIDATIDECTOMÍA Y EVERSIÓN BILATERAL SI CORRESPONDE	2	71.760	49.330	152.230	76.110	197.900	121.780	243.570	167.450
19 02 075	5	VARICOCELE UNILATERAL Y/O DENERVACIÓN CORDÓN ESPERMÁTICO (INCLUYE QUISTES, HIDÁTIDES E HIDROCELE MISMO LADO)	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
19 02 076	5	VASECTOMÍA BILATERAL, (PROC. AUT.) (LA VASECTOMÍA COMO TIEMPO PREVIO A UNA RESECCIÓN DE PRÓSTATA ESTA INCLUIDA EN LA PROSTATECTOMÍA) PENE	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
19 02 078	6	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE (PROC. AUT.)	2	67.950	46.710	173.020	86.510	224.930	138.420	276.830	190.320
19 02 079	8	AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE, PROC. COMPLETO	2	113.330	77.910	264.220	132.110	343.490	211.380	422.750	290.640
19 02 080	4	BIOPSIA DE PENE (PROC. AUT.)	1			36.110	18.050	46.940	28.880	57.780	39.720
19 02 081	6	CIRUGÍA DEL PRIAPISMO CUALQUIER VÍA O TÉCNICA	2	66.000	45.370	167.980	83.990	218.370	134.380	268.770	184.780
19 02 082	5	CIRCUNCISIÓN (INCLUYE SECCIÓN DE FRENILLO, Y/O DE SINEQUIAS BÁLANO-PREPUCIALES, Y/O INCISIÓN DORSAL C/S MEATOTOMÍA)	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
19 02 083	5	CIRUGÍA TRAUMATISMO PENEANO O CURVATURAS ADQUIRIDAS DE LA ALBUGÍNEA	2	69.740	47.940	161.110	80.550	209.440	128.880	257.780	177.220
19 02 084	4	MEATOTOMÍA HOMBRE Y/O SECCIÓN FRENILLO Y/O INCISIÓN DORSAL, (PROC. AUT.)	1			22.200	11.100	28.860	17.760	35.520	24.420
19 02 085	7	IMPLANTACIÓN PRÓTESIS PENEANA CUALQUIER TIPO O VÍA (NO INCLUYE PRÓTESIS) GRUPO : 20 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA I.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS. ENDOSCOPIAS C/S BIOPSIAS C/S TOMA DE MUESTRAS.	2	116.270	79.930	303.950	151.970	395.140	243.160	486.320	334.340
20 01 002	1	COLPOSCOPIA	1			9.550	4.770	12.420	7.640	15.280	10.500
20 01 005	4	HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA (PROC. AUT.) OTRAS EXPLORACIONES	1			23.000	11.500	29.900	18.400	36.800	25.300
20 01 006	4	AMNIOCENTESIS	1			14.250	7.120	18.530	11.400	22.800	15.670

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
20 01 007	3	CULDOCENTESIS (PUNCIÓN DEL DOUGLAS)	1			17.440	8.720	22.670	13.950	27.900	19.180
20 01 009		& MONITOREO BASAL CON INFORME				6.270	3.130	8.150	5.010	10.030	6.890
20 01 010		MONITOREO FETAL ESTRESANTE, CON CONTROL PERMANENTE DEL ESPECIALISTA Y TRATAMIENTO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES				17.900	8.950	23.270	14.320	28.640	19.690
20 01 021		CORDOCENTESIS				31.570	15.780	41.040	25.250	50.510	34.720
		& Esta prestación puede ser hecha y cobrada por matronas, por prescripción escrita de un médico cirujano									
		PROCEDIMIENTOS PARA EXAMENES RADIOLOGICOS									
		(Si un mismo médico realiza ambos procedimientos, cobrará ambos códigos)									
20 01 012	3	GALACTOGRAFÍA (A.C. 04-02-005)	1			15.070	7.530	19.590	12.050	24.110	16.570
20 01 013	3	HISTEROSALPINGOGRAFÍA (A.C. 04-02-011)	1			18.380	9.190	23.890	14.700	29.410	20.220
		OTROS PROCEDIMIENTOS									
20 01 014	2	BIOPSIA ENDOMETRIO, VULVA, VAGINA, CUELLO, C/U (PROC. AUT.)	1			17.910	8.950	23.280	14.320	28.660	19.700
20 01 015	2	& COLOCACIÓN O EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (NO INCLUYE EL VALOR DEL DISPOSITIVO)	1			11.270	5.630	14.650	9.010	18.030	12.390
20 01 016	2	ELECTRODIATERMO O CRIOCOAGULACIÓN DE LESIONES DEL CUELLO	1			18.380	9.190	23.890	14.700	29.410	20.220
20 01 020		TEST POSTCOITAL				18.380	9.190	23.890	14.700	29.410	20.220
20 01 022	3	PUNCIÓN EVACUADORA DE QUISTES MAMARIOS, C/S TOMA DE MUESTRAS, C/S INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS	1			12.660	6.330	16.460	10.130	20.260	13.930
20 01 023		BIOPSIA ESTEREOTÁXICA DIGITAL DE MAMA				425.660	212.830				
20 01 024		BIOPSIA CORIAL				28.730	14.360	37.350	22.980	45.970	31.600
20 01 025		TOMA DE BIOPSIA CON AGUJA BAJO VISIÓN ECOGRÁFICA DE LA MAMA (BIOPSIA CORE)				220.530	110.260				
20 01 026		INSTALACIÓN O RETIRO DISPOSITIVO SUBDÉRMICO ANTICONCEPTIVO				18.010	9.000				
		& Esta prestación puede ser hecha y cobrada por matronas.									
		II.- CIRUGIA DE LA MAMA (UN LADO)									
		(Véase además Cirugía Plástica y Reparadora cód. 15-02-047 al 15-02-052)									
20 02 001	3	ABSCESO Y/O HEMATOMA DE MAMA, TRAT. QUIR.	1			40.140	20.070	52.180	32.110	64.220	44.150

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
20 03 009	8	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL POR VÍA ABDOMINAL	3	90.740	62.380	208.960	104.480	271.650	167.170	334.340	229.860
20 03 010	8	HISTERECTOMÍA TOTAL O AMPLIADA POR VÍA ABDOMINAL	3	149.200	102.570	473.760	236.880	615.890	379.010	758.020	521.140
20 03 011	8	LIGAMENTO ANCHO: ABSCESOS Y/O HEMATOMAS Y/O FLEGMONES Y/O QUISTOMAS Y/O VÁRICES U OTROS, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	2	96.000	66.000	210.130	105.060	273.170	168.100	336.210	231.140
20 03 012	5	CONIZACIÓN Y/O AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO, DIAGNÓSTICA Y/O TERAPÉUTICA C/S BIOPSIA	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
20 03 013	13	EXANTERACIÓN PELVIANA ANTERIOR Y/O POSTERIOR	3	249.470	171.510	706.180	353.090	918.030	564.940	1.129.890	776.800
20 03 014	8	HISTERECTOMÍA POR VÍA VAGINAL	3	136.130	93.590	374.960	187.480	487.450	299.970	599.940	412.460
20 03 015	10	HISTERECTOMÍA RADICAL CON DISECCIÓN PELVIANA COMPLETA DE TERRITORIOS GANGLIONARES, INCLUYE GANGLIOS LUMBOAÓRTICOS (OPERACIÓN DE WERTHEIM O SIMILARES)	3	207.870	142.910	595.760	297.880	774.490	476.610	953.220	655.340
20 03 016	8	HISTERECTOMÍA TOTAL C/INTERVENCIÓN INCONTINENCIA URINARIA, CUALQUIER TÉCNICA	3	158.700	109.100	499.650	249.820	649.550	399.720	799.440	549.610
20 03 017	8	HISTEROPEXIA	2	67.950	46.710	144.210	72.100	187.470	115.360	230.740	158.630
20 03 018	8	PLASTÍA UTERINA (OPERACIÓN DE STRASSMANN O SIMILARES)	2	90.740	62.380	190.610	95.300	247.790	152.480	304.980	209.670
20 03 019	4	POLIPECTOMÍA (UNO O MÁS) (PROC. AUT.)	1			44.110	22.050	57.340	35.280	70.580	48.520
20 03 020	5	SINEQUIA Y/O ESTENOSIS CERVICAL, TRAT. QUIR.	1			82.150	41.070	106.800	65.720	131.440	90.360
20 03 030	5	DESGARRO CERVICAL TRAT. QUIR.	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
20 03 040	5	INCOMPETENCIA CERVICAL TRAT. QUIR.	2			163.010	81.500	211.910	130.400	260.820	179.310
		VAGINA									
20 03 021	5	COLPOCELIOTOMÍA	1			78.020	39.010	101.430	62.420	124.830	85.820
20 03 022	6	INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, TRAT. QUIR. POR VÍA VAGINAL (PROC. AUT.)	2	71.760	49.330	182.640	91.320	237.430	146.110	292.220	200.900
20 03 023	8	PROLAPSO ANTERIOR Y/O POSTERIOR CON REPAR., INCONTINENCIA URINARIA POR VÍA EXTRAVAGINAL O COMBINADA	3	113.330	77.910	264.220	132.110	343.490	211.380	422.750	290.640
20 03 024	7	PROLAPSO ANTERIOR Y/O POSTERIOR C/S TRAT. DE INCONTINENCIA URINARIA POR VÍA VAGINAL, TRAT. QUIR.	2	67.950	46.710	173.020	86.510	224.930	138.420	276.830	190.320
20 03 025	5	QUISTE Y/O DESGARRO Y/O TABIQUE VAGINAL, TRAT. QUIR.	1			80.070	40.030	104.090	64.050	128.110	88.070
		VULVA Y PERINE									
20 03 026	4	BARTOLINITIS, VACIAMIENTO Y DRENAJE (PROC. AUT.)	1			33.830	16.910	43.980	27.060	54.130	37.210

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA									
		I.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS									
		ARTICULARES Y OSTEOMUSCULARES									
21 01 001	2	INFILTRACIÓN LOCAL MEDICAMENTOS (BURSAS, TENDONES, YUXTAARTICULARES Y/O INTRAARTICULARES), Y/O PUNCIÓN EVACUADORA C/S TOMA DE MUESTRA (EN INTERFALÁNGICAS COMPRENDE HASTA DOS POR SESIÓN)	1			7.820	3.910	10.170	6.260	12.510	8.600
21 01 002	1	PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCIÓN DEL MEDIO DE CONTRASTE)	1			8.490	4.240	11.040	6.790	13.580	9.330
21 01 003	5	MOVILIZACIÓN ARTICULAR BAJO ANESTESIA GENERAL.	1	55.680	38.280	43.190	21.590	56.150	34.550	69.100	47.500
		II.- PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES QUIRURGICAS GENERALES									
		Tanto para procedimientos e intervenciones quirúrgicas generales como segmentarias del párrafo siguiente, si se usan técnicas de reducción y fijaciones externas, percutáneas, con tutores metálicos, o de cirugía videoartroscópica, se aplicarán los mismos códigos y valores de las técnicas convencionales.									
		En el caso de una intervención que necesite la colocación de un aparato enyesado, o yeso, éste se considera incluido en el honorario del especialista.									
21 04 001	3	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA C/S BIOPSIA, C/S SECCIÓN DE BRIDAS, EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	2			195.630	97.810	254.320	156.500	313.010	215.190
21 04 002	3	EXOSTOSIS U OSTEOCONDROMA, TRAT. QUIR.	2	57.470	39.510	152.350	76.170	198.060	121.880	243.760	167.580
21 04 003	3	QUISTES SINOVIALES DE VAINAS FLEXORAS, BURSAS	2			143.800	71.900	186.940	115.040	230.080	158.180
21 04 004	3	TRACCIÓN HALOCRANEANA O ESTRIBO-CRANEANA (PROC. AUT.)	1			36.110	18.050	46.940	28.880	57.780	39.720
21 04 005	3	TRACCIÓN HALOCRÁNEO-FEMORAL	2			144.170	72.080	187.420	115.330	230.670	158.580
21 04 006	2	TRACCIÓN TRANSESQUELÉTICA O DE PARTES BLANDAS EN ADULTOS O EN NIÑOS (PROC. AUT.)	1			21.570	10.780	28.040	17.250	34.510	23.720
		Artrodesis									
21 04 007	4	ARTRODESIS DE CODO O MUÑECA, C/U	2	53.020	36.450	140.590	70.290	182.770	112.470	224.940	154.640
21 04 008	5	ARTRODESIS DE HOMBRO, CADERA, RODILLA, TOBILLO O SACROILÍACA, C/U	3	69.740	47.940	214.430	107.210	278.760	171.540	343.090	235.870
21 04 009	4	ARTRODESIS DE MANO O PIE C/U	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		FRACTURAS EXPUESTAS									
		Comprende el aseo quirúrgico, el manejo de partes blandas, la técnica de osteosíntesis empleada y/o la colocación de aparatos enyesados									
21 04 010	6	TRATAMIENTO COMPLETO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE BRAZO, ANTEBRAZO, MUSLO Y PIERNA, C/U	2	98.460	67.690	224.270	112.130	291.550	179.410	358.830	246.690
21 04 011	5	TRATAMIENTO COMPLETO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE MANO O PIE, C/U	2	59.070	40.610	166.500	83.250	216.450	133.200	266.400	183.150
		INFECCIONES OSEAS									
21 04 012	5	** OSTÉITIS, RASPADO, C/S SECUESTRECTOMÍA	2	59.070	40.610	135.140	67.570	175.680	108.110	216.220	148.650
21 04 013	6	** OSTEOMIELITIS AGUDA HEMATÓGENA, DRENAJE QUIRÚRGICO, C/S DISPOSITIVOS DE OSTEOCLISIS	2	59.070	40.610	166.500	83.250	216.450	133.200	266.400	183.150
21 04 014	6	OSTEOMIELITIS CRÓNICA HUESOS LARGOS, LEGRADO ÓSEO, C/S OSTEOSÍNTESIS O APARATO DE YESO	2	56.660	38.950	150.600	75.300	195.780	120.480	240.960	165.660
		INFECCIONES ARTICULARES									
		Sinovitis, artritis, u osteoartr. sépticas; c/s artroclisis									
21 04 015	6	ARTROTOMÍA HOMBRO O CADERA C/U	2	56.500	38.840	150.130	75.060	195.170	120.100	240.210	165.140
21 04 016	5	**ARTROTOMÍA DE CODO, MUÑECA, TOBILLO O TEMPOROMANDIBULAR, C/U	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
21 04 017	6	PSEUDOARTROSIS INFECTADA HUESOS LARGOS, TRAT. QUIR. CUALQUIER TÉCNICA, C/S DISPOSITIVO DE OSTEOCLISIS, C/S OSTEOSÍNTESIS O APARATO DE YESO	3	69.740	47.940	214.430	107.210	278.760	171.540	343.090	235.870
		INJERTOS OSEOS									
		(Incluye toma e implantación) Procedimiento simultáneo o sucesivo con otra intervención quirúrgica; se agrega al valor de la operación principal									
21 04 018	11	AUTOTRASPLANTE ÓSEO MICROQUIRÚRGICO	3	158.700	109.100	459.610	229.800	597.490	367.680	735.380	505.570
21 04 019	4	INJERTO ESPONJOSO METAFISIARIO	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
21 04 020	4	INJERTOS ESPONJOSOS O CÓRTICO-ESPONJOSOS DE CRESTA ILÍACA	2	57.470	39.510	152.350	76.170	198.060	121.880	243.760	167.580
21 04 021	7	** TRANSPLANTE ÓSEO (AUTO U HOMOTRANSPLANTE)	3	116.270	79.930	320.310	160.150	416.400	256.240	512.500	352.340

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 038	4	REGULARIZACIÓN DE MUÑÓN DE AMPUTACIÓN	2	54.420	37.410	124.490	62.240	161.840	99.590	199.180	136.930
21 04 039	5	OSTEOCONDROSIS O EPIFISITIS, TRAT. QUIR.	2	54.420	37.410	124.490	62.240	161.840	99.590	199.180	136.930
		III.- INTERVENCIONES QUIRURGICAS SEGMENTARIAS									
		Todas las intervenciones quirúrgicas se refieren a un lado									
		HOMBRO									
21 04 040	11	AMPUTACIÓN INTERESCÁPULO-TORÁCICA	3	110.400	75.900	319.940	159.970	415.920	255.950	511.900	351.930
21 04 041	10	DESARTICULACIÓN ESCÁPULO-HUMERAL	3	67.950	46.710	209.040	104.520	271.750	167.230	334.460	229.940
21 04 042	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE HOMBRO,(CUALQUIER TÉCNICA)	3	98.460	67.690	224.270	112.130	291.550	179.410	358.830	246.690
21 04 044	7	FRACTURA CUELLO HUMERAL, TRAT. QUIR.	3	71.760	49.330	220.680	110.340	286.880	176.540	353.090	242.750
21 04 045	5	FRACTURA DE CLAVÍCULA, OSTEOSÍNTESIS	2			147.900	73.950	192.270	118.320	236.640	162.690
21 04 046	6	FRACTURA ESCÁPULA, OSTEOSÍNTESIS	2	56.110	38.570	148.770	74.380	193.400	119.010	238.030	163.640
21 04 047	7	LUXACIÓN ACROMIO-CLAVICULAR O ESTERNO-CLAVICULAR, REDUCCIÓN O PLASTÍA CÁPSULOLIGAMENTOSA Y OSTEOSÍNTESIS	2	55.820	38.370	148.030	74.010	192.440	118.420	236.850	162.830
21 04 048	6	LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO, TRAT. QUIR.	3	73.810	50.740	226.920	113.460	295.000	181.540	363.070	249.610
21 04 049	5	LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE HOMBRO, REDUCCIÓN CRUENTA	2	57.600	39.600	152.740	76.370	198.560	122.190	244.380	168.010
21 04 050	7	LUXOFRACTURA, REDUCCIÓN Y OSTEOSÍNTESIS HOMBRO	3	73.810	50.740	226.920	113.460	295.000	181.540	363.070	249.610
21 04 051	7	RUPTURA MANGUITO ROTADORES, TRAT. QUIR. C/S ACROMIECTOMÍA	3	73.810	50.740	226.920	113.460	295.000	181.540	363.070	249.610
21 04 052	6	TRANSPOSICIONES MUSCULARES	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
		HUMERO									
21 04 053	7	AMPUTACIÓN BRAZO	2	71.920	49.440	152.590	76.290	198.370	122.070	244.140	167.840
21 04 054	6	FRACTURA SUPRACONDÍLEA NIÑO; TRACCIÓN ESQUELÉTICA, C/S OSTEOSÍNTESIS Y APARATO DE YESO	2	71.760	49.330	152.230	76.110	197.900	121.780	243.570	167.450
21 04 055	6	OSTEOSÍNTESIS DIAFISIARIA DE HÚMERO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
21 04 056	6	OSTEOSÍNTESIS SUPRA O INTERCONDÍLEA (CUALQUIER TÉCNICA)	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
21 04 057	6	OSTEOTOMÍA HÚMERO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	57.600	39.600	152.740	76.370	198.560	122.190	244.380	168.010

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		(Para Síndrome de Túnel Carpiano, ver cód. 11-03-066)									
21 04 078	6	CONTRACTURA ISQUEM. DE VOLKMANN: DESCENSO MUSCULAR, NEUROLISIS	3	71.920	49.440	221.200	110.600	287.560	176.960	353.920	243.320
21 04 079	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE MUÑECA, (CUALQUIER TÉCNICA)	2	90.740	62.380	206.590	103.290	268.570	165.270	330.540	227.240
21 04 080	5	ESTILOIDES CUBITAL, RADIAL, RESECCIÓN DE.	2	55.820	38.370	127.710	63.850	166.020	102.160	204.340	140.480
21 04 081	5	FRACTURA O PSEUDOARTROSIS ESCAFOIDES, TRAT. QUIR. CUALQ. TÉCN.	2	59.070	40.610	166.500	83.250	216.450	133.200	266.400	183.150
21 04 083	5	LUXACIÓN RADIOCARPIANA, TRAT. QUIR.	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
21 04 084	5	LUXACIÓN SEMILUNAR ,ESCAFOIDEA, REDUCCIÓN Y OSTEOSÍNTESIS SEMICRUENTA O CRUENTA	2	59.790	41.100	158.870	79.430	206.530	127.090	254.190	174.750
21 04 085	6	OSTEOSÍNTESIS RADIO, (CUALQUIER TÉCNICA)	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
21 04 086	6	TENDOVAGINOSIS DE DE QUERVAIN, TRAT. QUIR.	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
		MANO									
21 04 087	5	AMPUTACIÓN DEDOS (TRES O MÁS)	2	59.840	41.140	158.810	79.400	206.450	127.040	254.100	174.690
21 04 088	4	AMPUTACIÓN DEDOS (UNO O DOS)	1	59.070	40.610	125.450	62.720	163.090	100.360	200.720	137.990
21 04 089	6	AMPUTACIÓN MANO O DEL PULGAR	2	67.950	46.710	173.020	86.510	224.930	138.420	276.830	190.320
21 04 090	4	AMPUTACIÓN PULPEJOS (PLASTÍA KUTLER O SIMILARES)	2	55.820	38.370	127.710	63.850	166.020	102.160	204.340	140.480
21 04 091	5	CONTRACTURA DUPUYTREN, TRAT. QUIR., CADA TIEMPO	2	59.070	40.610	135.140	67.570	175.680	108.110	216.220	148.650
21 04 092	5	CONTUSIÓN-COMPRESIÓN GRAVE MANO, TRAT. QUIR. INCLUYE INCISIONES LIBERADORAS Y/O FASCIOTOMÍA Y/O ESCARECTOMÍA Y/O INJERTOS PIEL INMEDIATOS Y SÍNTESIS PERCUTÁNEA	2	55.060	37.850	146.360	73.180	190.270	117.090	234.180	161.000
21 04 093	4	DEDOS EN GATILLO, TRAT. QUIR., CUALQUIER NÚMERO	2	57.470	39.510	131.440	65.720	170.870	105.150	210.300	144.580
21 04 094	3	FLEGMÓN MANO, TRAT. QUIR.	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
21 04 095	4	LUXOFRACTURA METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA, TRAT. QUIR.	2	55.820	38.370	148.030	74.010	192.440	118.420	236.850	162.830
21 04 096	6	MANO REUMÁTICA EN RÁFAGA: TRASLOCACIONES TENDINOSAS, PLASTÍAS CAPSULARES, TENOTOMÍAS, INMOVILIZACIÓN POSTOPERATORIA	2	70.830	48.690	155.130	77.560	201.670	124.100	248.210	170.640
21 04 097	7	MANO REUMÁTICA: IMPLANT. SILASTIC, CUALQ. NÚMERO (PROC. AUT.)	2	69.740	47.940	152.790	76.390	198.630	122.230	244.460	168.060
21 04 098	6	MUTILACIÓN GRAVE MANO, ASEO. QUIR. COMPLETO C/S OSTEOSÍNTESIS, C/S INJERTOS	2	59.070	40.610	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 122	7	OSTEOSÍNTESIS EN FRACTURA DE ARCO ANTERIOR DE PELVIS Y DISYUNCIONES PUBIANAS	3	79.410	54.590	239.900	119.950	311.870	191.920	383.840	263.890
21 04 123	8	FRACTURA DE PELVIS, OSTEOSÍNTESIS QUIR.	3	95.780	65.850	218.120	109.060	283.560	174.500	348.990	239.930
21 04 124	8	OSTEOTOMÍA PELVIANA (SALTER, CHIARI O SIMILARES)	3	96.000	66.000	227.180	113.590	295.330	181.740	363.490	249.900
21 04 125	8	TRIPLE OSTEOTOMÍA DE PELVIS CADERA	3	93.040	63.960	244.820	122.410	318.270	195.860	391.710	269.300
21 04 126	13	AMPUTACIÓN INTER-ILIO ABDOMINAL	3	103.300	71.020	318.650	159.320	414.250	254.920	509.840	350.510
21 04 127	12	DESARTICULACIÓN CADERA	3	98.460	67.690	259.070	129.530	336.790	207.250	414.510	284.970
21 04 128	10	ENDOPRÓTESIS PARCIAL DE CADERA C/S CEMENTACIÓN (CUALQUIER TÉCNICA) (NO INCLUYE PRÓTESIS)	3	79.420	54.600	241.050	120.520	313.370	192.840	385.680	265.150
21 04 129	11	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE CADERA	3	144.050	99.030	442.260	221.130	574.940	353.810	707.620	486.490
21 04 205	10	RECAMBIO PRÓTESIS DE CADERA. INCLUYE PRÓTESIS	3	144.050	99.030	1.156.760	578.380	1.503.790	925.410	1.850.820	1.272.440
21 04 130	8	EPIFISIOLISIS LENTA O AGUDA, TRAT. QUIR.	3	71.920	49.440	221.200	110.600	287.560	176.960	353.920	243.320
21 04 131	10	FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR, OSTEOSÍNTESIS, CUALQUIER TÉCNICA	2	90.740	62.380	190.610	95.300	247.790	152.480	304.980	209.670
21 04 132	8	FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR, RESECCIÓN EPÍFISIS FEMORAL	3	66.240	45.540	203.640	101.820	264.730	162.910	325.820	224.000
21 04 133	7	LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA, REDUCCIÓN CRUENTA	3	69.740	47.940	214.430	107.210	278.760	171.540	343.090	235.870
21 04 134	8	LUXOFRACTURA ACETABULAR, TRAT. QUIR.	3	98.460	67.690	233.030	116.510	302.940	186.420	372.850	256.330
21 04 135	10	OPERACIÓN DE SALVATAJE CADERA, COLUMNA O SIMILARES	3	123.040	84.590	330.370	165.180	429.480	264.290	528.590	363.400
21 04 136	8	OSTEOTOMÍAS FEMORALES	3	69.740	47.940	214.430	107.210	278.760	171.540	343.090	235.870
21 04 137	7	REDUCCIÓN CRUENTA EN LUXACIÓN CONGÉNITA O TRAUMÁTICA DE CADERA	3	69.740	47.940	214.430	107.210	278.760	171.540	343.090	235.870
21 04 138	9	REDUCCIÓN CRUENTA Y ACETABULOPLASTÍA FEMORAL C/S OSTEOTOMÍA FEMORAL	3	98.460	67.690	259.070	129.530	336.790	207.250	414.510	284.970
21 04 139	8	REDUCCIÓN CRUENTA Y OSTEOTOMÍA FEMORAL	3	67.950	46.710	209.040	104.520	271.750	167.230	334.460	229.940
21 04 140	7	TENOTOMÍA ADUCTORES C/S BOTAS, CON YUGO (PROC. AUT.)	2	55.820	38.370	148.030	74.010	192.440	118.420	236.850	162.830
21 04 141	8	TROCANTEROPLASTÍAS MUSLO	3	73.810	50.740	226.920	113.460	295.000	181.540	363.070	249.610

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 142	7	AMPUTACIÓN MUSLO	2	71.920	49.440	178.010	89.000	231.410	142.400	284.820	195.810
21 04 143	8	EPIFISIODESIS (FÉMUR Y/O TIBIA)	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
21 04 144	8	OSTEOSÍNTESIS DIAFISIARIA O METAFISIARIA MUSLO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	73.810	50.740	157.340	78.670	204.540	125.870	251.740	173.070
21 04 145	8	OSTEOTOMÍA CORRECTORA MUSLO	2	69.740	47.940	157.540	78.770	204.800	126.030	252.060	173.290
21 04 146	9	OSTEOTOMÍA DE ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO CON OSTEOSÍNTESIS INMEDIATA O DISTRACCIÓN INSTRUMENTAL PROGRESIVA MUSLO	2	95.780	65.850	201.210	100.600	261.570	160.960	321.940	221.330
21 04 147	10	OSTEOTOMÍA EN ROSARIO CON ENCLAVIJAMIENTO CLAVO TELESCÓPICO	3	67.950	46.710	209.040	104.520	271.750	167.230	334.460	229.940
21 04 148	8	PSEUDOARTROSIS, TRAT. QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA) MUSLO	3	77.410	53.220	233.870	116.930	304.030	187.090	374.190	257.250
21 04 149	5	RUPTURA Y/O HERNIA MUSCULAR, TRAT. QUIR. MUSLO	2	57.600	39.600	152.740	76.370	198.560	122.190	244.380	168.010
		RODILLA									
21 04 150	6	ARTROTOMÍA POR CUERPOS LIBRES, OSTEOCONDRIITIS RODILLA (PROC. AUT)	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
21 04 151	10	DESARTICULACIÓN RODILLA	2	69.740	47.940	157.540	78.770	204.800	126.030	252.060	173.290
21 04 152	6	DISFUNCIÓN PATELO-FEMORAL, REALINEAMIENTO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	69.940	48.080	178.050	89.020	231.470	142.440	284.880	195.850
21 04 153	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE RODILLA, (CUALQUIER TÉCNICA)	3	136.100	93.570	393.920	196.960	512.100	315.140	630.270	433.310
21 04 204	10	RECAMBIO PRÓTESIS DE RODILLA. INCLUYE PRÓTESIS	3	144.050	99.030	1.314.530	657.260	1.708.890	1.051.620	2.103.250	1.445.980
21 04 154	6	FRACTURA RÓTULA: OSTEOSÍNTESIS O PATELECTOMÍA PARC. O TOTAL	2	57.470	39.510	152.350	76.170	198.060	121.880	243.760	167.580
21 04 155	7	FRACTURAS CONDÍLEAS O DE PLATILLOS TIBIALES, REDUCCIÓN, OSTEOSÍNTESIS (CUALQUIER TÉCNICA)	2	73.810	50.740	170.500	85.250	221.650	136.400	272.800	187.550
21 04 156	7	INESTABILIDAD CRÓNICA DE RODILLA, RECONSTRUCCIÓN CÁPSULOLIGAMENTOSA (CUALQUIER TÉCNICA)	3	98.460	67.690	241.670	120.830	314.170	193.330	386.670	265.830
21 04 157	6	LUXACIÓN O ROTURA LIGAMENTOS, TRAT. QUIR. CÁPSULO-LIGAMENTOSO	2	56.500	38.840	150.130	75.060	195.170	120.100	240.210	165.140
21 04 158	6	MENISCECTOMÍA QUIRÚRGICA, INTERNA Y/O EXTERNA	2	56.500	38.840	150.130	75.060	195.170	120.100	240.210	165.140
21 04 159	6	MENISCECTOMÍA U OTRAS INTERVENCIONES POR VÍA ARTROSCÓPICA (INCLUYE ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA)	2	98.460	67.690	241.670	120.830	314.170	193.330	386.670	265.830
21 04 160	4	QUISTE POPLÍTEO, TRAT. QUIR.	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
21 04 161	6	RECONSTRUCCIÓN APARATO EXTENSOR DE RODILLA	2	59.790	41.100	158.870	79.430	206.530	127.090	254.190	174.750
21 04 162	6	REPARACIÓN QUIRÚRGICA LIGAMENTOS COLATERALES Y/O CRUZADOS DE RODILLA	3	71.760	49.330	220.680	110.340	286.880	176.540	353.090	242.750

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 163	6	TRASLOCACIONES MÚSCULO-TENDINOSAS EN RODILLA PARALÍTICA O ESPÁSTICA PIERNA	3	67.950	46.710	209.040	104.520	271.750	167.230	334.460	229.940
21 04 164	8	AMPUTACIÓN PIERNA	2	71.920	49.440	157.620	78.810	204.910	126.100	252.190	173.380
21 04 165	8	COLGAJO CRUZADO DE PIERNA, TRAT. QUIR. COMPLETO	2	90.740	62.380	190.610	95.300	247.790	152.480	304.980	209.670
21 04 166	5	FASCIOTOMÍA POR SÍNDROME COMPARTAMENTAL	2	56.110	38.570	148.770	74.380	193.400	119.010	238.030	163.640
21 04 167	6	OSTEOSÍNTESIS TIBIO-PERONÉ (CUALQUIER TÉCNICA)	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
21 04 168	6	OSTEOTOMÍA CORRECTORA DE EJES (CUALQUIER TÉCNICA) PIERNA	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
21 04 169	9	OSTEOTOMÍA DE ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO CON OSTEOSÍNTESIS INMEDIATA O DISTRACCIÓN INSTRUMENTAL PROGRESIVA PIERNA	2	98.460	67.690	206.900	103.450	268.970	165.520	331.040	227.590
21 04 170	5	OSTEOTOMÍA DEL PERONÉ	2	54.420	37.410	124.490	62.240	161.840	99.590	199.180	136.930
21 04 171	7	PERONÉ PROTIBIA	2	67.950	46.710	148.940	74.470	193.620	119.150	238.300	163.830
21 04 172	6	PSEUDOARTROSIS, C/S OSTEOSÍNTESIS (CUALQUIER TÉCNICA) PIERNA TOBILLO	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
21 04 173	9	DESARTICULACIÓN TOBILLO	2	66.240	45.540	140.480	70.240	182.620	112.380	224.770	154.530
21 04 174	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL TOBILLO, (CUALQUIER TÉCNICA)	2	103.940	71.460	238.970	119.480	310.660	191.170	382.350	262.860
21 04 175	6	ESGUINCE GRAVE DE TOBILLO, TRAT. QUIR. CÁPSULO-LIGAMENTOSO	2	59.070	40.610	156.670	78.330	203.670	125.330	250.670	172.330
21 04 176	7	FRACTURA ASTRÁGALO Y/O CALCÁNEO, OSTEOSÍNTESIS (CUALQ. TÉCN.)	2	73.810	50.740	156.530	78.260	203.490	125.220	250.450	172.180
21 04 177	5	HUESOS SUPERNUMERARIOS, EXTIRPACIÓN, UNO O MÁS, UNILATERAL	2	55.820	38.370	148.030	74.010	192.440	118.420	236.850	162.830
21 04 178	6	LUXACIÓN TIBIO-ASTRÁG.-CALCÁN., REDUCC. CRUENTA Y OSTEOSÍNT.	2	58.270	40.060	154.860	77.430	201.320	123.890	247.780	170.350
21 04 179	7	LUXOFRACTURA TOBILLO, CUALQUIER TIPO, OSTEOSÍNTESIS Y REPARACIÓN CÁPSULO-LIGAMENTOSA	2	73.810	50.740	187.820	93.910	244.170	150.260	300.510	206.600
21 04 180	7	OSTEOPLASTÍA TIBIO-CALCÁNEA	2	69.940	48.080	148.400	74.200	192.920	118.720	237.440	163.240
21 04 181	6	RUPTURA TENDÓN DE AQUILES O TIBIAL POSTERIOR, TENORRAFIA PRIMARIA Y/O TRANSPOSICIONES TENDINOSAS	2	69.740	47.940	147.930	73.960	192.310	118.340	236.690	162.720
21 04 182	6	RUPTURA TIBIAL ANTERIOR U OTROS, TENORRAFIA	2	57.470	39.510	152.350	76.170	198.060	121.880	243.760	167.580
21 04 183	5	TENORRAFIA EXTENSORES O TENOTOMÍA DE ALARGAMIENTO DE TENDÓN DE AQUILES	2	59.790	41.100	158.870	79.430	206.530	127.090	254.190	174.750

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 184	6	TRASLOCACIÓN TENDINOSA TOBILLO PIE	2	59.790	41.100	158.870	79.430	206.530	127.090	254.190	174.750
21 04 185	7	AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA	2	69.940	48.080	148.400	74.200	192.920	118.720	237.440	163.240
21 04 186	6	ASTRÁGALO VERTICAL, TRAT. QUIR.	2	71.920	49.440	162.540	81.270	211.300	130.030	260.060	178.790
21 04 187	5	ESPOLÓN CALCÁNEO, TRAT. QUIR.	2	54.420	37.410	124.490	62.240	161.840	99.590	199.180	136.930
21 04 188	5	EXOSTOSIS 5º METATARSIANO, ('JUANETILLO') TRAT. QUIR.	2	59.070	40.610	135.140	67.570	175.680	108.110	216.220	148.650
21 04 189	5	FASCIOTOMÍA PLANTAR (PROC. AUT.)	2	54.420	37.410	144.290	72.140	187.580	115.430	230.860	158.710
21 04 190	5	HALLUX VALGUS O RÍGIDUS, TRAT.QUIR. COMPLETO (CUALQUIER TÉCN.)	2	59.790	41.100	158.870	79.430	206.530	127.090	254.190	174.750
21 04 191	6	LUXACIONES, LUXOFRACTURAS, FRACTURAS, REDUCCIÓN CRUENTA PIE	2	58.110	39.950	154.510	77.250	200.860	123.600	247.220	169.960
21 04 192	6	MAL PERFORANTE PLANTAR, TRAT. QUIR.	2	56.660	38.950	150.600	75.300	195.780	120.480	240.960	165.660
21 04 193	5	NEUROMA DE MORTON, TRAT. QUIR.	2	57.470	39.510	131.440	65.720	170.870	105.150	210.300	144.580
21 04 194	5	ORTEJOS EN GARRA, TRAT. QUIR., CUALQ. NÚMERO (CUALQ. TÉCNICA)	2	59.070	40.610	135.140	67.570	175.680	108.110	216.220	148.650
21 04 195	5	ORTEJOS, AMPUTACIÓN, UNO O MÁS, UNILATERAL	2	56.020	38.510	128.130	64.060	166.570	102.500	205.010	140.940
21 04 196	6	PIE BOT U OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS, TRAT. QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA)	2	69.740	47.940	157.540	78.770	204.800	126.030	252.060	173.290
21 04 197	5	PIE CAVO, TRAT.QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA)	2	55.060	37.850	146.360	73.180	190.270	117.090	234.180	161.000
21 04 198	5	PIE PLANO, TRAT. QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA)	2	56.500	38.840	150.130	75.060	195.170	120.100	240.210	165.140
21 04 199	6	PIE REUMATOIDEO, TRAT.QUIR.COMPLETO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	69.070	47.480	151.240	75.620	196.610	120.990	241.980	166.360
21 04 200	5	SESAMOÍDEOS, EXTIRPACIÓN DE UNO O MÁS, UNILATERAL	2	55.820	38.370	142.240	71.120	184.910	113.790	227.580	156.460
21 04 201	5	TENORRAFIA EXTENSORES PIE	2	55.820	38.370	148.030	74.010	192.440	118.420	236.850	162.830
21 04 202	6	TRASPLANTES TENDINOSOS PIE (CUALQUIER TÉCNICA)	2	59.790	41.100	158.870	79.430	206.530	127.090	254.190	174.750

(El arancel médico no incluye el valor del material empleado por ejemplo :vendas enyesadas, férulas, placas ,tornillos, prótesis o similares)

PROCEDIMIENTOS DE INMOVILIZACION

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		(La colocación de valva de yeso, corresponderá al 50 % del valor del respectivo procedimiento de inmovilización)									
21 05 001	2	CALZÓN CORTO DE YESO	1			22.760	11.380	29.590	18.210	36.420	25.040
21 05 004	2	RODILLERA, BOTA LARGA O CORTA DE YESO	1			18.190	9.090	23.650	14.550	29.100	20.000
21 05 005	1	VELPEAU	1			18.190	9.090	23.650	14.550	29.100	20.000
21 05 006	2	YESO ANTEBRAQUIAL C/S FÉRULA DIGITAL	1			18.190	9.090	23.650	14.550	29.100	20.000
21 05 007	2	YESO BRAQUICARPIANO	1			18.190	9.090	23.650	14.550	29.100	20.000
21 05 008	2	YESO PELVIPEDIO BILATERAL	1			43.890	21.940	57.060	35.110	70.220	48.270
21 05 009	2	YESO PELVIPEDIO UNILATERAL	1			34.570	17.280	44.940	27.650	55.310	38.020
21 05 010	2	YESO TORACOBRAQUIAL	1			31.840	15.920	41.390	25.470	50.940	35.020
		Corsets									
21 05 011	2	CORSETS DE MILWAUKEE O SIMILARES (INCLUYE LA TOMA DE MOLDE)	1			37.440	18.720	48.670	29.950	59.900	41.180
		RETIRO DE ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS									
21 06 001	9	** RETIRO DE ENDOPRÓTESIS U OSTEOSÍNTESIS INTERNAS ARTICULARES O DE COLUMNA VERTEBRAL	2	71.920	49.440	152.590	76.290	198.370	122.070	244.140	167.840
21 06 002	5	** RETIRO DE PLACAS RECTAS O ANGULADAS	2			156.500	78.250	203.450	125.200	250.400	172.150
21 06 003	5	RETIRO DE TORNILLOS, CLAVOS, AGUJAS DE OSTEOSÍNTESIS O SIMILARES	1			59.440	29.720	77.270	47.550	95.100	65.380
		** Estas prestaciones se autorizan a cirujanos dentistas especialistas en cirugía bucal y maxilofacial									
		PROCEDIMIENTOS ORTOPEDICOS									
		Además anestesia cód. 22-01-001 si corresponde									
		1. LUXACIONES									
		Comprende maniobras de reducción,c/s tracción esquelética (transesquelética o craneal) provisoria o definitiva y colocación de yeso. Los cambios posteriores se cobrarán de acuerdo al valor del procedimiento de inmovilización con yeso respectivo.									
21 07 001	3	LUXACIONES DE ARTICULACIONES MEDIANAS (HOMBRO, CODO, RODILLA, TOBILLO, MUÑECA, TARSO Y ESTERNOCLAVICULAR)	1			69.100	34.550	89.830	55.280	110.560	76.010
21 07 002	4	LUXACIONES DE ARTICULACIONES MAYORES (COLUMNA, CADERA, PELVIS)	1			90.150	45.070	117.200	72.120	144.240	99.160

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 07 003	3	** LUXACIONES DE ARTICULACIONES MENORES (EL RESTO)	1			31.280	15.640	40.660	25.020	50.050	34.410
		2.- FRACTURAS CON O SIN LUXACION									
		Comprende fracturas desplazadas o anguladas, fracturas en tallo verde anguladas y fracturas o disyunciones desplazadas; incluye maniobras de reducción (c/s tracción transesquelética o craneal) provisoria o definitiva y colocación de yeso.									
		En caso de fracturas de 2 huesos del mismo segmento anatómico, se cancelará el 100% de la prestación de mayor valor más el 50% de la segunda.									
		Los cambios posteriores, las fracturas no desplazadas y la inmovilización provisoria de urgencia se cobrarán de acuerdo al valor del procedimiento de inmovilización con yeso respectivo.									
21 07 004	4	FRACTURAS MAYORES (COLUMNA, PELVIS, SUPRACONDÍLEA, CODO, EPÍFISIS FEMORALES)	1			122.660	61.330	159.460	98.130	196.260	134.930
21 07 005	3	FRACTURAS MEDIANAS (DIÁFISIS HUMERAL, RADIAL, CUBITAL, DIÁFISIS FEMORAL, TIBIAL, PERONEAL, CLAVICULAR, PLATILLOS TIBIALES)	1			101.420	50.710	131.850	81.140	162.270	111.560
21 07 006	3	FRACTURAS MENORES (EL RESTO)	1			49.400	24.700	64.220	39.520	79.040	54.340
		Tratamiento funcional con técnica de Sarmiento y similares									
		MALFORMACIONES CONGENITAS									
		Comprende el tratamiento ortopédico con los cambios de yesos o el ajuste y control del aparataje empleado									
21 07 010	4	PIE BOT, UNILATERAL, HASTA 10 CAMBIOS DE YESO	1			81.220	40.610	105.590	64.980	129.950	89.340

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
GRUPO : 22							
ANESTESIA							
La prestación 'ANESTESIA' incluye:							
A) 'ACTOS PREANESTESICOS': Examen clínico del paciente, indicación de exámenes o exploraciones y prescripción de medicamentos.							
B) 'ACTOS ANESTESICOS PROPIAMENTE TALES': Administración de anestésicos generales y/o locales en bloqueos regionales; control de signos vitales; intubación laríngeo-traqueal; inyección de drogas coadyuvantes, fleboclisis y/o transfusiones de sangre y/o hemoderivados y/u otros cuando corresponda. Además prevención y tratamiento complicaciones durante el acto mismo.							
C) 'ACTOS POSTANESTESICOS': Control de la normalización del despertar del enfermo hasta la reversión total de los efectos de la anestesia administrada o hasta por 12 horas o hasta la instalación del paciente en una unidad de tratamiento intensivo o similares.							
22 01 001	ANESTESIA GENERAL O REGIONAL OTORGADA POR MÉDICO DIFERENTE AL PRIMER CIRUJANO (EN INTERVENCIONES O PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS O TERAPÉUTICOS)	39.150	19.570	50.900	31.320	62.640	43.060
22 01 002	ANESTESIA PERIDURAL CONTINUA, PROC. AUT.	47.140	23.570	61.280	37.710	75.420	51.850
Anestesia regional o local infiltrativa administrada por el primer cirujano, 10% del valor de sus honorarios.							
Nota importante:							
En cualquier procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico que no tenga anestesia especificada, podrá utilizarse Anestesia cód. 22-01-001 y para su cobro deberá justificarse y efectuarse siempre programa.							
GRUPO : 23							
PROTESIS, ORTESIS Y DISPOSITIVOS MEDICOS							
CABEZA Y CUELLO							
23 01 001	ENMASCARADOR DE TINNITUS	134.110	67.050				
23 01 002	ORTESIS CERVICALES (COLLARES BLANDOS Y DUROS)	14.930	7.460				
23 01 003	PRÓTESIS DE OREJA, NARIZ, C/U	76.790	38.390				
23 01 004	PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE MAXILAR SUPERIOR O MAXILAR INFERIOR, C/U	106.210	53.100				
23 01 005	PRÓTESIS OCULAR (NO INCLUYE LENTES INTRAOCULARES)	137.650	68.820				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
23 01 006	PRÓTESIS PARA CRANEOPLASTIA	76.790	38.390				
23 01 007	VÁLVULAS DERIVATIVAS L.C.R C/S MECANISMO DE REGULACIÓN	224.630	112.310				
23 01 069	PRÓTESIS CÁNULA PARA TRAQUEOTOMÍA	14.540	7.270				
23 01 070	PRÓTESIS PARA LARINGECTOMÍA	27.550	13.770				
23 01 080	LENTE INTRAOCULAR.	136.130	68.060				
23 01 071	LENTES ÓPTICOS O DE CONTACTO(SÓLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS)	25.730	12.860				
23 01 081	AUDÍFONOS (SÓLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS)	192.690	96.340				
	TORAX Y ABDOMEN						
23 01 008	BRAGUERO (HERNIA UMBILICAL O INGUINAL)	8.570	4.280				
23 01 010	CABLES ELECTRODOS	42.680	21.340				
23 01 011	FAJA ORTOPÉDICA (CONTENCIÓN DE ABDOMEN O COLUMNA DORSOLUMBAR)	13.750	6.870				
23 01 012	MARCAPASO	704.130	352.060				
23 01 013	PRÓTESIS ABDOMINAL (ENDOPRÓTESIS EVENTRACIÓN O HERNIA)	27.550	13.770				
23 01 014	PRÓTESIS MAMARIA C/U (ENDOPRÓTESIS)	98.300	49.150				
23 01 015	PRÓTESIS TESTICULAR O PENEAL, C/U	42.680	21.340				
23 01 016	PRÓTESIS ARTERIALES, O VASCULARES, STENT (ENDOPRÓTESIS)	115.300	57.650				
23 01 017	VÁLVULA AÓRTICA	436.790	218.390				
23 01 018	VÁLVULA MITRAL	520.010	260.000				
23 01 019	VÁLVULA TRICÚSPIDE	436.790	218.390				
23 01 073	DISPOSITIVO PARA MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA	53.010	26.500				
23 01 074	SENSOR (PARA MONITOREO DE GLUCOSA)	34.450	17.220				
23 01 075	DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO HORMONAL (EXCLUYE T DE COBRE)	47.720	23.860				
	EXTREMIDADES						

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
23 01 020	ORTESIS MUSLO-PIE O ISQUIOPEDIO	48.400	24.200				
23 01 021	ARNÉS DE PRÓTESIS (EXTREMIDAD SUPERIOR)	7.300	3.650				
23 01 022	BASTÓN CANADIENSE O TRÍPODE, C/U	14.110	7.050				
23 01 023	CAVIDAD PARA AMPUTADO DE MUSLO	29.900	14.950				
23 01 024	RODILLERA	4.030	2.010				
23 01 025	CASQUETE DE GOMA O SIMILAR	12.130	6.060				
23 01 026	CINTURÓN PARA PRÓTESIS	9.780	4.890				
23 01 027	CINTURÓN PÉLVICO DOBLE	56.440	28.220				
23 01 028	CLAVOS USO DISTAL O PROXIMAL (POR UNIDAD); PERNOS (POR UNIDAD)	11.580	5.790				
23 01 029	COJÍN DE ABDUCCIÓN O PAULIK	7.300	3.650				
23 01 030	CORREA DE ORTESIS	6.390	3.190				
23 01 031	CORREA DE MULEY (PRÓTESIS BAJO RODILLA)	7.110	3.550				
23 01 032	ORTESIS DE COLUMNA (MILWAUKEE, TAYLOR O SIMILARES)	92.380	46.190				
23 01 033	ORTESIS LUMBOSACRA (CORSET DE KNIGHT)	35.450	17.720				
23 01 034	ORTESIS PALMAR ACTIVA (UCLA)	10.670	5.330				
23 01 035	ORTESIS RADIAL DE POSICIÓN	10.930	5.460				
23 01 036	ORTESIS CORTA DE POSICIÓN (DIGITALES) C/U	6.860	3.430				
23 01 037	ORTESIS DE USO NOCTURNO DE MIEMBRO INFERIOR	20.170	10.080				
23 01 038	ORTESIS LARGA DE POSICIÓN (EXTREMIDAD SUPERIOR)	9.890	4.940				
23 01 039	INSTRUMENTAL PARA FIJACIÓN DE COLUMNA (HARRINGTON O SIMILARES)	59.730	29.860				
23 01 040	MULETAS (PAR)	12.130	6.060				
23 01 041	ORTESIS LARGA BILATERAL CON CINTURÓN PÉLVICO (EXTREMIDADES INFERIORES)	106.850	53.420				
23 01 042	ORTESIS LARGA UNILATERAL (EXTREMIDAD INFERIOR)	76.790	38.390				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
23 01 043	ORTESIS MANO-MUÑECA PASIVA	4.130	2.060				
23 01 044	ORTESIS PARA RODILLA	31.500	15.750				
23 01 045	ORTESIS TOBILLO-PIE	40.330	20.160				
23 01 046	P.T.B. O P.T.S.	275.160	137.580				
23 01 047	PIE PROTÉSICO	35.450	17.720				
23 01 048	PILÓN REDUCCIÓN MUSLO	110.050	55.020				
23 01 049	PILÓN REDUCCIÓN PIERNA	39.310	19.650				
23 01 050	PLACAS DE COMPRESIÓN BLOQUEANTE O DE FIJACIÓN (POR UNIDAD); CABLES PARA PLACAS Y TORNILLOS	7.720	3.860				
23 01 051	PRÓTESIS BAJO CODO CON GANCHO, MANO Y GUANTE	235.880	117.940				
23 01 052	PRÓTESIS BAJO RODILLA, CON CORSELETE	201.600	100.800				
23 01 053	PRÓTESIS DE CODO	149.770	74.880				
23 01 054	PRÓTESIS DE MANO	207.980	103.990				
23 01 055	PRÓTESIS DE RODILLA	298.680	149.340				
23 01 056	PRÓTESIS DESARTICULADO RODILLA	196.530	98.260				
23 01 057	PRÓTESIS DESARTICULADO DE CADERA CON BLOQUEO	393.100	196.550				
23 01 058	PRÓTESIS DESARTICULADO DE CODO CON GANCHO, MANO Y GUANTE	314.530	157.260				
23 01 059	PRÓTESIS DESARTICULADO DE HOMBRO CON GANCHO, MANO Y GUANTE	332.850	166.420				
23 01 060	PRÓTESIS PARCIAL DE CADERAS	63.980	31.990				
23 01 061	PRÓTESIS PARA AMPUTACIÓN PARCIAL DE PIE (CHOPART - PIROGOFF- LISFRANC Y RICARD)	196.530	98.260				
23 01 062	PRÓTESIS SOBRE RODILLA C/S BLOQUEO	201.600	100.800				
23 01 063	PRÓTESIS SOBRE RODILLA CON RODILLA DE SEGURIDAD	267.150	133.570				
23 01 064	PRÓTESIS TIPO SYME	112.370	56.180				
23 01 065	PRÓTESIS TOTAL DE CADERAS	106.720	53.360				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
23 01 072	PLANTILLAS ORTOPÉDICAS (PAR)	12.870	6.430				
23 01 067	TALONERA GOMA (PAR)	19.670	9.830				
23 01 068	TORNILLOS (POR UNIDAD)	2.180	1.090				
23 01 076	DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO HORMONAL	47.720	23.860				
	GRUPO : 24						
	TRASLADOS						
	I.- TRASLADOS INTERURBANOS EN BUS, TREN U OTRO MEDIO DE LOCOMOCION PUBLICA SIMILAR						
24 01 001	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA ANTOFAGASTA O VICEVERSA	3.940	1.970				
24 01 002	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	5.880	2.940				
24 01 003	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	8.230	4.110				
24 01 004	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	8.720	4.360				
24 01 005	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	3.940	1.970				
24 01 006	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	5.880	2.940				
24 01 007	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	5.880	2.940				
24 01 008	TRASLADO DESDE III REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	1.990	990				
24 01 009	TRASLADO DESDE III REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	3.940	1.970				
24 01 010	TRASLADO DESDE IV REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	2.880	1.440				
24 01 011	TRASLADO DESDE IV REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	2.740	1.370				
24 01 012	TRASLADO DESDE IX REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	1.990	990				
24 01 013	TRASLADO DESDE IX REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	3.940	1.970				
24 01 014	TRASLADO DESDE V REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	950	470				
24 01 015	TRASLADO DESDE VI REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	950	470				
24 01 016	TRASLADO DESDE VI REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	950	470				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
24 01 017	TRASLADO DESDE VII REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	1.550	770				
24 01 018	TRASLADO DESDE VII REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	1.780	890				
24 01 019	TRASLADO DESDE VIII REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	3.550	1.770				
24 01 020	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	2.740	1.370				
24 01 021	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	5.880	2.940				
24 01 022	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA TEMUCO O VICEVERSA	1.990	990				
24 01 023	TRASLADOS INTERURBANOS DENTRO DE UNA MISMA REGIÓN II- TRASLADOS URBANOS E INTERURBANOS EN AMBULANCIA	1.000	500				
24 01 024	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA ANTOFAGASTA O VICEVERSA	19.670	9.830				
24 01 025	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	17.690	8.840				
24 01 026	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	27.550	13.770				
24 01 027	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	27.550	13.770				
24 01 028	TRASLADO DESDE III REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	13.750	6.870				
24 01 029	TRASLADO DESDE III REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	19.670	9.830				
24 01 030	TRASLADO DESDE IV REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	14.540	7.270				
24 01 031	TRASLADO DESDE IV REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	13.750	6.870				
24 01 032	TRASLADO DESDE IX REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	10.350	5.170				
24 01 033	TRASLADO DESDE IX REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	17.690	8.840				
24 01 034	TRASLADO DESDE V REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	7.530	3.760				
24 01 035	TRASLADO DESDE VI REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	7.110	3.550				
24 01 036	TRASLADO DESDE VII REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	8.370	4.180				
24 01 037	TRASLADO DESDE VII REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	7.900	3.950				
24 01 038	TRASLADO DESDE VIII REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	13.750	6.870				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
24 01 039	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	11.830	5.910				
24 01 040	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	27.550	13.770				
24 01 041	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA TEMUCO O VICEVERSA	7.900	3.950				
24 01 042	TRASLADO INTERURBANO DENTRO DE UNA MISMA REGIÓN	6.390	3.190				
24 01 061	RESCATE SIMPLE Y/O TRASLADO	5.610	2.800				
24 01 062	RESCATE PROFESIONALIZADO Y/O TRASLADO PACIENTE COMPLEJO	7.680	3.840				
24 01 063	RESCATE MEDICALIZADO Y/O TRASLADO PACIENTE CRÍTICO	10.150	5.070				
	III- TRASLADOS EN AVION						
24 01 043	TRASLADO DENTRO DE LA XI Y XII REGIÓN	13.750	6.870				
24 01 044	TRASLADO DESDE ISLA DE PASCUA A SANTIAGO O VICEVERSA	23.590	11.790				
24 01 045	TRASLADOS DESDE I REGIÓN A ANTOFAGASTA O VICEVERSA	13.750	6.870				
24 01 046	TRASLADOS DESDE I REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	37.510	18.750				
24 01 047	TRASLADOS DESDE II REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	27.550	13.770				
24 01 048	TRASLADOS DESDE III REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	19.670	9.830				
24 01 049	TRASLADOS DESDE IV REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	18.750	9.370				
24 01 050	TRASLADOS DESDE IX REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	20.800	10.400				
24 01 051	TRASLADOS DESDE VIII REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	17.690	8.840				
24 01 052	TRASLADOS DESDE X REGIÓN A CONCEPCIÓN O VICEVERSA	17.690	8.840				
24 01 053	TRASLADOS DESDE X REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	27.550	13.770				
24 01 054	TRASLADOS DESDE XI REGIÓN A CONCEPCIÓN O VICEVERSA	23.590	11.790				
24 01 055	TRASLADOS DESDE XI REGIÓN A PUERTO MONTT O VICEVERSA	14.110	7.050				
24 01 056	TRASLADOS DESDE XI REGIÓN A PUNTA ARENAS O VICEVERSA	13.750	6.870				
24 01 057	TRASLADOS DESDE XI REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	35.450	17.720				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
24 01 058	TRASLADOS DESDE XII REGIÓN A CONCEPCIÓN O VICEVERSA	27.550	13.770				
24 01 059	TRASLADOS DESDE XII REGIÓN A PUERTO MONTT O VICEVERSA	17.690	8.840				
24 01 060	TRASLADOS DESDE XII REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	41.610	20.800				
	IV.- TRASLADOS EN HELICOPTERO						
24 01 070	TRASLADOS EN HELICÓPTERO	20.520	10.260				
	GRUPO : 25						
	PAGO ASOCIADO A DIAGNOSTICO (PAD)						
25 01 001	COLELITIASIS	1.876.680	938.340				
25 01 004	HERNIA ABDOMINAL SIMPLE	905.880	452.940				
25 01 005	HERNIA ABDOMINAL COMPLICADA	1.409.910	704.950				
25 01 009	PARTO (INCLUYE TAMIZAJE AUDITIVO RECIÉN NACIDO)	1.432.730	358.180				
25 01 014	ENFERMEDAD CRÓNICA DE LAS AMÍGDALAS	699.320	349.660				
25 01 015	VEGETACIONES ADENOIDES	600.770	300.380				
25 01 016	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	1.458.290	729.140				
25 01 017	FIMOSIS	604.430	302.210				
25 01 018	CRIPTORQUIDIA	976.820	488.410				
25 01 019	MANEJO DE LA ICTERICIA DEL RECIÉN NACIDO	174.230	104.540				
25 01 021	CATARATAS (NO INCLUYE LENTE INTRAOCULAR)	1.121.030	560.510				
25 01 026	PROLAPSO VAGINAL ANTERIOR Y/O POSTERIOR	1.384.380	692.190				
25 01 027	TUMORES Y/O QUISTES INTRACRANEANOS	4.367.370	3.581.240				
25 01 030	HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO (CERVICAL, DORSAL, LUMBAR)	2.282.530	1.141.260				
25 01 067	REPARACIÓN PRENATAL DE ESPINA BÍFIDA	9.065.660	4.532.830				
25 01 031	ACCESO VASCULAR SIMPLE (MEDIANTE FAV) PARA HEMODIÁLISIS	639.670	319.830				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
25 01 032	ACCESO VASCULAR COMPLEJO (MEDIANTE FAV) PARA HEMODIÁLISIS	959.490	479.740				
25 01 033	QUERATECTOMIA FOTORREFRACTIVA O QUERATOMILEUSIS FOTORREFRACTIVA (LASIK O PRK)	962.510	481.250				
25 01 034	HISTERECTOMÍA	1.552.700	776.350				
25 01 035	MENISECTOMÍA	1.411.670	705.830				
25 01 036	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	1.528.920	764.460				
25 01 037	SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO	1.054.110	527.050				
25 01 237	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO (TÉCNICA WALANT)	656.370	328.180				
25 01 038	RUPTURA MANGUITO ROTADOR	3.738.470	1.869.230				
25 01 039	OSTEOSÍNTESIS TIBIO-PERONÉ	2.726.140	1.363.070				
25 01 040	OSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR	3.512.270	1.756.130				
25 01 041	OSTEOSÍNTESIS CÚBITO Y/O RADIO	1.881.970	940.980				
25 01 042	OSTEOSÍNTESIS DIAFISIARIA HUMERO	2.211.870	1.105.930				
25 01 043	INESTABILIDAD DE HOMBRO	4.199.380	2.099.690				
25 01 044	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE HOMBRO	4.589.000	2.294.500				
25 01 045	CONTRACTURA DUPUYTREN	1.034.270	517.130				
25 01 046	HALLUX VALGUS	1.222.950	611.470				
25 01 047	INESTABILIDAD DE RODILLA	3.707.230	1.853.610				
25 01 048	DEDOS EN GATILLO	664.980	332.490				
25 01 248	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEDOS EN GATILLO (TÉCNICA WALANT)	484.170	242.080				
25 01 049	TUMORES O QUISTES TENDINO-MUSCULARES	1.039.910	519.950				
25 01 050	QUISTES SINOVIALES	517.940	258.970				
25 01 054	LUXOFRACTURA CERRADA DE TOBILLO CON OSTEOSÍNTESIS	3.496.250	1.748.120				
25 01 055	FRACTURA DE CLAVÍCULA CON OSTEOSÍNTESIS	2.094.130	1.047.060				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
25 01 056	RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE MAYOR COMPLEJIDAD	2.020.190	1.010.090				
25 01 057	RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE MENOR COMPLEJIDAD	1.128.420	564.210				
25 01 051	TIROIDECTOMÍA TOTAL	1.753.810	876.900				
25 01 052	TIROIDECTOMÍA SUBTOTAL	1.353.830	676.910				
25 01 053	HIDROCELE Y/O HEMATOCELE	725.200	362.600				
25 01 058	CIRUGÍA BARIÁTRICA POR BY PASS GÁSTRICO, INCLUYE SEGUIMIENTO	4.993.380	2.496.690				
25 01 059	CIRUGÍA BARIÁTRICA POR MANGA GÁSTRICA, INCLUYE SEGUIMIENTO	4.667.700	2.333.850				
25 01 060	PROLAPSO RECTAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VÍA ABDOMINAL	1.909.970	954.980				
25 01 061	PROLAPSO RECTAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VÍA RECTAL	1.038.770	519.380				
25 01 062	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA	2.290.240	1.145.120				
25 01 063	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ESTRABISMO MAYORES DE 9 AÑOS	1.027.360	513.680				
25 01 064	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO OTITIS SEROSA MUCOSITIS TIMPÁNICA MIXIOSIS TIMPÁNICA	742.550	371.270				
25 01 065	IMPLANTACIÓN DE ESTIMULADOR CEREBRAL PROFUNDO PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (INCLUYE EL DISPOSITIVO)	31.684.580	15.842.290				
25 02 002	HEMORROIDES (TRATAMIENTO QUIRÚRGICO)	825.160	412.580				
25 02 102	HEMORROIDES (MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO)	589.510	294.750				
25 02 003	VÁRICES	1.150.250	575.120				
25 02 004	VARICOCELE	818.510	409.250				
25 02 005	CHALAZIÓN	209.610	104.800				
25 02 006	GLAUCOMA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	813.350	406.670				
25 02 007	PTERIGIÓN	299.280	149.640				
25 02 008	ESTUDIO APNEA DEL SUEÑO	377.500	188.750				
25 02 009	TRATAMIENTO FERTILIZACIÓN ASISTIDA BAJA COMPLEJIDAD EN HOMBRE	100.020	60.010				
25 02 010	TRATAMIENTO FERTILIZACIÓN ASISTIDA BAJA COMPLEJIDAD EN MUJER	336.730	202.040				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
25 02 011	INDUCCIÓN DE LA OVULACIÓN	2.154.030	1.077.010				
25 02 012	ASPIRACIÓN FOLICULAR	480.450	240.220				
25 02 013	LABORATORIO FIV/ICSI	651.970	325.980				
25 02 014	TRANSFERENCIA EN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD	274.490	137.240				
25 02 015	SOPORTE POST TRANSFERENCIA EN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD	90.120	45.060				
25 02 016	CRIOPRESERVACIÓN EN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD	156.420	78.210				
25 02 017	PREPARACIÓN ENDOMETRIAL	346.390	173.190				
25 02 018	DESCONGELACIÓN EN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD	209.680	104.840				
25 02 020	CLÍNICA DE LACTANCIA (0 A 6 MESES DE EDAD)	51.100	25.550				
25 02 022	VASECTOMÍA	853.610	426.800				
25 02 024	CROSSLINKING CORNEAL	1.560.260	780.130				
25 02 025	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA COMPLEMENTARIA PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA HASTA LOS 18 AÑOS	111.500	55.750				
25 02 026	TRATAMIENTO PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA HASTA LOS 5 AÑOS	69.820	34.910				
25 02 027	TRATAMIENTO PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA DE 6 A 12 AÑOS	70.510	35.250				
25 02 028	TRATAMIENTO PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA DE 13 HASTA 18 AÑOS	67.360	33.680				
25 02 029	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA BAJA COMPLEJIDAD	101.330	50.660				
25 02 030	TEST DE LEVODOPA	882.420	441.210				
25 03 001	DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y OBTURACIÓN PARA UN DIENTE	98.900	59.340				
25 03 002	OBTURACIÓN 2 HASTA 4 DIENTES (TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO)	92.830	55.700				
25 03 003	OBTURACIÓN 5 Y MÁS DIENTES (TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO)	139.250	83.550				
25 03 004	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA UNIRADICULAR, UN DIENTE	133.420	80.050				
25 03 005	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA BIRADICULAR, UN DIENTE	167.290	100.370				
25 03 006	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA MULTIRADICULAR, UN DIENTE	184.200	110.520				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
25 03 007	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO	341.960	170.980				
25 05 936	ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE STENT EN ARTERIA CAROTIDEA	9.230.400	4.615.200				
25 05 937	ENDARTERECTOMÍA CAROTIDEA	4.078.110	2.039.050				
25 05 940	EMBOlizACIONES DE MALFORMACIONES VASCULARES NO ROTAS (EXCEPTÚA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA)	14.104.850	7.052.420				
25 05 941	TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL NO ROTO	18.150.850	9.075.420				
25 05 942	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON IMPLANTE (1° TIEMPO QUIRÚRGICO, COLOCACIÓN EXPANSOR)	3.031.040	1.515.520				
25 05 943	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA CON IMPLANTE (1° TIEMPO QUIRÚRGICO, COLOCACIÓN EXPANSOR)	3.201.860	1.600.930				
25 05 944	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON IMPLANTE (2° TIEMPO QUIRÚRGICO)	2.905.770	1.452.880				
25 05 945	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA CON IMPLANTE (2° TIEMPO QUIRÚRGICO, CAMBIO EXPANSOR A PRÓTESIS DEFINITIVA)	2.847.600	1.423.800				
25 05 946	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO TRAM O COLGAJO MICROQUIRÚRGICO DIEP O SUS VARIANTES	4.651.330	2.325.660				
25 05 947	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA COMPLEJO AREOLA Y/O PEZÓN (PROCEDIMIENTOS AUTÓNOMOS)	999.520	499.760				
25 05 948	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ENDOMETRIOSIS OVÁRICA VÍA LAPAROSCÓPICA	3.312.510	1.656.250				
25 05 949	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ENDOMETRIOSIS PROFUNDA SIN COMPROMISO INTESTINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	5.545.540	2.772.770				
25 05 950	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ABDOMEN FLÁCIDO	3.583.580	1.791.790				
	GRUPO 26:						
	ATENCIONES INTEGRALES, OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS						
	I.- ENFERMERIA						
26 01 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN CENTRO ADULTO MAYOR (SOLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS, POR SESIÓN)	8.890	4.440				
26 01 002	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO (ATENCIÓN MÍNIMA DE 45')(SOLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS)	17.750	8.870				
26 01 003	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES POSTRADOS, TERMINALES POST OPERADOS	18.250	9.120				
26 01 004	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES OSTOMIZADOS	18.400	9.200				
26 01 005	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES QUE REQUIEREN INSTALACIÓN Y/O RETIRO DE CATÉTER O SONDA	18.400	9.200				
	II.- NUTRICIONISTAS						

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
26 02 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA (POR SESIÓN) TELECONSULTA NUTRICIONISTA	9.540	4.770				
26 08 201	TELECONSULTA: ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA (POR SESIÓN) III.- MATRONERÍA	8.100	4.050				
26 03 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE MATRONERÍA EN SALUD OBSTÉTRICA Y PERINATAL	11.400	5.700				
26 03 002	ATENCIÓN INTEGRAL DE MATRONERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA IV.- OTRAS ATENCIONES INTEGRALES	11.400	5.700				
26 09 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE ACUPUNTURA POR PROFESIONAL DE LA SALUD (POR SESIÓN)	7.120	3.560	9.260	5.700	11.390	7.830
26 09 002	ATENCIÓN INTEGRAL DE ACUPUNTURA POR TÉCNICO DE PROFESIONES AUXILIARES DE SALUD (POR SESIÓN) GRUPO : 28 PAGO ASOCIADO EMERGENCIA	7.120	3.560				
28 02 201	PAE CLASE 201	48.440	19.380				
28 02 202	PAE CLASE 202	157.980	63.190				
28 02 203	PAE CLASE 203	289.680	115.870				
28 02 204	PAE CLASE 204	439.830	175.930				
28 02 205	PAE CLASE 205	557.270	222.910				
28 02 301	PAE CLASE 301	874.520	262.360				
28 02 302	PAE CLASE 302	1.191.760	357.530				
28 02 303	PAE CLASE 303	1.654.580	496.370				
28 02 304	PAE CLASE 304	2.001.140	600.340				
28 02 305	PAE CLASE 305	2.457.910	737.370				
28 02 401	PAE CLASE 401	3.224.530	806.130				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
GRUPO : 29							
TRATAMIENTOS INTEGRALES DE BRAQUITERAPIA , RADIOTERAPIA, NEUTROPENIA ONCOLÓGICA Y FARMACOLOGICO ONCOLÓGICO							
Notas: 'Los Centros que otorguen estas prestaciones, deben regirse por lo señalado en el D.S. N° 18/2015 del Minsal, que 'Aprueba el Reglamento Sanitario sobre Establecimientos de Radioterapia Oncológica' y las Normas que dicte el Ministerio de Salud sobre la materia.							
Por tratarse de Tratamientos Integrales, consideran incluida la Planificación, Marcación, Simulación y Dosimetría, así como todas las sesiones que sean necesarias para cada tratamiento, a excepción de la Braquiterapia, cuyo valor es por sesión.							
No incluyen los exámenes de Imagenología necesarios, como Resonancia Magnética de control en algunos cánceres, así como tampoco los implantes en el caso de Braquiterapia permanente.							
Estas prestaciones requieren de indicación médica por especialista en Radioterapia u Oncología y su aplicación estará a cargo de un médico Oncólogo Radioterapeuta.							
BRAQUITERAPIA							
29 01 001	TRATAMIENTO INTEGRAL DE BRAQUITERAPIA ENDOCAVITARIA O INTERSTICIAL (POR SESIÓN)	1.126.380	563.190				
29 01 002	TRATAMIENTO INTEGRAL DE BRAQUITERAPIA DE IMPLANTE PERMANENTE, NO INCLUYE IMPLANTE (POR SESIÓN)	1.994.630	997.310				
29 01 003	TRATAMIENTO INTEGRAL BRAQUITERAPIA ALTA O MEDIANA DOSIS, HDR (POR SESIÓN)	1.062.480	531.240				
RADIOTERAPIA							
29 02 001	TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA ALTAMENTE COMPLEJA CON LINAC	4.697.310	2.348.650				
29 02 002	TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA COMPLEJA CON LINAC	3.971.940	1.985.970				
29 02 003	TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA ESTÁNDAR CON LINAC	3.246.590	1.623.290				
29 02 004	TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA CONVENCIONAL CON LINAC	2.753.330	1.376.660				
29 02 009	TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA ALTAMENTE COMPLEJA CON COBALTO	3.130.530	1.565.260				
29 02 010	TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA COMPLEJA CON COBALTO	2.666.300	1.333.150				
29 02 011	TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA ESTÁNDAR CON COBALTO	2.202.050	1.101.020				
29 02 012	TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA CONVENCIONAL CON COBALTO	1.886.370	943.180				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
	NEUTROPENIA ONCOLÓGICA						
29 05 909	NEUTROPENIA FEBRIL NIVEL RIESGO BAJO ATENCIÓN SECUNDARIA	69.270	34.630	90.050	55.410	110.830	76.190
29 05 910	NEUTROPENIA FEBRIL NIVEL RIESGO ALTO ATENCIÓN SECUNDARIA	552.900	276.450	718.770	442.320	884.640	608.190
29 05 911	NEUTROPENIA FEBRIL NIVEL RIESGO MUY ALTO ATENCIÓN SECUNDARIA	2.670.670	1.335.330	3.471.870	2.136.530	4.273.070	2.937.730
	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ONCOLÓGICO						
	<p>Nota: Los centros que otorguen estas prestaciones deben cumplir con los requerimientos indicados en Manual de Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Manual de Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta y Cerrada, de la Superintendencia de Salud.</p> <p>Este grupo incluye fármacos para quimioterapia, biológicos, terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de tirosin kinasa, anticuerpos monoclonales, como tratamientos para el cáncer.</p> <p>Los esquemas de quimioterapia están compuestos por monodrogas o esquemas de una o más drogas. Además, los esquemas en su valor incorporan los fármacos para la profilaxis primaria y fármacos antieméticos y, factores formadores de colonia cuando así se requiera.</p> <p>Las prestaciones de preparación y administración de esquemas de quimioterapia consideran en su valor, infraestructura, equipamiento, insumos y recursos humanos requeridos para ello.</p> <p>El valor de los esquemas corresponde a un ciclo, por una vez o mensual. Los beneficiarios de FONASA podrán acceder a los tratamientos farmacológicos oncológicos, solo para aquellos fármacos que estén definidos en el listado anual de drogas financiadas dependiente del MINSAL. Estas prestaciones requieren de indicación médica por especialista en Oncología y Hematooncólogos.</p>						
29 08 001	RITUXIMAB - BENDAMUSTINA (CICLO)	575.770	287.880	748.500	460.610	921.230	633.340
29 08 004	VTD (TALIDOMIDA - DEXAMETASONA - BORTEZOMIB) (CICLO)	54.630	27.310	71.020	43.700	87.410	60.090
29 08 005	VTD PACE (CICLO)	158.810	79.400	206.450	127.040	254.100	174.690
29 08 006	TIP (PACLITAXEL- IFOSFAMIDA - CISPLATINO) (CICLO)	144.320	72.160	187.620	115.460	230.910	158.750
29 08 007	FLOT (5 FLUOROURACILO - LEUCOVORINA - OXALIPLATINO - DOCETAXEL) PREOPERATORIO Y POST OPERATORIO (CICLO)	454.830	227.410	591.280	363.860	727.730	500.310
29 08 008	LENALIDOMIDA (CICLO)	120.910	60.450	157.180	96.720	193.460	133.000
29 08 009	VRD (LENALIDOMIDA - DEXAMETASONA - BORTEZOMIB) (CICLO)	57.860	28.930	75.220	46.290	92.580	63.650
29 08 010	VEIP (VINBLASTINA - IFOSFAMIDA - CISPLATINO - MESNA) (CICLO)	177.730	88.860	231.050	142.180	284.370	195.500
29 08 011	VIP (ETOPÓSIDO - CISPLATINO - IFOSFAMIDA - MESNA) (CICLO)	202.970	101.480	263.860	162.370	324.750	223.260
29 08 012	TPF (5 FLUOROURACILO - CISPLATINO - DOCETAXEL) (CICLO)	173.530	86.760	225.590	138.820	277.650	190.880
29 08 014	IE (IFOSFAMIDA - ETOPÓSIDO - MESNA) (CICLO)	118.700	59.350	154.310	94.960	189.920	130.570
29 08 015	DOXORRUBICINA - IFOSFAMIDA - MESNA (CICLO)	121.510	60.750	157.960	97.200	194.420	133.660

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 08 016	VAC (DOXORRUBICINA O ACTINOMICINA D - VINCRISTINA - CICLOFOSFAMIDA) (CICLO)	51.580	25.790	67.050	41.260	82.530	56.740
29 08 017	DOXORRUBICINA - CISPLATINO - METROTEXATO (CICLO)	56.680	28.340	73.680	45.340	90.690	62.350
29 08 018	AC DÓISIS DENSA (DOXORRUBICINA - CICLOFOSFAMIDA) (CICLO)	26.300	13.150	34.190	21.040	42.080	28.930
29 08 019	FOLFIRINOX (5 FLUOROURACILO - LEUCOVORINA - OXALIPLATINO - IRINOTECAN) (CICLO)	265.440	132.720	345.070	212.350	424.700	291.980
29 08 021	CETUXIMAB (CICLO)	2.361.260	1.180.630	3.069.640	1.889.010	3.778.020	2.597.390
29 08 022	PANITUMUMAB (CICLO)	1.391.840	695.920	1.809.390	1.113.470	2.226.940	1.531.020
29 08 023	BEVACIZUMAB (CICLO)	1.761.270	880.630	2.289.650	1.409.010	2.818.030	1.937.390
29 08 025	TDM1 (CICLO)	2.421.090	1.210.540	3.147.420	1.936.870	3.873.740	2.663.190
29 08 026	EVEROLIMUS (CICLO)	686.170	343.080	892.020	548.930	1.097.870	754.780
29 08 027	PROCARBAZINA (CICLO)	1.277.700	638.850	1.661.010	1.022.160	2.044.320	1.405.470
29 08 028	FULVESTRANT (CICLO)	189.290	94.640	246.080	151.430	302.860	208.210
29 08 030	OCTEOTRIDE LAR (CICLO)	323.360	161.680	420.370	258.690	517.380	355.700
29 08 031	CYBORD (CICLOFOSFAMIDA - DEXAMETASONA - BORTEZOMIB) (CICLO)	72.280	36.140	93.960	57.820	115.650	79.510
29 08 032	LANREOTIDE (CICLO)	268.950	134.470	349.640	215.160	430.320	295.840
29 08 033	VINORELBINA (CICLO)	971.710	485.850	1.263.220	777.360	1.554.740	1.068.880
29 08 034	PEMETREXED (CICLO)	37.700	18.850	49.010	30.160	60.320	41.470
29 08 035	LOMUSTINA (CICLO)	120.680	60.340	156.880	96.540	193.090	132.750
29 08 036	GEMCITABINA (CICLO)	67.110	33.550	87.240	53.680	107.380	73.820
29 08 037	GCD (GEMCITABINA - CISPLATINO - DEXAMETASONA) (CICLO)	90.860	45.430	118.120	72.690	145.380	99.950
29 08 038	CAPECITABINA (CICLO)	18.650	9.320	24.250	14.920	29.840	20.510
29 08 039	MPT (MELFALAN - PREDNISONA - TALIDOMIDA) (CICLO)	62.580	31.290	81.350	50.060	100.130	68.840
29 08 040	CTD (CICLOFOSFAMIDA - DEXAMETASONA - TALIDOMIDA) (MENSUAL)	29.500	14.750	38.350	23.600	47.200	32.450
29 08 042	CARBOPLATINO (CICLO)	30.770	15.380	40.000	24.610	49.230	33.840

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 08 045	ETOPÓSIDO (CICLO)	38.760	19.380	50.390	31.010	62.020	42.640
29 08 047	CICLOFOSFAMIDA (CICLO)	14.930	7.460	19.410	11.940	23.890	16.420
29 08 050	AVELUMAB (CICLO)	1.745.130	872.560	2.268.670	1.396.100	2.792.210	1.919.640
29 08 051	PEMETREXED / CARBOPLATINO - PEMBROLIZUMAB (CICLO)	2.690.700	1.345.350	3.497.910	2.152.560	4.305.120	2.959.770
29 08 053	RITUXIMAB - CICLOFOSFAMIDA - DOXORRUBICINA - VINCRISTINA - PREDNISONA (CICLO)	350.430	175.210	455.560	280.340	560.690	385.470
29 08 054	AZACITIDINA (CICLO)	419.370	209.680	545.180	335.490	670.990	461.300
29 08 055	PACLITAXEL - CARBOPLATINO - PERTUZUMAB -TRASTUZUMAB (CICLO)	3.384.520	1.692.260	4.399.880	2.707.620	5.415.230	3.722.970
29 08 056	RITUXIMAB - CLORAMBUCILO (CICLO)	464.590	232.290	603.970	371.670	743.340	511.040
29 08 058	RITUXIMAB (CICLO)	704.770	352.380	916.200	563.810	1.127.630	775.240
29 08 059	RITUXIMAB - CICLOFOSFAMIDA - DEXAMETASONA (CICLO)	721.240	360.620	937.610	576.990	1.153.980	793.360
29 08 060	TEMOZOLOMIDA (CICLO)	177.470	88.730	230.710	141.970	283.950	195.210
29 08 061	PACLITAXEL (CICLO)	39.890	19.940	51.860	31.910	63.820	43.870
29 08 062	DOXORRUBICINA LIPOSOMAL (CICLO)	315.480	157.740	410.120	252.380	504.770	347.030
29 08 063	GEMCITABINA - DOCETAXEL (CICLO)	127.760	63.880	166.090	102.210	204.420	140.540
29 08 064	CAP (CISPLATINO - DOXORRUBICINA - CICLOFOSFAMIDA) (CICLO)	31.420	15.710	40.850	25.140	50.270	34.560
29 08 065	PACLITAXEL - CARBOPLATINO (CICLO)	28.050	14.020	36.470	22.440	44.880	30.850
29 08 066	FOLFIRI (5 FLUOROURACILO - LEUCOVORINA - IRINOTECAN) (CICLO)	91.270	45.630	118.650	73.010	146.030	100.390
29 08 067	PEMETREXED - CARBOPLATINO (CICLO)	88.060	44.030	114.480	70.450	140.900	96.870
29 08 068	PACLITAXEL - CISPLATINO (CICLO)	29.000	14.500	37.700	23.200	46.400	31.900
29 08 070	FOLFOX (5 FLUOROURACILO - LEUCOVORINA - OXALIPLATINO) (CICLO)	82.490	41.240	107.240	65.990	131.980	90.730
29 08 071	PEMETREXED - CISPLATINO (CICLO)	54.740	27.370	71.160	43.790	87.580	60.210
29 08 072	GEMCITABINA - CARBOPLATINO (CICLO)	110.560	55.280	143.730	88.450	176.900	121.620
29 08 073	5 FLUOROURACILO - LEUCOVORINA (CICLO)	71.470	35.730	92.910	57.170	114.350	78.610

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 08 074	DOCETAXEL - CARBOPLATINO (CICLO)	112.720	56.360	146.540	90.180	180.350	123.990
29 08 075	EMA (ETOPÓSIDO - METOTREXATO - ACTINOMICINA D - LEUCOVORINA) / CO (CICLOFOSFAMIDA - VINCRISTINA) (CICLO)	114.570	57.280	148.940	91.650	183.310	126.020
29 08 076	GEMCITABINA - CISPLATINO (CICLO)	78.660	39.330	102.260	62.930	125.860	86.530
29 08 077	DOCETAXEL (CICLO)	63.290	31.640	82.280	50.630	101.260	69.610
29 08 078	BEP (BLEOMICINA - ETOPÓSIDO - CISPLATINO) (CICLO)	195.030	97.510	253.540	156.020	312.050	214.530
29 08 079	ETOPÓSIDO - CARBOPLATINO (CICLO)	84.320	42.160	109.620	67.460	134.910	92.750
29 08 082	IFOSFAMIDA - MESNA (CICLO)	98.830	49.410	128.480	79.060	158.130	108.710
29 08 084	DOXORRUBICINA (CICLO)	16.700	8.350	21.710	13.360	26.720	18.370
29 08 086	5 FLUOROURACILO (POR UNA VEZ)	205.810	102.900	267.550	164.640	329.300	226.390
29 08 088	5 FLUOROURACILO - MITOMICINA C (CICLO)	109.700	54.850	142.610	87.760	175.520	120.670
29 08 090	5 FLUOROURACILO - CISPLATINO (CICLO)	117.280	58.640	152.460	93.820	187.650	129.010
29 08 091	CISPLATINO SEMANAL	11.170	5.580	14.520	8.930	17.870	12.280
29 08 092	ETOPÓSIDO - CISPLATINO (CICLO)	54.230	27.110	70.500	43.380	86.770	59.650
29 08 093	CISPLATINO (CICLO)	101.070	50.530	131.390	80.850	161.710	111.170
29 08 094	ENZALUTAMIDA(MENSUAL)	317.050	158.520	412.170	253.640	507.280	348.750
29 08 095	ABIRATERONA (MENSUAL)	151.910	75.950	197.480	121.520	243.060	167.100
29 08 096	LEUPROLIDE (CICLO)	149.860	74.930	194.820	119.890	239.780	164.850
29 08 097	ALECTINIB (MENSUAL)	2.144.640	1.072.320	2.788.030	1.715.710	3.431.420	2.359.100
29 08 098	OSIMERTINIB (MENSUAL)	3.069.250	1.534.620	3.990.030	2.455.400	4.910.800	3.376.170
29 08 100	AFATINIB (MENSUAL)	895.260	447.630	1.163.840	716.210	1.432.420	984.790
29 08 101	SORAFENIB (MENSUAL)	2.059.470	1.029.730	2.677.310	1.647.570	3.295.150	2.265.410
29 08 102	CRIZOTINIB (MENSUAL)	1.933.300	966.650	2.513.290	1.546.640	3.093.280	2.126.630
29 08 103	SUNITINIB (CICLO)	130.300	65.150	169.390	104.240	208.480	143.330

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 08 104	ERLOTINIB (MENSUAL)	66.250	33.120	86.130	53.000	106.000	72.870
29 08 105	GEFITINIB (MENSUAL)	68.620	34.310	89.210	54.900	109.790	75.480
29 08 106	PAZOPANIB (MENSUAL)	567.870	283.930	738.230	454.290	908.590	624.650
29 08 107	DASATINIB (MENSUAL)	591.620	295.810	769.110	473.300	946.590	650.780
29 08 113	PONATINIB (MENSUAL)	1.417.070	708.530	1.842.190	1.133.650	2.267.310	1.558.770
29 08 114	MIDOSTAURINA (CICLO)	15.241.560	7.620.780	19.814.030	12.193.250	24.386.500	16.765.720
29 08 115	H-ATG (LINFOGLOBULINA) (POR UNA VEZ)	14.279.940	7.139.970	18.563.920	11.423.950	22.847.900	15.707.930
29 08 116	R-ATG (TIMOGLOBULINA) (POR UNA VEZ)	2.988.940	1.494.470	3.885.620	2.391.150	4.782.300	3.287.830
29 08 117	RITUXIMAB (COMPLEMENTO)	188.050	94.020	244.470	150.440	300.880	206.850
29 08 118	ICE (IFOSFAMIDA + MESNA - ETOPÓSIDO - CARBOPLATINO:AUC) (CICLO)	302.730	151.360	393.550	242.180	484.370	333.000
29 08 119	ESHAP (ETOPÓSIDO - CISPLATINO - CITARABINA) (CICLO)	124.380	62.190	161.690	99.500	199.010	136.820
29 08 120	LENALIDOMIDA + DEXAMETASONA (CICLO)	127.060	63.530	165.180	101.650	203.300	139.770
29 08 121	PERTUZUMAB - TRASTUZUMAB -DOCETAXEL (PRIMERA DOSIS) (POR UNA VEZ)	2.582.500	1.291.250	3.357.250	2.066.000	4.132.000	2.840.750
29 08 122	PERTUZUMAB - TRASTUZUMAB -DOCETAXEL (DOSIS DE MANTENCIÓN) (CICLO)	1.313.910	656.950	1.708.080	1.051.120	2.102.260	1.445.300
29 08 123	PERTUZUMAB - TRASTUZUMAB - PACLITAXEL (CICLO)	2.044.230	1.022.110	2.657.500	1.635.380	3.270.770	2.248.650
29 08 124	PALBOCICLIB - FULVESTRANT (CICLO)	1.807.710	903.850	2.350.020	1.446.160	2.892.340	1.988.480
29 08 125	PEMBROLIZUMAB - CISPLATINO - 5 FLUOROURACILO (CICLO)	2.641.320	1.320.660	3.433.720	2.113.060	4.226.110	2.905.450
29 08 126	LORLATINIB (MENSUAL)	1.881.050	940.520	2.445.370	1.504.840	3.009.680	2.069.150
29 08 127	BLINATUMOMAB (POR UNA VEZ)	22.879.480	11.439.740	29.743.320	18.303.580	36.607.170	25.167.430
29 08 128	PEMBROLIZUMAB (CICLO)	2.564.360	1.282.180	3.333.670	2.051.490	4.102.980	2.820.800
29 08 129	RIBOCICLIB (CICLO)	1.261.940	630.970	1.640.520	1.009.550	2.019.100	1.388.130
29 08 130	LENVATINIB (CICLO)	1.896.490	948.240	2.465.440	1.517.190	3.034.380	2.086.130
29 08 132	NIVOLUMAB (SEGUNDA LINEA DE TRATAMIENTO)	1.614.830	807.410	2.099.280	1.291.860	2.583.730	1.776.310

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 08 133	NIVOLUMAB (DESPUES DE TRATAMIENTO PREVIO)	1.614.830	807.410	2.099.280	1.291.860	2.583.730	1.776.310
29 08 134	NIVOLUMAB (TRATAMIENTO ADYUVANTE)	1.610.910	805.450	2.094.180	1.288.720	2.577.460	1.772.000
29 08 135	NIVOLUMAB (PRIMERA LINEA TRATAMIENTO PALIATIVO)	1.614.710	807.350	2.099.120	1.291.760	2.583.540	1.776.180
29 08 136	ABEMACICLIB (CICLO)	1.491.220	745.610	1.938.590	1.192.980	2.385.950	1.640.340
29 08 137	ATEZOLIZUMAB (CICLO)	1.629.890	814.940	2.118.860	1.303.910	2.607.820	1.792.870
29 08 138	BRIGATINIB (CICLO)	2.037.420	1.018.710	2.648.650	1.629.940	3.259.870	2.241.160
29 08 140	Administración de medicamento oncológico	123.620	61.810	160.710	98.900	197.790	135.980
29 08 141	Preparación de medicamento oncológico	16.630	8.310	21.620	13.300	26.610	18.290
GRUPO : 33							
INTERVENCIONES SANITARIAS SAP							
33 01 001	Endoprótesis total de rodilla (Tramo B)	6.529.650	808.500				
33 01 002	Endoprótesis de cadera en personas menores de 65 años (Tramo B)	6.630.640	808.500				
33 02 001	Endoprótesis total de rodilla (Tramo C)	6.529.650	1.078.000				
33 02 002	Endoprótesis de cadera en personas menores de 65 años (Tramo C)	6.630.640	1.078.000				
33 03 001	Endoprótesis total de rodilla (Tramo D)	6.529.650	1.617.000				

CÓDIGOS Y VALORES PABELLÓN

COD PABELLON		VALOR PABELLON
1	=	10550
2	=	10550
3	=	10550
4	=	10550
5	=	47460
6	=	47460
7	=	47460
8	=	47460
9	=	126180
10	=	126180
11	=	126180
12	=	212910
13	=	212910
14	=	212910