



Negocios

A woman with long brown hair and black-rimmed glasses is looking upwards and to the right. She is wearing a dark shirt with white polka dots. A large, solid red triangle is positioned behind her head, pointing upwards and to the right. The background is a bright, out-of-focus window with vertical lines.

Unidos protegemos lo invaluable

Planprotege Gastos Médicos

Condiciones Generales

Contenido

	Página
I. Definiciones	6
1. Accidente	6
2. Agravación del Riesgo	6
3. Antigüedad	6
4. Asegurado o Integrante	6
5. Biología de la Reproducción	6
6. Certificado Individual	6
7. Coaseguro	6
8. Colectividad Asegurable	7
9. Colectividad Asegurada	7
10. Compañía o Aseguradora	7
11. Contratante	7
12. Deducible	7
13. Dependientes Económicos	7
14. Edad	7
15. Endoso	7
16. Enfermedad o Padecimiento	7
17. Gama Hospitalaria	7
18. Hospital, Clínica o Sanatorio	7
19. Hospitalización	8
20. Lugar de Residencia	8
21. Medicamento	8
22. Médico	8
23. Monto por Procedimiento Terapéutico	8
24. Número Inicial de Asegurados	8
25. Óbito o Muerte Fetal	8
26. Padecimiento Congénito	8
27. Padecimiento Genético	9
28. Padecimientos Preexistentes	9
29. Pago Directo	9
30. Pago por Rembolso	9
31. Periodo de Espera	9
32. Perito Médico	9
33. Prestadores en Convenio para Pago Directo	9
34. Programación de Cirugía	9
35. Recién Nacido	9
36. Recién Nacido Sano	9
37. Registro de Asegurados	10
38. Signo	10
39. Síntoma	10
40. Solicitud	10
41. Urgencia Médica o Emergencia Médica	10
II. Objeto del seguro	10

	Página
III. Gastos Médicos Mayores cubiertos	10
3.1. Honorarios Médicos	10
3.2. Gastos Hospitalarios	11
3.3. Maternidad y Gastos del Recién Nacido Sano	11
3.4. Medicamentos	12
3.5. Estudios de Laboratorio y Gabinete	12
3.6. Prótesis, Implantes, Injertos y Aparatos	12
3.7. Tratamientos Médicos con condiciones específicas	12
3.7.1. Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente	12
3.7.2. Cobertura del Recién Nacido	12
3.7.3. Cirugía Refractiva	13
3.7.4. Tratamiento Dental por Accidente	13
3.8. Terapia de Rehabilitación	13
3.9. Ambulancia de Traslado Terrestre, de Urgencia Médica y aérea	13
3.10. Consulta Médica Psiquiátrica o Psicológica	14
3.11. Cuidados en Casa	14
3.11.1. Oxígeno medicinal	14
3.11.2. Servicios de Enfermería en el Domicilio	14
3.11.3. Equipo Tipo Hospital	15
3.12. Urgencia Médica en el Extranjero	15
3.13. Trasplante de Órganos	15
3.14. Enfermedades de Alto Costo	15
IV. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera	17
V. Coberturas opcionales	17
5.1. Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)	17
5.2. Continuidad de Cobertura	19
5.3. Preexistencia	20
VI. Servicios de Asistencia	20
a) Básicos	20
6.1. Tu médico 24 horas®	20
6.1.1. Definiciones	20
6.1.2. Beneficios	21
6.1.3. Obligaciones del Beneficiario	22
6.1.4. Normas generales	23
6.1.5. Exclusiones particulares	23
6.2. Protección Dental	25
b) Opcionales	26
6.3. Vive en Balance	26
6.4. Orientación Nutricional	26
VII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos	27

	Página
VIII. Cláusulas generales	30
1. Inicio de Cobertura del Contrato	30
2. Contrato de Seguro o Póliza	30
3. Periodo de Pago de Beneficio	30
4. Modificaciones	31
5. Notificaciones	31
6. Vigencia	31
7. Lugar de Residencia	32
8. Suma Asegurada	32
9. Agravación del Riesgo	32
10. Primas	32
11. Plazo para el Pago de la Prima	32
12. Prima Preferente	32
13. Lugar de pago de la Prima	33
14. Revelación de Comisiones	33
15. Altas de Asegurados	33
16. Bajas de Asegurados	34
17. Ajustes de Primas	34
18. Cambio de Contratante	34
19. Cambio de Forma de Pago de las Primas	34
20. Forma de pago	34
21. Renovación	34
22. Rehabilitación	35
23. Prescripción	35
24. Moneda	35
25. Omisiones o Inexactas Declaraciones	35
26. Competencia	36
27. Edad	36
28. Límite de Responsabilidad	37
29. Siniestros	37
30. Arbitraje	37
31. Pago de Indemnizaciones	38
32. Servicio de Pago Directo	38
33. Servicio de Pago por Reembolso	38
34. Garantía de Pago por Reembolso	38
35. Modificación de Participación de Deducible y Coaseguro	39
36. Pagos Improcedentes	39
37. Interés Moratorio	39
38. Terminación Anticipada	39
39. Prelación	40
IX. Tabla de procedimientos terapéuticos	40
X. Artículos citados en las Condiciones Generales	102
XI. Registro	105

Planprotege Gastos Médicos

Condiciones Generales

I. Definiciones

1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado. No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

No se considerarán Accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 90 (noventa) días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente, su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas se consideran como un solo evento.

2. Agravación del Riesgo

Hay agravación cuando se produce un hecho importante que modifique las condiciones del riesgo que existían al celebrarse el contrato y que de haberse conocido por la Compañía, ésta habría celebrado el contrato estableciendo condiciones distintas. La agravación esencial del riesgo dará lugar a que la Compañía pueda rescindir el contrato por tal causa.

3. Antigüedad

Es el tiempo que el Asegurado ha estado cubierto de forma continua en una Póliza de Gastos Médicos con ésta u otra institución aseguradora, siempre y cuando esta situación sea reconocida por la Compañía, expresamente al momento de la contratación del seguro. Cuando en la Póliza se realice un reconocimiento de Antigüedad previo a la fecha

de alta del Contratante o Asegurado dentro de la Compañía, este reconocimiento sólo servirá para eliminar o disminuir los Periodos de Espera de la sección IV. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera. En ningún caso el reconocimiento de Antigüedad se aplicará para cubrir los Accidentes, Padecimientos o Enfermedades Preexistentes.

4. Asegurado o Integrante

Persona que forma parte de la Colectividad Asegurada que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía.

5. Biología de la Reproducción

Todo procedimiento médico y/o quirúrgico que lleve por sí auxiliar, favorecer o permitir que se logre un embarazo ya sea dentro de la madre o fuera de ella (útero subrogado), con un óvulo fecundado propio (tanto de padre como de madre) y no donado; utilizando para ello técnicas de fertilización in vitro, implantación de óvulo fecundado en la madre o útero subrogado.

6. Certificado Individual

Es el documento a través del cual la Compañía reconoce a una persona como Asegurado o miembro de la Colectividad Asegurada, en el cual se hacen constar los derechos y obligaciones del Asegurado y de la Compañía respecto al seguro contratado.

7. Coaseguro

Cantidad a cargo del Asegurado, como porcentaje de los gastos cubiertos después de aplicar el Deducible. Dicho porcentaje queda especificado en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual. **Este concepto no es reembolsable** y en algunos casos puede existir un tope específico que queda indicado en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual.

8. Colectividad Asegurable

Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

9. Colectividad Asegurada

La integran las personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, cumplen con los requisitos de asegurabilidad definidos por la Compañía y que sus nombres aparecen en el Registro de Asegurados.

10. Compañía o Aseguradora

AXA Seguros, S.A. de C.V.

11. Contratante

Persona física o moral que celebra el contrato de seguro colectivo con la Compañía, que se compromete a realizar el pago de las primas.

12. Deducible

Cantidad fija que aplica a los primeros gastos erogados para cada siniestro y que corren a cuenta del Asegurado. El Deducible se encuentra especificado en la carátula de la Póliza y el Certificado Individual. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto comienza la obligación de la Compañía. **Este concepto no es reembolsable.**

13. Dependientes Económicos

Cónyuge o concubino que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en las Leyes Federales y Locales que resulten aplicables, así como los ascendientes en línea recta y los descendientes en línea recta, que sean solteros, estudiantes, que no perciban remuneración por trabajo personal y que cumplan con las características de elegibilidad vigentes al momento de celebrar el contrato.

14. Edad

Número de años cumplidos por el Asegurado al momento de alta en la Póliza y/o al momento de inicio de Vigencia del contrato en caso de Renovación y/o al momento de ocurrencia del siniestro.

15. Endoso

Documento que, por acuerdo entre el Contratante y la Compañía, modifica las condiciones del contrato y forma parte de éste. Lo señalado por estos documentos

prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

16. Enfermedad o Padecimiento

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, que altere el estado fisiológico del organismo y que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones, Enfermedades o Padecimientos que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior o derivadas del propio tratamiento médico o quirúrgico y que no resultan imputables a una mala práctica médica, responsabilidad del o de los Médicos que, al efecto, de manera voluntaria seleccionó el Asegurado para su atención, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas que se puedan presentar con motivo del tratamiento médico o quirúrgico empleados, se considerarán como una misma Enfermedad o Padecimiento.

17. Gama Hospitalaria

Es el listado de Hospitales, Clínicas o Sanatorios que el Asegurado puede seleccionar libremente y acceder a ellos para su atención o tratamiento médico. Dicha lista está incluida en los Prestadores en Convenio para Pago Directo.

La Compañía podrá actualizar la Gama Hospitalaria o modificarla sin previo aviso. El nombre de la Gama Hospitalaria contratada se encuentra especificado en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual.

En caso de alguna actualización o modificación de la misma, se podrá consultar en la página de internet axa.mx

Dicho listado no limita, ni excluye la voluntad del Asegurado, para que éste elija o seleccione libremente el Hospital, Clínica o Sanatorio en que decida ser atendido.

18. Hospital, Clínica o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes que, al efecto, eligió voluntariamente y aceptó el Asegurado para la recepción de su tratamiento médico y/o quirúrgico.

Para efectos de esta Póliza, no

se considera Hospital, Clínica o Sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, estéticos, masajes u otros tratamientos similares.

19. Hospitalización

Estancia continua en un Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando ésta sea médicamente justificada y comprobable para la atención de maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento. Dicha estancia inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese por su propia voluntad y elección como paciente, o por la elección que hayan hecho los familiares del Asegurado, quienes otorgarán su consentimiento para que al Asegurado, como paciente, ingrese al Hospital, Clínica o Sanatorio, y sea atendido, tratado o intervenido quirúrgicamente; y concluye con el alta que otorgue el Médico tratante, o con la carta responsiva que firmen el o los familiares o el Médico que, en su caso, quedarán como responsables del paciente Asegurado frente a la Clínica, Hospital o Sanatorio.

20. Lugar de Residencia

Lugar donde el Asegurado radica permanentemente, entendiendo por permanente el lapso de por lo menos 3 (tres) meses continuos en el mismo lugar. Solo estarán protegidas bajo este seguro, las personas que radiquen permanentemente dentro de la República Mexicana.

21. Medicamento

Toda preparación o producto farmacéutico empleado para el tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado.

22. Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión que puede ser Médico general y/o Médico especialista u homeópata. El Médico especialista adicionalmente deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad

mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad.

El Médico será elegido y aprobado libremente por el Asegurado y/o sus familiares, que suscriban la carta responsiva ante el Médico, para el tratamiento, atención o intervención quirúrgica que se vaya a recibir por parte del Asegurado.

23. Monto por Procedimiento Terapéutico

- Pago por Reembolso es el límite máximo de pago por parte de la Compañía, por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento específico, este incluye los honorarios de cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos, a quienes el Asegurado y/o sus familiares eligieron o seleccionaron libremente para la atención médica a recibir. Lo anterior sujeto a las condiciones de la Póliza.

Este límite máximo es el resultado de multiplicar la base de Reembolso que se encuentra especificada en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual por el factor de Reembolso que se encuentra dentro de las Condiciones Generales, en la sección IX. Tabla de Procedimientos Terapéuticos y dividirlo entre 100 (cien).

- Pago Directo es el monto acordado por concepto de pago entre la Compañía y los Prestadores en Convenio para Pago Directo, sin que dicha Forma de Pago presuponga la imposición del profesionista o prestador de servicio a ser elegido libremente por el Asegurado y/o sus familiares para la atención o tratamiento del Asegurado.

24. Número Inicial de Asegurados

Número de Asegurados con los que se emite la Póliza, dicho número queda especificado en la carátula de la Póliza.

25. Óbito o Muerte Fetal

Se define como Óbito o Muerte Fetal a la muerte del feto o producto in útero, siempre y cuando se presente posterior la semana 24 (veinticuatro) de gestación.

26. Padecimiento Congénito

Padecimiento o Enfermedad con la que se nace y que se origina en el periodo que va

desde la fecundación, durante el desarrollo del útero materno y hasta el momento de nacer.

27. Padecimiento Genético

Padecimiento o Enfermedad que resulta de una anomalía en número o estructura en los cromosomas humanos.

28. Padecimientos Preexistentes

Enfermedad o Padecimientos cuyos Signos y/o Síntomas aparecen antes de la contratación de la Póliza o que son evidentes a simple vista.

Se entienden por Padecimientos Preexistentes aquellos que:

- a) Previamente a la celebración del contrato, el Asegurado o el Contratante haya declarado de su existencia.
- b) Se originaron antes de la fecha de alta del Asegurado a la Póliza, que se comprueben mediante la existencia de un expediente clínico o médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Al efecto, el Asegurado concede a la Compañía la o las facilidades que se precisen, para que la Compañía pueda acudir ante terceros a solicitar y acceder a esa información.
- c) Previamente a la celebración del contrato o al alta del Asegurado en la Póliza, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate.

29. Pago Directo

Pago que realiza directamente la Compañía al Prestador en Convenio para Pago Directo, por la atención médica a un Asegurado por maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

30. Pago por Reembolso

Restitución por parte de la Compañía de los gastos procedentes y erogados por el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto, de acuerdo a lo estipulado en el contrato de seguro.

31. Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza y hasta la fecha en que ocurra el siniestro, para cubrir maternidad, Enfermedad o Padecimiento, de acuerdo a las especificaciones del contrato de seguro.

32. Perito Médico

Médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia de controversia y certificado por el consejo médico y/o autoridad correspondiente, a quien el Asegurado faculta para que examine y analice el o los antecedentes y documentos de maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento del Asegurado.

33. Prestadores en Convenio para Pago Directo

Hospitales, Médicos, laboratorios, gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico, con los que la Compañía ha celebrado convenios de Pago Directo. Dicho conjunto podrá sufrir Modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso. Esta lista no limita, ni restringe de manera alguna al Asegurado para que éste seleccione libremente el Hospital, Médico, laboratorio, gabinete, farmacias y proveedores diversos.

34. Programación de Cirugía

Confirmación que la Compañía proporciona al Asegurado por escrito, previo a la realización de cualquier intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria o tratamiento médico a consecuencia de maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, la cual valora la procedencia de la intervención o tratamiento, así como en su caso el Servicio de Pago Directo, en atención a la selección que el Asegurado hubiere hecho del Médico, Hospital, laboratorio y/o prestadores de servicio, pudiendo estar sujeta a cambio dependiendo de la información definitiva que la Compañía conozca u obtenga de maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento.

35. Recién Nacido

Es el producto del embarazo desde el momento de nacimiento y hasta los primeros 30 (treinta) días de vida.

36. Recién Nacido Sano

Recién Nacido que únicamente requiere cunero fisiológico.

37. Registro de Asegurados

Es la relación de personas cubiertas al momento de celebrar el contrato de seguro, éste podrá ser modificado mediante Endosos de altas y/o Bajas de Asegurados en la Póliza.

38. Signo

Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad o Padecimiento que se detecta objetivamente mediante una exploración médica y/o resultado de laboratorio y/o gabinete.

39. Síntoma

Son aquellos datos subjetivos manifestados por el Asegurado, que revela una Enfermedad o Padecimiento y sirve para determinar su naturaleza.

40. Solicitud

Documento que comprende la voluntad del Contratante para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante.

41. Urgencia Médica o Emergencia Médica

Aparición repentina de una alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de Síntomas y Signos agudos que ponen en peligro su vida, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos; y por lo tanto causan que el Asegurado requiera atención médica inmediata.

II. Objeto del seguro

El objeto del presente contrato de seguro es cubrir al Asegurado los gastos erogados a consecuencia de maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto y ocurrido dentro del periodo de Vigencia del mismo.

Dichas coberturas y servicios se otorgarán de conformidad con los límites y Gastos Médicos Mayores no cubiertos establecidos en el presente contrato de seguro.

III. Gastos Médicos Mayores cubiertos

En caso de maternidad, Accidente, Enfermedad o

Padecimiento diagnosticado, se cubren los gastos en los que incurra el Asegurado por los siguientes conceptos: Hospitalización, honorarios médicos, gastos hospitalarios, tratamientos médicos y quirúrgicos, Medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete, prótesis y aparatos ortopédicos, trasplante de órganos, terapias de rehabilitación, urgencia médica y atención en casa; siempre y cuando sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de esta actividad, médicamente necesarios, aprobados por el Consejo de Salubridad General y prescritos por el Médico tratante.

Estos siempre deben estar cubiertos bajo los siguientes criterios:

3.1. Honorarios Médicos

La cantidad que se liquide por los siguientes conceptos será de acuerdo al Monto por Procedimiento Terapéutico según se establezca en la Tabla de procedimientos terapéuticos:

a) Honorarios por consultas médicas

Se cubren siempre y cuando estén ligados a un Gasto Médico Mayor cubierto.

b) Honorarios de Procedimientos Terapéuticos

Se cubren todas las atenciones prestadas al Asegurado por procedimientos terapéuticos con o sin intervención quirúrgica. Quedan cubiertos los honorarios de los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos, que al efecto haya seleccionado libremente el Asegurado y/o sus familiares, aunado a las consultas postoperatorias, así como por visitas hospitalarias, de acuerdo al límite establecido por el Monto por Procedimiento Terapéutico, según se establece en la tabla de procedimientos terapéuticos.

Los procedimientos terapéuticos realizados que no se encuentren en la tabla de procedimientos terapéuticos se valorarán por similitud a los comprendidos en ella.

Cuando en una misma sesión quirúrgica, el Médico o cirujano practique al Asegurado dos o más procedimientos terapéuticos en la misma incisión quirúrgica, la Compañía pagará únicamente el costo del procedimiento tabulado con el mayor

Monto por Procedimiento Terapéutico, o uno de ellos si los montos son iguales. Sin embargo si el mismo Médico o cirujano realiza otro procedimiento independiente al efectuado, en otra parte del cuerpo del Asegurado, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, los honorarios serán cubiertos al 100% para la intervención que tenga el Monto por Procedimiento Terapéutico más alto y al 50% de la o las siguientes.

En el caso de un politraumatizado, entendiéndose como politraumatizado la práctica de tres o más procedimientos terapéuticos en la misma incisión quirúrgica al Asegurado, se seguirá el procedimiento anterior, pero si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios de éste serán cubiertos al 100% según el Monto por Procedimiento Terapéutico.

Si hubiere necesidad de una reintervención quirúrgica dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola. Si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.

- c) Honorarios de quiroprácticos seleccionados por el Asegurado, que cuenten con cédula profesional expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, siempre y cuando sean indicados y prescritos por el Médico tratante.

3.2. Gastos Hospitalarios

Quedan cubiertos los gastos por:

- a) Habitación privada estándar con baño.
- b) Alimentos, Medicamentos, oxígeno, estudios de laboratorio y gabinete, atención general de servicios de enfermería, sala de operaciones o de curaciones y terapia intensiva.
- c) Equipo de anestesia y material médico: se cubren siempre y cuando sea médicamente justificado y de acuerdo al procedimiento a realizar.

d) Cama extra: se cubre únicamente para el acompañante del Asegurado, durante la estancia de este en el Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando el Asegurado no se encuentre en unidades especializadas.

e) Transfusiones: se cubren los gastos por transfusiones de sangre, plaquetas, aplicaciones de plasma, y otros componentes sanguíneos, así como las pruebas de compatibilidad que correspondan al número de unidades transfundidas que reciba el Asegurado.

3.3. Maternidad y Gastos del Recién Nacido Sano

Quedan cubiertos los gastos médicos, hospitalarios y quirúrgicos hasta la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza y el Certificado Individual para esta cobertura, no aplica Deducible ni Coaseguro. Esta Suma Asegurada es única para todos los tratamientos de maternidad que comprende las complicaciones del embarazo, que se enuncian en los párrafos siguientes, parto, puerperio y cesárea, así como los gastos del Recién Nacido Sano.

Esta cobertura aplica una vez transcurridos 10 (diez) meses de cobertura continua de la Asegurada en esta Póliza.

Las únicas complicaciones del embarazo, parto y puerperio amparadas en esta cobertura son las limitativamente señaladas a continuación y de acuerdo a los siguientes Periodos de Espera:

Se cubren con un Periodo de Espera de 4 (cuatro) meses de cobertura continua:

- a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo del embarazo extrauterino.
- b) Embarazo molar.

Se cubren con un Periodo de Espera de 10 (diez) meses de cobertura continua:

- a) Los estados de fiebre puerperal.
- b) Los estados de preclampsia, Enfermedad hipertensiva del embarazo y eclampsia.
- c) Placenta acreta.

- d) Placenta previa.
- e) Atonía uterina.
- f) Óbito o Muerte Fetal.
- g) Aborto espontáneo.

3.4. Medicamentos

Se cubren los Medicamentos consumidos por el Asegurado en el Hospital, Clínica o Sanatorio y los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por los Médicos tratantes, que estén relacionados con la Enfermedad o Padecimiento y cuya comercialización en la República Mexicana esté autorizada.

Para Medicamentos no consumidos durante la Hospitalización que hubieren sido prescritos por los Médicos tratantes y adquiridos en farmacias que pertenezcan a los Prestadores en Convenio para Pago Directo, se aplicará el Coaseguro especificado en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual.

En caso de no acudir con los Prestadores en Convenio para Pago Directo, aplicará el Coaseguro de Medicamentos fuera de Convenio, que se encuentra especificado en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual, mismo que no contará para la suma del tope de Coaseguro.

El listado de farmacias en Convenio para Pago Directo se puede consultar en el documento Prestadores en Convenio para Pago Directo, el cual puede ser modificado sin previo aviso.

3.5. Estudios de Laboratorio y Gabinete

Quedan cubiertos los análisis de laboratorio, estudios de imagenología, de electrocardiografía, encefalografía o cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, siempre y cuando sean prescritos por los Médicos tratantes que eligió libremente el Asegurado para su atención, y que estén relacionados con la Enfermedad o Padecimiento que se le hubiere diagnosticado al Asegurado, debiendo presentar para su pago la documentación necesaria para acreditar dichos gastos.

Para los estudios de laboratorios y gabinetes dentro de los Hospitales, Clínicas o Sanatorios pertenecientes a los Prestadores en Convenio Para Pago Directo, se aplicarán las condiciones correspondientes a la Gama Hospitalaria a la que pertenece el Hospital, Clínica o Sanatorio, que al efecto hubiera elegido el Asegurado y/o sus dependientes.

3.6. Prótesis, Implantes, Injertos y Aparatos

Se cubren los gastos originados por prótesis, implantes, injertos y aparatos utilizados para corregir, ayudar o remplazar de forma parcial o total un órgano o función, siempre y cuando se requieran y prescriban por el Médico tratante, a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

Estos deben estar médicamente justificados, autorizados por la Compañía e indicados por el Médico tratante, así como aprobados por las autoridades sanitarias correspondientes.

En aquellos casos en los que el costo de la renta sea superior al de la compra, se cubrirá la compra únicamente con la aprobación previa de la Compañía.

Se cubre solamente una vez las Prótesis, Implantes, Injertos y Aparatos ortopédicos por un mismo Accidente, Enfermedad o Padecimiento. No se cubren remplazos de ningún tipo, incluyendo marcapasos. Respecto al marcapasos, no se cubren los cambios del aparato y/o pila, neuroestimuladores y bombas de infusión de insulina.

3.7. Tratamientos Médicos con Condiciones Específicas

3.7.1. Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente

Se cubre la cirugía reconstructiva médicamente prescrita como necesaria y solamente a consecuencia de un Accidente, únicamente si el primer gasto se realiza en los primeros 90 (noventa) días de ocurrido dicho Accidente.

3.7.2. Cobertura del Recién Nacido

Se cubren desde el primer día de nacido los tratamientos médicos y quirúrgicos del Recién Nacido por los gastos derivados de Padecimientos Congénitos, Genéticos y las Enfermedades o Padecimientos ocurridas al nacimiento del Recién Nacido. Esta cobertura aplica siempre y cuando la madre biológica

Asegurada tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la Póliza, el Recién Nacido sea dado de alta en la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días de vida y que el Recién Nacido no sea producto de Biología de la Reproducción. Si alguna de las condiciones anteriores no se cumple, no aplica esta cobertura.

Para los trastornos originados durante la duración de la gestación (prematurez, inmadurez, Congénitos y/o Genéticos) se aplicará la Suma Asegurada de acuerdo al punto 3.14 Enfermedades de Alto Costo, la cual quedará especificada en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual.

3.7.3. Cirugía Refractiva

Se cubre la cirugía refractiva por miopía, astigmatismo e hipermetropía cuando la deficiencia visual sea mayor a 5 (cinco) dioptrías por ojo y por alguna de las patologías antes descritas. Para esta cobertura la Suma Asegurada queda especificada en la carátula de la Póliza y el Certificado Individual. Aplica el Coaseguro contratado, no aplica Deducible.

Esta cobertura no incluye la lensectomía refractiva.

Esta cobertura sólo se ampara una vez en la vida del Asegurado.

3.7.4. Tratamiento Dental por Accidente

Se cubren los tratamientos necesarios para restaurar o remplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un Accidente cubierto, incluyendo prótesis dentales, siempre que el tratamiento dental se lleve a cabo dentro de los primeros 90 (noventa) días siguientes a dicho Accidente y queden debidamente sustentados con las radiografías que corroboren el daño sufrido por el Accidente.

Se cubren solamente una vez las prótesis dentales por un mismo Accidente. **No se cubrirán remplazos de ningún tipo.**

3.8. Terapia de Rehabilitación

Quedan cubiertas las Terapias de Rehabilitación siempre y cuando sean médicamente justificadas de acuerdo al diagnóstico, prescritas por el Médico tratante que eligió el Asegurado para su atención y se hayan autorizado por la Compañía.

Las terapias cubiertas son: hidroterapia, inhaloterapia y fisioterapia a consecuencia de Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.

Sólo se cubrirán las Terapias de Rehabilitación enunciadas en el párrafo anterior, no se cubrirán otras Terapias de Rehabilitación.

La Compañía solicitará la documentación que considere necesaria para comprobar que dichas terapias sean médicamente indispensables para otorgar la autorización.

3.9. Ambulancia de Traslado Terrestre, de Urgencia Médica y Aérea

Se cubren siempre y cuando sea médicamente necesaria y cuando sea prescrito por un Médico:

- a) Ambulancia de Traslado Terrestre: queda cubierto hacia o desde el Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea previamente autorizada por la Compañía.
- b) Ambulancia de Urgencia Médica: en caso de una Urgencia Médica originada por una Enfermedad o Padecimiento cubierto queda amparada la ambulancia terrestre especializada hacia el Hospital, Clínica o Sanatorio.
- c) Ambulancia Aérea: en caso de una Urgencia Médica, queda cubierta dentro de la República Mexicana la transportación en Ambulancia Aérea, siempre y cuando el Asegurado requiera atención hospitalaria y la localidad en donde se encuentre no cuente con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención.

El traslado de Ambulancia Aérea no aplica cuando:

- **El motivo del traslado no sea por indicación del Médico.**
- **El traslado del Asegurado, por cualquier circunstancia, sea impedido por autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente**

reconocidas y hasta que esta circunstancia se solucione.

- **El paciente no esté autorizado por un Médico para el traslado al destino elegido.**
- **El Asegurado no tenga confirmada su reservación de Hospital, Clínica o Sanatorio y de ambulancia terrestre en el destino.**
- **Los horarios o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el aeropuerto.**

A toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará el Coaseguro especificado en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual, que se aplicará sobre el monto total de la factura y no contará para la suma del tope de Coaseguro. Esta cobertura aplica únicamente en Pago por Reembolso.

3.10. Consulta Médica Psiquiátrica o Psicológica

Se cubren las consultas psiquiátricas o psicológicas hasta el límite especificado en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual, sin aplicar Deducible ni Coaseguro y solamente por las siguientes causas, siempre que, a juicio del Médico tratante, sean necesarias:

- a) Cáncer en fase terminal.
- b) Insuficiencia renal crónica.
- c) Accidente vascular cerebral derivado de una Enfermedad.
- o Padecimientos cubierto que ocasione una invalidez total y permanente.
- d) Infarto al miocardio que requiera de revascularización coronaria o bypass, o cuando exista daño neurológico irreversible.
- e) Amputación de al menos una mano o un pie a consecuencia de Accidente, Enfermedad o Padecimiento.

f) Politraumatizado con lesiones que impliquen cambio radical en la calidad de vida del Asegurado.

g) Víctima de asalto con violencia.

h) Víctima de violación.

Sólo se cubrirán los Accidentes, Enfermedades o Padecimientos que se enunciaron anteriormente, **no se cubrirán otras consultas médicas psiquiátricas o psicológicas por cualquier otra causa.**

3.11. Cuidados en Casa

Se cubren los gastos enlistados a continuación para la recuperación en casa, domicilio particular, o el tratamiento domiciliario, siempre y cuando la Compañía haya proporcionado la autorización para dicho gasto, y dicho tratamiento y atención sea prescrito por el Médico tratante que haya elegido el Asegurado y esté médicamente justificado.

3.11.1. Oxígeno Medicinal

3.11.2. Servicios de Enfermería en el Domicilio

En caso de los siguientes tratamientos médicos, se cubren los honorarios de los servicios de enfermería con un límite máximo de 30 (treinta) días continuos o hasta un máximo de 720 (setecientos veinte) horas, lo que ocurra primero.

- a) Tratamientos de radioterapia y quimioterapia en periodo de recuperación o post aplicación.
- b) Tratamiento para infecciones del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones (no en ventana inmunológica), que sean para aplicación de Medicamentos.
- c) Tratamiento postquirúrgico de cirugías de corazón y sistema nervioso central.
- d) Tratamiento de recuperación de un politraumatismo o quemaduras en más de 20% de superficie corporal o tercer grado.
- e) Recuperación por remplazos articulares mayores de cadera.

Sólo se cubrirán los honorarios de los servicios de enfermería por los tratamientos médicos antes enunciados. **Quedan expresamente excluidas otras patologías o tratamientos no mencionados previamente.**

3.11.3. Equipo Tipo Hospital

Como camas, sillas de ruedas especiales, grúas médicas y equipos de inhaloterapia. **Queda excluido cualquier equipo que se utilice en las unidades de terapia intensiva.**

3.12. Urgencia Médica en el Extranjero

Se cubren los gastos del Asegurado en caso de sufrir algún Accidente, Enfermedad o Padecimiento por Urgencia Médica, fuera de la República Mexicana, en viajes de placer o negocios.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado, cesará la Urgencia Médica y por lo tanto los efectos del beneficio.

Quedan cubiertos los gastos por concepto de:

- a) Cuarto semiprivado y alimentos del Asegurado.
- b) Honorarios por intervención quirúrgica, consultas médicas, servicios médicos profesionales como anestesiólogo y servicio de enfermería, respecto de los servicios profesionales que seleccionó el Asegurado serán proporcionados por los profesionistas que él mismo o sus familiares eligieron de manera conciente y libre.
- c) Suministros en el Hospital: Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.
- d) Servicios de diagnóstico: exámenes de laboratorio, gabinete y radiografías.
- e) Servicio de Ambulancia Terrestre: en la localidad hacia o desde el Hospital, Clínica o Sanatorio, siempre y cuando sea médicamente necesario.
- f) Prótesis, Implantes, Injertos y Aparatos Ortopédicos necesarios para el tratamiento médico excepto remplazos.

Para esta cobertura, la Suma Asegurada y el Deducible quedan especificados en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual, no aplica Coaseguro.

La Compañía pagará la reclamación en Moneda Nacional, de acuerdo al tipo de cambio publicado en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se realice el pago.

En adición a lo señalado en la sección VII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, esta cobertura no ampara:

a) Tratamientos que no sean catalogados como de urgencia, de común acuerdo por el Médico tratante y la Compañía.

b) Complicaciones del embarazo, ni del (los) Recién Nacido(s), el parto o la cesárea posteriores a la semana 28 (veintiocho) de gestación.

3.13. Trasplante de Órganos

Se cubren los gastos del Asegurado receptor del trasplante y del donante definitivo, siempre y cuando se trate de un donador vivo. En el caso del donador definitivo, sólo se cubrirán los gastos de cirugía, estudios de compatibilidad, estudios de imagenología y Hospitalización.

Quedan expresamente excluidos los gastos de los candidatos a donación, que no fueron los definitivos. Tampoco se pagarán los gastos cuando se trate de un donador cadavérico.

Sólo se pagarán los trasplantes de células madre para tratamientos de leucemia, linfomas y enfermedades hematopoyéticas.

En el caso de trasplante de córnea, se cubre siempre y cuando no se trate de un Padecimiento Congénito y/o Genético o Preexistente.

3.14. Enfermedades de Alto Costo

Los gastos erogados a consecuencia de los tratamientos médicos y quirúrgicos de las

siguientes Enfermedades o Padecimientos serán cubiertos hasta la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza y el Certificado Individual:

- a) Todo tipo de cáncer, leucemia, linfomas o melanomas (cirugía y/o quimioterapia y/o radioterapia) diagnosticados con estudio de patología, **excepto carcinoma *in situ* de piel**.
- b) Recién Nacidos con prematurez, inmadurez, congénitos y sus complicaciones, ya sea que se presenten solos o en combinación con alguno de los anteriores.
- c) Enfermedades o Padecimientos de columna vertebral.
- d) Enfermedades cardíacas (patología valvular, coronaria y malformaciones congénitas), enfermedades arteriales y/o venosas y enfermedades cardíacas que requieran marcapaso transitorio o definitivo.
- e) Padecimientos cerebrovasculares centrales (adquiridas, congénitas o tumores)
- f) Insuficiencia renal y sus complicaciones (diálisis peritoneal y hemodiálisis).
- g) Padecimientos catalogados como autoinmunes (lupus, artritis reumatoide, esclerosis y síndrome antifosfolípidos).

Programa de Enfermedades de Alto Costo:

El Asegurado tendrá la opción de inscribirse al Programa de Enfermedades de Alto Costo, mediante el cual la Compañía coordinará los servicios que se otorgarán al Asegurado para la atención de su Enfermedad o Padecimiento de acuerdo al prestador en convenio elegido por este último. De esta manera la Compañía aplicará la Suma Asegurada básica para el tratamiento de dichas Enfermedades o Padecimientos.

La Solicitud de inscripción por parte del Asegurado para entrar al Programa de Enfermedades de Alto Costo deberá realizarse desde el inicio de la Enfermedad o Padecimiento teniendo como plazo máximo 5 (cinco) días posteriores al diagnóstico y antes de que inicie cualquier tratamiento médico derivado del

mismo. El diagnóstico se determinará con la información médica inicial proporcionada por el primer Médico que atendió al Asegurado o el médico que estableció el diagnóstico definitivo así como los estudios que evidenciaron el diagnóstico.

Aplicación de Suma Asegurada para el Programa de Enfermedades de Alto Costo:

- a) Una vez que el Asegurado haya ingresado al Programa de Enfermedades de Alto Costo, la Suma Asegurada se igualará a la Suma Asegurada básica contratada.
- b) El importe de la Suma Asegurada básica es independiente y no acumulable a la Suma Asegurada para la cobertura de Enfermedades de Alto Costo.
- c) Si el Padecimiento es Preexistente, aun cuando se haya contratado la cobertura opcional de Preexistencia, la Suma Asegurada que prevalecerá será la especificada en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual para la cobertura de Enfermedades de Alto Costo.
- d) En caso de que el Asegurado optara por salir del Programa de Enfermedades de Alto Costo, la Suma Asegurada que prevalecerá será la especificada en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual para la cobertura de Enfermedades de Alto Costo, deduciendo los gastos erogados durante su inscripción en el programa.
- e) Este Programa aplica exclusivamente dentro de la República Mexicana.

En adición a lo señalado en la sección VII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, esta cobertura no ampara:

- a) **Los gastos erogados fuera de la República Mexicana a consecuencia de Enfermedades de Alto Costo.**
- b) **Cualquier procedimiento no aprobado por las instituciones nacionales o internacionales de salud.**

IV. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera

1. Se cubren después de 12 (doce) meses a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, los gastos resultantes por tratamientos médicos y/o quirúrgicos derivados de alguna de las Enfermedades o Padecimientos siguientes:
 - a) Los tratamientos de litiasis renal y en vías urinarias.
 - b) Padecimientos ginecológicos (incluyendo endometriosis).
 - c) Insuficiencia del piso perineal y padecimientos ano-rectales.
 - d) Padecimientos de la columna vertebral (exceptuando esguinces agudos).
 - e) Hernias de cualquier tipo, inclusive extrusión y profusión discal cuando sea en columna vertebral.
 - f) Insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores.
 - g) Nariz y/o senos paranasales.
 - h) Amigdalitis y adenoiditis e hipertrofia de amígdala y/o adenoides.
 - i) Trastornos de rodilla, lesiones capsulo-ligamentarias y meniscos.

El Periodo de Espera arriba mencionado solo aplicará para Colectividades Aseguradas con un Número Inicial de Asegurados menor o igual a 50 (cincuenta) Asegurados al momento de emitir la Póliza.

2. Se cubren después de un Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses de cobertura continua las infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Siempre y cuando no haya sido detectada antes o durante este Periodo de Espera, es decir, el Asegurado deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que ha transcurrido el Periodo de Espera ya mencionado. **No se cubrirán durante**

el Periodo de Espera antes citado, los estudios de diagnóstico para la detección de las infecciones por VIH o SIDA.

V. Coberturas opcionales

En caso de que el Asegurado sufra un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto y haya contratado alguna de las coberturas adicionales que más adelante se describen, la Compañía pagará hasta los límites especificados en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual.

5.1. Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME)

En caso de contratación de esta cobertura, quedan cubiertos los gastos médicos erogados por el Asegurado fuera de la República Mexicana, siempre y cuando el Asegurado dé aviso a la Compañía como mínimo 10 (diez) días antes de que requiera atención médica fuera de la República Mexicana, de no dar aviso, cualquier siniestro que ocurra después de dicho periodo, no quedará cubierto.

Para esta cobertura aplica la Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro especificados en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual, y en su caso lo especificado en la cláusula modificación de participación de Deducible y Coaseguro.

La Suma Asegurada para esta cobertura es independiente y no acumulable con la Suma Asegurada básica y la Suma Asegurada para la cobertura de Urgencia Médica en el Extranjero.

Residencia

Sólo estarán protegidos bajo esta cobertura los Asegurados que radiquen en forma permanente en la República Mexicana y cuyo domicilio habitual esté dentro de la misma.

Gastos cubiertos

- a) Cuarto semiprivado y alimentos del paciente.
- b) Honorarios Médicos, cirujanos y anestesiólogos que seleccionó el Asegurado y/o sus familiares, por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias o consultas.

-
- c) Suministros en el Hospital, Clínica o Sanatorio (Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones).
 - d) Prótesis, implantes, injertos y aparatos ortopédicos necesarios para el tratamiento médico.
 - e) Servicios de ambulancia terrestre (en la localidad, hacia o desde el Hospital).
 - f) Servicio de enfermería privada.
 - g) Servicios de terapia física, radioterapia y fisioterapia.
 - h) Medicamentos adquiridos fuera del Hospital, Clínica o Sanatorio que estén relacionados con la Enfermedad o Padecimiento y acompañados de la receta médica.
 - i) Renta de Equipo Tipo Hospital que, por prescripción médica, sea necesario para la convalecencia domiciliaria.

En adición a lo señalado en la sección IV. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera y la sección VII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, esta cobertura no ampara:

- a) Reemplazos de ningún tipo, incluyendo marcapasos, respecto al marcapasos, no se cubren los cambios del aparato y/o pila, neuroestimuladores y bombas de infusión de insulina.**
- b) Los gastos derivados de Padecimientos Preexistentes, aun cuando se haya contratado la cobertura de Preexistencia a que se refiere el apartado 5.3 Preexistencia de estas Condiciones Generales y se cumpla con el Periodo de Espera establecido en ella.**

c) La operación de cesárea y el parto.

d) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos.

e) Los gastos derivados a consecuencia de los tratamientos médicos y quirúrgicos de los Padecimientos mencionados en la cobertura 3.14. Enfermedades de Alto Costo erogados fuera de la República Mexicana sin haberlo notificado previamente a la Compañía.

Para las Enfermedades o Padecimientos especificados en el apartado III. Gastos Médicos Mayores cubiertos, inciso 3.14. Enfermedades de Alto Costo que requieran atención médica fuera de la República Mexicana, la Suma Asegurada que aplicará será la establecida en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual para la cobertura 3.14. Enfermedades de Alto Costo.

Programa de Enfermedades de Alto Costo:

El Asegurado tendrá la opción de inscribirse al Programa de Enfermedades de Alto Costo, mediante el cual la Compañía coordinará los servicios que se otorgarán al Asegurado para la atención de su Enfermedad o Padecimiento de acuerdo al prestador en convenio elegido por este último. De esta manera la Compañía aplicará la Suma Asegurada que aparece en la Carátula de Póliza y Certificado Individual para la Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME) para el tratamiento de dichas Enfermedades o Padecimientos mencionados en la cobertura 3.14. Enfermedades de Alto Costo.

La Solicitud de inscripción por parte del Asegurado para entrar al Programa de Enfermedades de Alto Costo deberá realizarse desde el inicio de la Enfermedad o Padecimiento teniendo como plazo máximo 5 (cinco) días posteriores al diagnóstico y antes de que inicie cualquier tratamiento médico derivado del mismo. El diagnóstico se determinará con la información médica inicial proporcionada por el primer Médico que atendió al Asegurado o el

Médico que estableció el diagnóstico definitivo así como los estudios que evidenciaron el diagnóstico.

Aplicación de Suma Asegurada para el Programa de Enfermedades de Alto Costo:

- a) Una vez que el Asegurado haya ingresado al Programa de Enfermedades de Alto Costo y requiera atención fuera de la República Mexicana, la Suma Asegurada se igualará a la Suma Asegurada de la Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME) especificada en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual.
- b) El importe de la Suma Asegurada de la Cobertura de Enfermedades de Alto Costo es independiente y no acumulable a la Suma Asegurada para la cobertura de Enfermedades de Alto Costo.
- c) Si el Padecimiento es Preexistente, aun cuando se haya contratado la cobertura opcional de Preexistencia, la Suma Asegurada que prevalecerá será la especificada en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual para la cobertura de Enfermedades de Alto Costo.
- d) En caso de que el Asegurado optara por salir del Programa de Enfermedades de Alto Costo, la Suma Asegurada que prevalecerá será la especificada en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual para la cobertura de Enfermedades de Alto Costo, deduciendo los gastos erogados durante su inscripción en el programa.

5.2. Continuidad de Cobertura

Mediante la contratación y el pago de esta cobertura, la Compañía cubrirá al Asegurado los gastos complementarios por Accidentes, Enfermedades o Padecimientos cuyo origen y pago haya iniciado bajo la Vigencia de una Póliza de Gastos Médicos Mayores emitida por ésta u otra institución de seguros, siempre y cuando la persona afectada por dicho Accidente, Enfermedad o Padecimiento haya estado Asegurado en forma ininterrumpida y que no existan periodos de tiempo al descubierto, en los cuales hayan cesado los efectos del contrato.

Para su funcionamiento, al inicio de la Vigencia de esta Póliza, el Contratante o Asegurado deberá reportar para cada Asegurado, las Enfermedades o Padecimientos que se hubieran originado y cubierto bajo la Vigencia de la Póliza anterior a este contrato de seguro; con el objeto de que continúen cubiertos los gastos complementarios que se presenten por tales Enfermedades o Padecimientos, de acuerdo con los límites de cobertura de esta Póliza de seguro.

En caso de no informarse, el o las Enfermedades o Padecimientos cubiertos bajo la Póliza anterior, la Compañía no estará obligada a cubrir los gastos médicos complementarios por Enfermedades o Padecimientos ocurridos con anterioridad a la celebración del presente contrato, como tampoco estará obligada al pago, si ya se hubieren agotado los límites máximos de responsabilidad por las coberturas que en su momento se afectaron.

El listado de gastos complementarios a cubrir por esta Póliza, se hará constar en un Endoso, el cual listará el nombre del Asegurado, el Padecimiento y el monto máximo de los gastos médicos complementarios que esta Compañía cubrirá.

Los gastos médicos complementarios se cubrirán siempre y cuando:

- 1) La Vigencia del seguro no haya sido interrumpida ni en la(s) institución(es) aseguradora(s) anterior(es), en el cambio a esta Compañía o en el cambio de tipo de Póliza en esta misma Compañía.
- 2) El Accidente, Enfermedad o Padecimiento esté cubierto por las condiciones de esta Póliza y no sea un Gasto Médico Mayor no cubierto o una exclusión particular expresamente señalada en estas Condiciones Generales.

Solamente se cubrirán los gastos médicos complementarios erogados dentro de la República Mexicana, por lo tanto, aun cuando se tenga contratada la Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME), no se cubrirán los gastos médicos complementarios que se eroguen en el extranjero.

Para esta cobertura aplica la Suma Asegurada básica, Deducible y Coaseguro especificadas en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual, y en su caso lo especificado en la cláusula modificación de participación de Deducible y Coaseguro.

Para Renovaciones de Pólizas de la Compañía que se traspasen a este producto, aplica esta cobertura sin costo para garantizar la continuidad de cobertura de nuestros Asegurados.

En adición a lo señalado en la sección VII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, esta cobertura no ampara:

a) Los gastos complementarios que resulten por parto, cesárea, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y Recién Nacido Sano.

b) Gastos médicos complementarios erogados en el extranjero.

5.3. Preexistencia

Mediante la contratación y pago de esta cobertura, la Compañía cubrirá al Asegurado los gastos derivados de Enfermedades o Padecimientos Preexistentes, una vez transcurrido el Periodo de Espera especificado en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual.

Para los Asegurados que ingresen a la Póliza con fecha posterior a la celebración del contrato, el Periodo de Espera para esta cobertura se contará a partir de su fecha de alta del Asegurado en la Póliza.

Para esta cobertura aplica la Suma Asegurada básica, el Deducible y el Coaseguro especificados en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual, y en su caso lo especificado en la cláusula modificación de participación de Deducible y Coaseguro.

En adición a lo señalado en la sección VII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, esta cobertura no ampara:

a) Todo tipo de gasto erogado antes de cumplirse el Periodo de Espera.

b) Los gastos que sean complementarios a un siniestro reclamado en otras Pólizas de seguro, salvo con la contratación de Continuidad de Cobertura.

c) Para esta cobertura no aplicará reconocimiento de Antigüedad.

VI. Servicios de Asistencia

a) Básicos

6.1. Tu médico 24 horas®

AXA Seguros, S.A. de C.V. otorgará los servicios de asistencia que se describen en este apartado a través de AXA Assistance.

6.1.1. Definiciones

Siempre que se utilicen con la primera letra en mayúscula en el punto 6.1 Tu médico 24 horas de las presentes Condiciones Generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye:

Se consideran las siguientes definiciones para el otorgamiento de los Servicios de Asistencia:

1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones que requieran atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado.

No se considerarán Accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 90 (noventa) días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente, su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas se consideran como un solo evento.

2. Beneficiario(s)

Personas que se encuentran dadas de alta en la Póliza.

3. Equipo Médico de AXA Assistance

El personal médico y asistencial apropiado que esté gestionando los servicios de asistencia por cuenta de AXA Assistance a un Beneficiario.

4. Enfermedad

Toda alteración en la salud del Beneficiario, que suceda, se origine o se manifieste por primera vez durante la Vigencia de este contrato.

5. Fecha de Inicio o Renovación

Será la Fecha de Inicio o Renovación de la Vigencia de Póliza, fecha a partir de la cual AXA Assistance empezará a gestionar los Servicios de Asistencia a los Beneficiarios.

6. País de Residencia

Para fines de este contrato, República Mexicana.

7. Representante

Cualquier persona, sea o no acompañante del Beneficiario que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los Servicios de Asistencia.

8. Residencia Permanente

El domicilio habitual en la República Mexicana del Beneficiario tal como aparece en la Carátula de Póliza o cualquier otro medio razonable de comprobación.

9. Servicios de Asistencia

Los Servicios Asistenciales que gestiona AXA Assistance a los Beneficiarios en los términos de estas Condiciones Generales, para los casos de una situación de asistencia de un Beneficiario.

10. Situación de Asistencia

Todo acontecimiento ocurrido al Beneficiario en los términos y con las limitaciones establecidas en estas Condiciones Generales, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

11. Territorialidad

Los Servicios de Asistencia que se mencionan en estas Condiciones

Generales, se gestionarán en cualquier lugar de la República Mexicana desde la propia Residencia Permanente del Beneficiario.

12. Viaje

Se considera que una persona se encuentra de Viaje cuando está a más de 100 (cien) kilómetros del centro de su población de Residencia Permanente, al ocurrir una Situación de Asistencia, hasta por un periodo máximo de 60 (sesenta) días consecutivos, después de los cuales los Servicios de Asistencia quedarán sin efecto.

6.1.2. Beneficios

1. Asistencia Médica Telefónica

A petición del Beneficiario, el Equipo de Médicos de AXA Assistance le asistirá orientándolo telefónicamente sobre problemas menores o dudas con relación a:

a) Utilización de Medicamentos.

b) Síntomas o molestias que le aquejen.

Este servicio será proporcionado las 24 (veinticuatro) horas del los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año.

El Equipo de Médicos de AXA Assistance no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del Beneficiario se le direccionará para:

a) Enviarle la visita de un médico a domicilio con un costo preferencial para el Beneficiario.

b) El envío de una ambulancia.

Ni la Compañía ni AXA Assistance serán responsables con respecto a alguna atención o falta de ella cometida por los médicos o instituciones médicas, por acciones u omisiones del Beneficiario que empeoren su estado de salud o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

2. Envío de Médico a Domicilio (Consulta Domiciliaria)

A solicitud del Beneficiario, AXA Assistance gestionará el envío de un médico general hasta su Residencia Permanente o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo.

El Beneficiario pagará únicamente un costo preferencial en cada visita domiciliaria directamente al médico que proporcione el servicio, al momento que finalice la consulta domiciliaria. Dicho costo preferencial se especificará en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual.

AXA Assistance proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana, en los demás lugares, AXA Assistance hará lo posible por ayudar al Beneficiario a contactar con un médico u hospital con la mayor celeridad.

3. Envío de ambulancia terrestre (Traslado Médico Terrestre)

Si el Beneficiario a causa de Enfermedad o Accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que el Equipo Médico de AXA Assistance recomienden su Hospitalización, AXA Assistance gestionará el traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica, por los medios más adecuados; Ambulancia Terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, al centro hospitalario más cercano y apropiado, de acuerdo a las heridas o lesiones que el Beneficiario presente.

Serán válidos también los traslados de hospital a hospital o de hospital a la Residencia Permanente del Beneficiario, cuando éstos sean recomendados por el equipo de médicos de AXA Assistance.

Este servicio está limitado, dicho límite esta especificado en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual y está sujeta su disponibilidad en la localidad que corresponda.

Este servicio no incluye la utilización de transporte aéreo de ningún tipo.

6.1.3. Obligaciones del Beneficiario

1. Solicitud de Asistencia

En caso de una Situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario llamará al teléfono que la Compañía le proporcione para tal servicio y proporcionará los datos siguientes:

- a) Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde AXA Assistance podrá contactar con el Beneficiario o su representante.
- b) Su nombre y su número de Póliza.
- c) Descripción del problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El Equipo de Médicos de AXA Assistance tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es negado AXA Assistance no tendrá obligación de gestionar ninguno de los Servicios de Asistencia.

2. Traslado Médico Terrestre

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención de AXA Assistance, el Beneficiario o su representante deberán facilitar:

- a) El nombre, dirección y número de teléfono del hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
- b) El nombre, dirección y número de teléfono del médico que atienda al paciente y, de ser necesario, los datos del médico que habitualmente atienda al Beneficiario.

El Equipo de Médicos de AXA Assistance o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el Beneficiario perderá el derecho a los Servicios de Asistencia.

En cada caso, el Equipo de Médicos de AXA Assistance decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado.

3. Imposibilidad de notificación a AXA Assistance

Los servicios a que se refieren estas condiciones configuran la única obligación a cargo de AXA Assistance, y solo en casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del Beneficiario para solicitarlos en los términos de estas condiciones, dicho Beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios; en tal supuesto, AXA Assistance y de acuerdo con la sección 6.1.3 del inciso 3 (b) de las presentes Condiciones Generales, podrá rembolsar al Beneficiario las sumas que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de utilización urgente de ambulancia terrestre. En ningún otro supuesto habrá lugar a Reembolso.

a) En caso de peligro de la vida

En situación de peligro de muerte, el Beneficiario o su Representante deberán actuar siempre con la máxima celeridad para organizar el traslado del herido al hospital más cercano del lugar donde se haya producido el Accidente o la Enfermedad con los medios más inmediatos y apropiados o tomar las medidas más oportunas, y tan pronto como les sea posible contactarán al teléfono que la Compañía le proporcione para tal servicio para notificar la situación.

b) Uso de Ambulancia Terrestre sin previa notificación a AXA Assistance

A consecuencia de Accidente o Enfermedad, que comporte la utilización urgente de una ambulancia terrestre sin previa notificación a AXA Assistance, el Beneficiario o su Representante, deberán contactar al teléfono que la Compañía le proporcione para tal servicio a más tardar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al Accidente o Enfermedad.

A falta de dicha notificación, AXA Assistance considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

6.1.4. Normas generales

a) Mitigación

El Beneficiario deberá coadyuvar para tratar de evitar que los efectos de las Situaciones de Asistencia se agraven.

b) Cooperación con AXA Assistance

El Beneficiario deberá cooperar con AXA Assistance para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a AXA Assistance los documentos necesarios, además de ayudar a AXA Assistance en lo necesario para cumplir las formalidades correspondientes.

c) Prescripción de las reclamaciones

Cualquier reclamación relativa a una Situación de Asistencia deberá ser presentada dentro de los 90 (noventa) días naturales de la fecha en la que se produzca, transcurridos los cuales se extinguirá cualquier derecho en contra de AXA Assistance y del prestador del servicio.

d) Personas que prestan los Servicios de Asistencia

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son en su mayor parte, contratistas independientes elegidos por AXA Assistance con la adecuada titulación y competencia, según los niveles medios del lugar, momento y circunstancias en que se gestionen los Servicios de Asistencia; por lo que **AXA Assistance no obstante que será responsable por la gestión de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este contrato, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales personas, sociedades o establecimientos.**

e) Subrogación

AXA Assistance quedará subrogada, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que puedan corresponder al Beneficiario por hechos que hayan dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

6.1.5. Exclusiones particulares

1. Las Situaciones de Asistencia ocurridas después de transcurridos 60 (sesenta) días naturales en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios.

2. Las Situaciones de Asistencia ocurridas en viajes o vacaciones realizadas por los Beneficiarios en contra de la prescripción de algún médico.

3. Con excepción de lo dispuesto en la sección 6.1.3 del inciso 3 (b) de estas condiciones, los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados por AXA Assistance.

4. Los gastos médicos y hospitalarios fuera de la República Mexicana.

5. Las Situaciones de Asistencia que sean generadas por cirugías programadas.

6. También quedan excluidas las Situaciones de Asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:

a) La participación del Asegurado en huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, actos de terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

b) Enfermedades o Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter

extraordinario tales como inundaciones, marejadas, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, avalanchas de lodo, nevada, avalanchas de nieve, tsunamis, golpe de mar, huracán, trombas, vientos tempestuosos, fenómenos hidrometeorológicos y/o granizo.

c) Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.

d) La participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.

e) La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibición.

f) La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad y/o resistencia.

g) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.

h) La participación del Beneficiario en actos delictivos o contrarios a la moral o a las buenas costumbres.

i) Traslados por las razones naturales y normales del

-
- embarazo, del parto o por cirugía programada de cesárea.
- j) Enfermedades mentales o enajenación y estados depresivos.
- k) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
- l) Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.
- m) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de Medicamentos sin prescripción médica.
- n) Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- o) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
- p) La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el Beneficiario con dolo o mala fe.
- q) Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
- r) Si por cualquier circunstancia el Beneficiario se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
- s) El Beneficiario no tenga identificación.
- t) La falta de la autorización expresa para el traslado del Beneficiario por parte del médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.
- u) Rescate o aquellas situaciones en las que el Beneficiario se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los Servicios de Asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, muy lejanos a una población o vía donde no pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos: bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras, plataformas petroleras, barcos, yates y
-

demás Accidentes del terreno o lugar.

Los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

6.2. Protección Dental

Mediante este servicio los Asegurados serán referidos por la Compañía con los prestadores de servicios dentales que ésta designe. Los prestadores de servicios dentales proporcionarán sin costo para el Asegurado los servicios de revisión, diagnóstico, presupuesto y primera limpieza dental, así como un costo preferencial en radiografías periapicales y resinas.

Este servicio de asistencia aplica sólo en la República Mexicana y en las clínicas que el prestador de servicios indique, sujeto a disponibilidad en la localidad correspondiente.

En ningún caso la Compañía cubrirá al Asegurado gasto alguno derivado de la prestación de los servicios de asistencia dental ni cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección VII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos de estas mismas Condiciones Generales así como los tratamientos o Medicamentos prescritos a consecuencia de diagnósticos o tratamientos odontológicos.

b) Opcionales

Los servicios de asistencia descritos en este apartado, son opcionales y serán proporcionados con un costo dentro de la República Mexicana, previa contratación de las mismas.

6.3. Vive en Balance

Este servicio de asistencia será proporcionado por la Compañía a los Asegurados que se encuentren cubiertos en la Póliza, a través del prestador de servicios que designe la Compañía.

Mediante este servicio se brinda una orientación guiada para el manejo de crisis ante situaciones traumáticas y estresantes

dentro del horario de trabajo así como también fuera de éste. Se trabaja en la identificación temprana del estrés postraumático, el manejo de duelo y síntomas de estrés.

El servicio será proporcionado únicamente vía telefónica confidencial sin costo, las 24 (veinticuatro) horas, atendidos por profesionales y psicólogos altamente calificados.

La información proporcionada por el profesional es solamente una orientación y en ningún caso sustituye la opinión de un médico. **No tiene como finalidad el diagnosticar, curar o prevenir ninguna condición o Enfermedad y no se podrán en ningún momento recetar Medicamentos o suplementos alimenticios.**

En ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección VII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, de estas mismas Condiciones Generales.

6.4. Orientación Nutricional

Este servicio de asistencia será proporcionado por la Compañía a los Asegurados que se encuentren cubiertos en la Póliza, a través del prestador de servicios que designe la Compañía.

Mediante este servicio, se brinda una orientación guiada de alimentación cuyo objetivo final será la modificación de hábitos alimentarios y de vida del Asegurado.

Los medios para recibir esta orientación serán la orientación telefónica y/o electrónica a través del sitio web Comienza hoy, Come Sano, del American Institute of Preventive Medicine.

Tanto la orientación telefónica como el acceso al sitio web Comienza hoy, Come Sano será ilimitado para los Asegurados cubiertos por la Póliza.

La información y material proporcionado por el profesional es solamente una orientación y en ningún caso sustituye la opinión de un médico. **No tiene como finalidad**

el diagnosticar, curar o prevenir ninguna condición o Enfermedad y no se podrán en ningún momento recetar Medicamentos o suplementos alimenticios.

En ningún caso la Compañía cubrirá los gastos que se generen a consecuencia de lo señalado en la sección VII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos, de estas mismas Condiciones Generales.

VII. Gastos Médicos Mayores no cubiertos

El presente contrato de seguro no cubre gastos que se originen a consecuencia de:

1. Padecimientos Preexistentes, salvo en el caso de haber contratado la cobertura de Preexistencia, lo cual estará especificado en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual.
2. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, salvo en los casos expresamente establecidos en el punto 3.10. Consulta médica Psiquiátrica o Psicológica de esta Póliza, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir o prevenir trastornos de la conducta, aprendizaje y terapias de lenguaje.
3. Afecciones propias del embarazo como aborto, legrados y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio que no sean precisamente las especificadas en esta Póliza en el punto 3.3. Maternidad y Gastos del Recién Nacido Sano.
4. Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación que resulten por ingestión crónica o aguda de bebidas alcohólicas.
5. Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación que resulten por toxicomanías.
6. Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación que resulten por farmacodependencias.
7. Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, que resulten por la aplicación de perforaciones, piercings o tatuajes.
8. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, salvo lo mencionado en el punto 3.7.1. Cirugía reconstructiva a consecuencia de un Accidente.
9. Tratamientos o procedimientos terapéuticos de calvicie, obesidad y reducción de peso (cirugía bariátrica), anorexia, bulimia, apnea del sueño, tratamiento del ronquido, ni cualquiera de sus consecuencias, aun cuando formen parte del tratamiento de otra Enfermedad o Padecimiento.
10. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas derivadas de la Biología de la Reproducción, esterilidad, fertilidad, ni cualquiera de sus complicaciones, así como cualquier evento derivado de dicho tratamiento, incluyendo los embarazos y sus complicaciones que se den durante el periodo de tratamiento o durante

-
- los 12 (doce) meses posteriores a la suspensión del mismo.
11. La renta por el almacenamiento de células madre en un banco destinado para este fin.
 12. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de impotencia sexual o disfunción eréctil, ni cualquiera de sus complicaciones.
 13. Tratamientos médicos o quirúrgicos como consecuencia del uso de cualquier objeto para la práctica o acto sexual.
 14. Tratamientos médicos o quirúrgicos de anticoncepción, planificación familiar y sus complicaciones.
 15. Tratamientos de acné.
 16. Tratamientos médicos y quirúrgicos efectuados por Médicos sin cédula profesional.
 17. Aparatos auditivos e implantes cocleares.
 18. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción, excepto lo mencionado en el punto 3.7.3. Cirugía Refractiva.
 19. La adquisición de anteojos ni lentes de contacto.
 20. Tratamientos y cirugía oftálmica de anillos intracorneales, estrabismo y cataratas/lentes intraoculares.
 21. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en un Hospital, Clínica o Sanatorio excepto cama extra.
 22. Todos los gastos médicos y hospitalarios derivados de participación voluntaria en experimentos, lesiones autoinfligidas o intento de suicidio.
 23. Lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictivos en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de bebidas alcohólicas o de algún enervante, estimulante o similar, aun cuando hayan sido prescritos por un médico.
 24. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
 25. Lesiones por la práctica profesional de cualquier deporte.
 26. Lesiones que el Asegurado sufra durante el uso de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.
 27. Uso de motocicletas y vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero, excepto cuando la motocicleta sea usada como herramienta de trabajo y que su uso sea durante su horario laboral.
 28. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con base en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o tratamientos médicos o quirúrgicos no aprobados por el Consejo de Salubridad General.
 29. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, a excepción de que
-

-
- dichos tratamientos sean necesarios a consecuencia de Accidentes y sujeto a lo estipulado en el punto 3.7.4. Tratamiento dental por Accidente y la sección IV. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera, apartado 1, inciso g.
30. Circuncisión excepto por fimosis, entendiéndose por fimosis a la estrechez del prepucio redundante.
 31. Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de Check Up.
 32. Tratamientos de cámara hiperbárica.
 33. Tratamientos preventivos.
 34. Tratamientos experimentales.
 35. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico a los médicos que traten maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento distinto a la especialidad que tenga legalmente registrada en la República Mexicana.
 36. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas que no sean proporcionados por médicos con cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dicho tratamiento.
 37. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por naturistas y vegetarianos.
 38. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por personas que no cumplan con las características establecidas en la definición de Médico, salvo los casos en que el prestador pertenezca a los Prestadores en Convenio para Pago Directo.
 39. Padecimientos Congénitos y/o Genéticos, malformaciones, prematuridad y/o inmadurez detectados en los primeros 5 (cinco) años de vida de los Asegurados nacidos fuera de Vigencia de esta Póliza.
 40. Padecimientos Congénitos y/o Genéticos, malformaciones, prematuridad y/o inmadurez presentados en personas nacidas por producto de la Biología de la Reproducción.
 41. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para el manejo del síndrome de talla baja, cualquiera que sea su causa, excepto cuando el Asegurado haya ingresado a la Colectividad Asegurada dentro de los primeros 30 (treinta) días de su nacimiento y la madre haya tenido 10 (diez) meses de cobertura continua en la Póliza.
 42. Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico.
 43. Reposición y compostura total o parcial de prótesis, implantes, injertos o aparatos ortopédicos.
 44. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas, alerones ortopédicos, virones, cuñas, barras, botones y cualquier adición ortopédica al zapato.
 45. Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier complicación de las Enfermedades o Padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.
-

46. Tratamiento médico o quirúrgico de hallux valgus o “juanetes” con menos de 20 (veinte) grados de desviación.

47. Gastos erogados fuera de la República Mexicana, a excepción de lo especificado en el punto 3.12. Urgencia Médica en el Extranjero, o cuando se haya contratado la Cobertura de Atención Médica en el Extranjero (CAME).

48. La Compañía no hará ningún pago por concepto de donación a institución alguna.

49. Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o su familiar en línea recta.

50. Los siguientes productos se excluyen, aun presentando receta médica:

- Fórmulas lácteas.
- Suplementos y complementos alimenticios.
- Multivitamínicos.
- Cosméticos.
- Medicamentos naturistas.
- Medicamentos de acción de terapia celular.
- Medicamentos no autorizados para su venta en la República Mexicana.
- Medicamentos que no tengan relación con el Padecimiento.
- Medicamentos que se encuentren en fase experimental.

Accidente a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza.

• **Enfermedad**

Si se trata de una Enfermedad o Padecimiento, salvo mención contraria, la Enfermedad o Padecimiento quedará cubierto una vez que haya transcurrido 30 (treinta) días a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, lapso que no aplicará cuando se trate de Renovaciones, Urgencias Médicas que no estén relacionadas con Enfermedades Preexistentes y para las Enfermedades o Padecimientos del Recién Nacido de acuerdo al punto 3.7.2. Cobertura del Recién Nacido.

2. **Contrato de Seguro o Póliza**

Mediante este contrato, la Compañía se obliga en términos y condiciones del mismo, a pagar al Asegurado la Suma Asegurada correspondiente para cada una de las coberturas que se hayan contratado como consecuencia de maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento.

Este contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del Contratante y Asegurado proporcionadas por escrito a la Compañía, incluyendo la Solicitud del seguro.
- b) Carátula de Póliza y Certificados Individuales.
- c) Registro de Asegurados.
- d) Condiciones Generales.
- e) Endosos.
- f) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

VIII. Cláusulas generales

1. **Inicio de Cobertura del Contrato**

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este contrato de seguro de acuerdo a lo siguiente:

• **Accidente**

Los Asegurados inscritos en la presente Póliza, quedarán cubiertos en el caso de

3. **Periodo de Pago de Beneficio**

Este periodo aplica para:

En caso de cancelación o no Renovación del contrato de seguro, la Compañía cubrirá el pago de Siniestros ocurridos dentro de la Vigencia del contrato, teniendo como límite lo que ocurra primero de:

- 1. El agotamiento de la Suma Asegurada; o

-
2. Los gastos erogados hasta el período de 5 (cinco) días posteriores a la cancelación o término de la Vigencia, o
 3. La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto que haya afectado al Asegurado.

Si la Póliza se renueva sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos complementarios por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto hasta agotar la Suma Asegurada o la recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto que haya afectado al Asegurado, lo que ocurra primero y conservando las condiciones del plan vigente.

En el caso de Asegurados con Siniestros en curso de pago, si a consecuencia de maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento, acto de autoridad o de delincuencia demuestran que se encontraban totalmente impedidos o incapacitados para manifestar su voluntad de renovar el contrato de seguro dentro del plazo previsto para la Renovación; la Compañía, a solicitud del Asegurado dentro de los 30 (treinta) días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo de la presunta incapacidad o impedimento exceda de un año, le renovará el contrato de seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la Antigüedad que dicho plan tenía, así como la contraprestación que resulte de los gastos médicos que se hubiesen derivado de maternidad, Accidentes, Enfermedades o Padecimientos cubiertos en la Póliza en cuestión. El Asegurado deberá cubrir el pago de las primas que en su caso debió pagar a la Compañía durante el periodo de incapacidad.

En el caso de Asegurados en los que no existan Siniestros en curso de pago, si a consecuencia de maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento, acto de autoridad o de delincuencia, demuestra que se encontraba totalmente impedido o incapacitado para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la Renovación, la Compañía, a solicitud del Asegurado, dentro de los 30 (treinta) días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo del presunto

impedimento o incapacidad exceda a un año, le renovará el contrato de seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la Antigüedad, así como la contraprestación que resulte de los gastos médicos que se hubiesen derivado de maternidad, Accidentes, Enfermedades o Padecimientos cubiertos en la Póliza en cuestión surgidos cuando dicha Póliza se encontraba vigente. El Asegurado deberá cubrir las primas que en su caso debió pagar a la Compañía durante el periodo de incapacidad. En estos casos la Compañía no cubrirá los gastos por maternidad, Accidentes, Enfermedades o Padecimientos que hubiesen surgido en su momento posterior a los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de conclusión del periodo inmediato anterior de Vigencia de la Póliza.

4. Modificaciones

Si el contenido de la Póliza o sus Modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus Modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Solo tendrán validez las Modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y la Compañía que consten por escrito mediante los Endosos o cláusulas generales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas con forme al artículo 19 de la Ley del Contrato de Seguro.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía carecen de facultad para hacer Modificaciones o correcciones al contrato de seguro y sus Endosos.

5. Notificaciones

Toda comunicación del Asegurado o el Contratante a la Compañía deberá hacerse por escrito al domicilio especificado en la Carátula de Póliza o en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente la Compañía al Contratante.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza. Las Notificaciones que la Compañía haga al

Contratante, se dirigirán y tendrán validez si se realizan en el último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

6. Vigencia

Este contrato de seguro estará vigente durante el periodo pactado entre el Contratante y la Compañía, el cual se encuentra especificado en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual.

7. Lugar de Residencia

Solo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen en forma permanente en la República Mexicana. Entendiendo por permanencia el lapso de 3 (tres) meses continuos en el lugar fijo en el que resida el Asegurado. Se deberá notificar el Lugar de Residencia de los Dependientes Económicos incluidos en la Póliza cuando éstos no vivan con el Asegurado titular.

En el caso de que los Asegurados deban realizar un viaje y que tengan que residir más de 3 (tres) meses fuera de la República Mexicana, deberán notificarlo a la Compañía con anticipación, de no dar aviso de este hecho, cualquier siniestro que ocurra después de dicho periodo, no quedará cubierto.

8. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía, elegido por el Contratante y por el cual el Asegurado estará protegido por cada una de las coberturas contratadas a consecuencia de maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, la cual se encuentra especificada en la Carátula de Póliza y el Certificado Individual.

La Suma Asegurada aplicará una sola vez para maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento específico y estará sujeta al territorio donde haya iniciado el siniestro.

9. Agravación del Riesgo

En caso de existir una agravación esencial del riesgo, el Asegurado y/o Contratante tendrá la obligación de comunicar a la Compañía de la agravación, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que la conozca. La Compañía podrá aplicar una prima adicional por el riesgo agravado, lo anterior de conformidad con el artículo 57 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Por el contrario, si el Asegurado y/o

Contratante omiten el aviso dentro del plazo antes mencionado o si provocan la agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en términos de lo dispuesto por el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debiendo esta última notificar al Asegurado la rescisión del contrato por causa de la agravación esencial del riesgo, su responsabilidad termina 15 (quince) días después de que comunique su resolución.

10. Primas

La prima total de la Póliza es la suma de las primas correspondientes a las coberturas contratadas, para cada una de los Asegurados.

En cada Renovación, la prima se actualizará de acuerdo con las condiciones presentadas por la Colectividad Asegurada al momento de la misma, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas en la nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada Renovación será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

11. Plazo para el Pago de la Prima

La prima correspondiente a cada uno de los recibos vencerá al inicio de cada periodo pactado, salvo el primer recibo, por el cual el Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha de celebración del contrato de seguro para efectuar el pago de la prima, plazo en el cual el seguro continuará en pleno vigor.

Para los pagos subsecuentes al primero en caso de pago fraccionado, el Contratante deberá efectuar el pago de prima al comienzo de Vigencia de cada recibo de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Transcurridos los plazos citados, si el pago no se ha realizado, los efectos de este contrato cesarán automáticamente.

La Compañía tendrá el derecho de compensar las primas sobre Pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al Beneficiario, de conformidad con el artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Cualquier prima vencida

y no pagada será deducida de cualquier cantidad a favor del Asegurado.

12. Prima Preferente

Para efectos de la sección III. Gastos Médicos Mayores cubiertos y la sección IV. Gastos Médicos Mayores cubiertos con Periodo de Espera, la Compañía podrá otorgar al Contratante algún incentivo o descuento consistente en una Prima Preferente respecto a la prima vigente, mismo que se verá reflejado en la carátula de la Póliza.

El Contratante podrá gozar de la Prima Preferente, siempre que la Colectividad Asegurada al momento de emitirse la Póliza cuente con el Número Inicial de Asegurados necesarios para ello, de acuerdo con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El costo total de la prima, que se especifica en la carátula de la Póliza, tendrá aplicado el porcentaje que aparezca en el rubro Prima Preferente.

No se harán ajustes al descuento o incentivo por altas o Bajas de Asegurados durante la Vigencia de la Póliza.

13. Lugar de Pago de la Prima

Los pagos deberán de efectuarse mediante transferencia bancaria electrónica o depósito en cuenta bancaria en las sucursales de las instituciones de crédito con quien la Compañía tenga convenio, los comprobantes bancarios servirán como recibos de pago, pudiendo ser éstos el estado de cuenta del cliente o la impresión del comprobante de pago electrónico del banco emisor.

Cuando el Contratante realice pagos de primas a través de un título de crédito (nacional y/o extranjero), éste se recibirá salvo buen cobro.

14. Revelación de Comisiones

Durante la Vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía que le informe el porcentaje de la prima que por concepto de comisión o compensación directa corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información por escrito en un plazo que no excederá 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la Solicitud.

15. Altas de Asegurados

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso a la Colectividad, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas. Si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, lo anterior conforme al artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato, nacidos durante la Vigencia de la presente Póliza, quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando la madre asegurada tenga 10 (diez) meses de Antigüedad en la Póliza colectiva, se haya notificado a la Compañía a más tardar a los 30 (treinta) días de ocurrido el nacimiento, no se encuentre excluido y una vez aceptada

la inclusión del nuevo Asegurado deberá realizarse el pago de la prima correspondiente.

Las Altas de los Asegurados serán inscritas a través de un Endoso a la Póliza.

16. Bajas de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, lo anterior conforme al artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja de la Colectividad Asegurada.

Las Bajas de los Asegurados serán inscritas a través de un Endoso a la Póliza.

Cuando un Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se haya obligado, éste podrá solicitar su baja a la Compañía cesando su cobertura al terminar el periodo de seguro pagado.

17. Ajustes de Primas

En caso de Altas de Asegurados o de aumento de beneficios, la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de Bajas de Asegurados o disminución de beneficios, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante el 60% de la prima no devengada.

18. Cambio de Contratante

Cuando exista Cambio de Contratante y éste sea aceptado por la Compañía, este adquirirá los derechos y obligaciones que tenía el Contratante anterior.

En caso de no ser aceptado el Cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato de seguro o rechazar la inclusión de nuevos Asegurados a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del Cambio de Contratante. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará al nuevo Contratante el 60% de la prima no devengada, siempre y cuando se presente la documentación que acredite el Cambio de Contratante.

19. Cambio de Forma de Pago de las Primas

Salvo convenio contrario, la Forma de Pago de las primas es la que se especifica en la carátula de la Póliza. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 (treinta) días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente prima, se puede modificar la Forma de Pago a: anual, semestral, trimestral o mensual. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

En estos casos, a la prima se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado, pactada entre la Compañía y el Contratante al momento de celebrar el Contrato.

20. Forma de Pago

La Forma de Pago de las primas es la que se encuentra especificada en la Carátula de Póliza. En caso de pago fraccionado, el recargo correspondiente quedará especificado en la Carátula de Póliza.

21. Renovación

Este contrato se renovará por periodos de un año. Dicha Renovación se realizará a petición del Contratante o Asegurado titular dentro de los últimos 30 (treinta) días de Vigencia de cada periodo y con previa aceptación de la Compañía. Asimismo, la Compañía se compromete a que dicha Renovación se realizará bajo las mismas condiciones en que fue contratado el seguro y aplicando la tarifa vigente en la Compañía al momento de la Renovación.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal Renovación.

La Compañía establece que a ningún Asegurado se le podrá negar la Renovación de este contrato debido a una mala experiencia de reclamación de Sinistros, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la cláusula de Omisiones o Inexactas Declaraciones.

22. Rehabilitación

El Contratante podrá solicitar la Rehabilitación del contrato de seguro dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de cancelación de la Póliza.

Si el Contratante paga la prima correspondiente después del plazo antes señalado, la Rehabilitación de la Póliza quedará a consideración de la Compañía.

El Contratante deberá pagar la prima total o la parte correspondiente de ella, si ésta se hubiera pactado de manera fraccionada. En este caso, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

La Rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

En ningún caso, la Compañía cubrirá gastos médicos derivados de maternidad, Accidentes, Enfermedades o Padecimientos ocurridos o sus complicaciones durante el periodo comprendido entre la fecha en que debió hacerse el pago de la prima o la fecha de vencimiento de la exhibición del recibo y la fecha de Rehabilitación del contrato. No aplica preexistencia declarada para los Sinistros ocurridos en dicho periodo.

23. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en 2 (dos) años

contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Compañía, suspenderá la Prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Asimismo, las reclamaciones presentadas ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) interrumpirán la Prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 50 Bis y 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

24. Moneda

Todos los pagos derivados del contrato de seguro deberán efectuarse en Moneda nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del día en que se realicen dichos pagos de conformidad con el artículo 8° de la Ley Monetaria vigente al momento de hacer el pago.

La Moneda en que se emitió este contrato de seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de Moneda en Suma Asegurada ni prima.

Cuando los gastos se hagan en Moneda extranjera y procedan de acuerdo a las condiciones del contrato, serán reembolsados en Moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones en Moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación el día en que se realice el Reembolso de dichos gastos.

25. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante o en su caso los Asegurados que soliciten su alta a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30(treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, al llenar la Solicitud de seguro están obligados a declarar por escrito a la Compañía mediante los cuestionarios relativos o en cualquier otro documento en donde el Asegurado amplíe la información solicitada, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro conforme al artículo 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La Omisión o Inexacta Declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía si se demuestra que el Asegurado, Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan dentro de los 10 (diez) días hábiles siguientes a la Solicitud de información adicional por parte de la Compañía, la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro tal y como lo dispone el artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

26. Competencia

En caso de controversia, el Asegurado podrá acudir ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), pudiendo acudir a su elección, a cualquiera de las delegaciones de esta última, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y

Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros o conforme a la cláusula de arbitraje de estas Condiciones Generales.

De no someterse las partes al arbitraje de la Condusef, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante tribunales competentes. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

27. Edad

- a) La Edad de aceptación del Asegurado para el alta en la Póliza será desde el nacimiento y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años cumplidos. En los casos de Renovación, esta Póliza se renovará sin límite de edad para los Asegurados determinados por el Contratante incluidos en ella.
- b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la Edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la Renovación del contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos y sin ningún valor para el Asegurado y la Compañía reintegrará al Contratante el 60% de la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado.
- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la Edad del Asegurado y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la Edad real en la fecha de celebración del contrato.

Si la Compañía hubiere satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la Edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior incluyendo los intereses respectivos.

- d) Si la prima pagada fuese mayor a la que correspondiera realmente, se devolverá el exceso de la misma al Contratante.

-
- e) La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Compañía deberá anotarla en el contrato de seguro y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la Edad.

28. Límite de Responsabilidad

El Asegurado es quien elige libremente y bajo su más estricta responsabilidad el médico, Hospital, laboratorio, gabinete o farmacia, para su tratamiento, en caso de maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto conforme a las condiciones y coberturas contratadas.

AXA Seguros, S.A. de C.V. únicamente es responsable del pago de los gastos médicos y hospitalarios en que incurra el Asegurado en caso de maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto conforme a las coberturas contratadas, ajustándose en todo momento a los límites y coberturas contratadas por el Asegurado.

El Asegurado es libre de acudir con el prestador de servicios médicos de su elección que considere adecuado y apto para brindarle la atención médica acorde a sus necesidades.

29. Siniestros

- a) Es obligación del Asegurado dar aviso por escrito a la Compañía dentro de los primeros 5 (cinco) días hábiles, de cualquier maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento que pueda ser motivo de Pago Directo o Pago por Reembolso. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro. Cuando cualquiera de los Asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de urgencia, el Asegurado titular deberá notificarlo cuando menos con 5 (cinco) días hábiles de anticipación a la fecha en que éste deba internarse en el Hospital. El Asegurado titular tiene la obligación de presentar las pruebas que determinaron dicha cirugía.

- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados que deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes al momento de su expedición, en ningún caso se aceptarán notas de ventas emitidas por negocios registrados en el régimen de pequeños contribuyentes. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

- c) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación.

La obstaculización por parte del Contratante o los Asegurados para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

- d) La Compañía solo pagará los honorarios de Médicos titulados y enfermeras tituladas legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos de internamiento efectuados en Hospitales, Clínicas o Sanatorios legalmente autorizados cuando estos procedan.

- e) Para el caso de Padecimientos Preexistentes, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o Padecimientos de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- f) La Compañía solicitará como requisito indispensable el acta levantada ante el Ministerio Público para proceder al pago de la cobertura de consulta médica psiquiátrica o psicológica por asalto con violencia o violación.

30. Arbitraje

La Compañía acepta que si el reclamante

acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y en el caso de que dicha persona o institución sea designada de común acuerdo como árbitro, a sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por la Compañía, quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir, será liquidado por la Compañía.

La Compañía pagará al Asegurado o a quien corresponda el pago o Reembolso de los Gastos Médicos Mayores cubiertos, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

31. Pago de Indemnizaciones

Siempre y cuando los gastos médicos rebasen el Deducible contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el contrato de seguro.
- b) A la cantidad resultante en el inciso anterior, se descontará, primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje especificado en la carátula de la Póliza y el Certificado Individual.
- c) El Deducible, Coaseguro así como sus límites citados en el contrato se aplicarán para cada Accidente, Enfermedad o Padecimientos cubierto.
- d) En caso de que los gastos equivalentes al monto del Deducible sean cubiertos por otras Pólizas de seguro, de esta u otra institución, será requisito indispensable presentar a la Compañía la documentación necesaria para comprobar dicha erogación.

Para las coberturas y limitaciones que estén definidas como múltiplos del Salario Mínimo

General Mensual Vigente en la Ciudad de México (SMGMVCDMX), se entenderá que las mismas son variables y éstas se fijarán en caso de maternidad, Accidentes, Enfermedades o Padecimientos cubiertos por la Póliza, tomando en cuenta el que se encuentre vigente en la fecha de primera erogación efectuada por el Asegurado para maternidad, Accidente, Enfermedad o Padecimiento.

32. Servicio de Pago Directo

En el caso de que el Asegurado requiera y solicite la atención de los Prestadores en Convenio para Pago Directo, podrá hacer uso de este servicio previa autorización de la Compañía, quien efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza a los Prestadores en Convenio para Pago Directo, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

El Pago Directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de la Compañía para verificar la situación de procedencia del caso.

Durante el periodo de gracia de 30 (treinta) días para el pago del primer recibo de prima no se otorgará el Pago Directo si la Póliza no ha sido pagada.

33. Servicio de Pago por Reembolso

Aplica para aquellos gastos cubiertos por la Póliza que:

- a) En los que el servicio médico se hubiere proporcionado por prestadores que no tengan firmado con la Compañía un Convenio para Pago Directo.
- b) En los que la Compañía no hubiera contado con la oportunidad y viabilidad para verificar la situación de procedencia del caso, de tal forma que no se hubiera autorizado el Servicio de Pago Directo.
- c) En los casos expresamente señalados en esta Póliza para Pago por Reembolso.

34. Garantía de Pago por Reembolso

En caso de proceder el pago de una reclamación, la Compañía se compromete a reembolsar los gastos cubiertos en un plazo máximo de 7 (siete) días hábiles, plazo sujeto a políticas bancarias, así como al hecho de que el

Asegurado proporcione toda la documentación e información necesaria para determinar la procedencia de la reclamación.

Si la Compañía requiere información adicional para la determinación de la procedencia del Reembolso, solicitará la información faltante del Asegurado. El tiempo que tarde el Asegurado en entregar la información adicional requerida no contará para el pago del Reembolso citado. Una vez entregada dicha información reiniciarán los 7 (siete) días hábiles de la Compañía para realizar el Reembolso.

35. Modificación de Participación de Deducible y Coaseguro

- a) En caso de Accidente cubierto por la Póliza, no obstante el Pago Directo o Pago por Reembolso que aplique, se aplicará 1 SMGMVCDMX por concepto de Deducible.
- b) En caso de Accidente o Enfermedad cubierto por la Póliza, si el Asegurado no acude con los Prestadores en Convenio para Pago Directo el pago correspondiente se realizará por Pago por Reembolso y se aplicará el Coaseguro de la Póliza más 40 (cuarenta) puntos porcentuales adicionales.

En caso de acudir con Hospitales, laboratorios y/o gabinetes que hayan celebrado convenio para Pago Directo de una Gama Hospitalaria distinta a la contratada, aplicará lo que se estipula en los siguientes incisos:

- c) En caso de Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto por la Póliza, si el Asegurado recibe atención médica en una Gama Hospitalaria superior a la contratada, no obstante el Pago Directo o Pago por Reembolso que aplique, se aumentarán puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado de acuerdo a lo siguiente:
 - Si la atención médica se otorga en una Gama Hospitalaria superior a la contratada, se aumentarán 20 (veinte) puntos porcentuales sobre el Coaseguro.
 - Si la atención médica se otorga en 2 (dos) o más Gammas Hospitalarias superiores a la contratada, se aumentarán 35 (treinta y cinco) puntos porcentuales sobre el Coaseguro.

- d) Si el Asegurado recibe atención médica por Accidente, Enfermedad o Padecimientos en una Gama Hospitalaria más baja a la contratada, no obstante el Pago Directo o Pago por Reembolso que aplique, se aplicará un 5% (cinco por ciento) por concepto de Coaseguro.

36. Pagos Improcedentes

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento de un movimiento de baja, no comunicado oportunamente, obligando al Contratante a reintegrar el pago a la Compañía que por tal concepto hubiere realizado.

37. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pago, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, un Interés Moratorio de conformidad con el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 (treinta) días señalado en el artículo 71 antes citado.

En caso de juicios o arbitrajes en los términos de los artículos 65, 67, 68, 69, 70, 71 y 72 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

38. Terminación Anticipada

Las partes convienen expresamente que este contrato podrá darse por terminado con anterioridad a su vencimiento en los siguientes casos:

- a) A solicitud de cancelación por parte del Contratante.
- b) Por omisiones o falsas declaraciones.

El Contrato se considerará terminado anticipadamente a partir de la fecha en que la Compañía sea enterada mediante

notificación fehaciente de la Solicitud de cancelación por parte del Contratante de la Póliza. Teniendo el derecho la Compañía a la prima que corresponda al periodo transcurrido, devolviendo únicamente el 60% de la prima no devengada al Contratante.

39. Prelación

Para determinar los alcances de las coberturas, el límite y los Gastos Médicos Mayores no cubiertos de la presente Póliza, serán aplicables en el siguiente orden:

- a) Endosos
- b) Condiciones particulares
- c) Condiciones Generales

IX. Tabla de procedimientos terapéuticos

Introducción

La presente tabla de procedimientos terapéuticos solo opera para Reembolso.

Para aplicar la tabla de procedimientos terapéuticos se tomará en cuenta lo siguiente:

1. El Monto por Procedimiento Terapéutico es el resultado de multiplicar la base de Reembolso que se especifica en la carátula de la Póliza, por el factor porcentual correspondiente al procedimiento de la presente tabla de procedimientos terapéuticos.
2. El pago de los procedimientos terapéuticos procederá siempre y cuando dichos procedimientos queden cubiertos por estas Condiciones Generales.
3. Para cada procedimiento quirúrgico u otro procedimiento señalado en esta tabla, el pago máximo será el establecido mediante el Monto por Procedimiento Terapéutico.
4. El Monto por Procedimiento Terapéutico incluye los honorarios del cirujano, ayudantes, instrumentista y anestesiólogo.
5. Los procedimientos terapéuticos no incluidos en la presente tabla, se valuarán por similitud a los comprendidos en ésta.

6. Cuando se efectúen dos o más procedimientos en el mismo campo operatorio, la Compañía pagará aquel procedimiento efectuado que tenga el costo más elevado o uno de ellos si los costos son iguales.

7. Si en el mismo procedimiento se realizan dos o más operaciones en diferente campo quirúrgico, se pagará el 100% de la que tenga el valor más alto, más el 50% de la o las siguientes.

Cuando se requiera la intervención de dos o más cirujanos de diferente especialidad para el tratamiento de una misma persona en un mismo tiempo quirúrgico, o en tiempos quirúrgicos sucesivos, se aplicará la tabla para cada cirujano en forma individual. En el caso de los pacientes politraumatizados, el pago se hará de acuerdo a lo establecido en los párrafos 6 y 7.

Si hubiere necesidad de un nuevo proceso terapéutico y se practicare dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambos se considerarán como uno solo; si el nuevo procedimiento se efectúa después del lapso señalado. Se entenderá como un proceso distinto e independiente del primero.

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
10060	Incisión y drenaje de absceso simple o una sola lesión (por ej. hidradenitis supurativa, abscesos cutáneos o subcutáneos, quiste, forúnculo o paroniquia)	3.90
10120	Incisión y extracción de cuerpo extraño en tejido subcutáneo; simple	5.40
10121	Incisión y extracción de cuerpo extraño en tejido subcutáneo complicado	7.50
10140	Incisión y drenaje de hematoma, seroma o colección líquida	3.90
10180	Incisión y drenaje de absceso por herida quirúrgica infectada	7.30
11000	Desbridación extensa de piel infectada o eczematosa; hasta del 10% de superficie corporal	10.20
11001	Desbridación extensa de piel infectada o eczematosa; cada 10% de superficie corporal adicional	2.70
11010	Desbridación incluyendo extirpación de material extraño asociado con fracturas abiertas y/o luxaciones; piel y tejido subcutáneo	7.50
11011	Desbridación incluyendo extirpación, de material extraño asociado con fracturas abiertas y/o luxaciones; piel, tejido subcutáneo, fascia muscular y músculo	10.20
11012	Desbridación incluyendo extirpación, de material extraño asociado con fracturas abiertas y/o luxaciones; piel, tejido subcutáneo, fascia muscular, músculo y hueso	15.70
11100	Biopsia de piel, tejido subcutáneo y/o mucosa (incluyendo cierre simple)	3.90
11200	Extirpación de verrugas blandas, varios pólipos fibrocutáneos, cualquier zona, hasta 15 lesiones, cualquier método (corte, cauterización química o eléctrica)	3.90
11201	Extirpación de verrugas blandas, varios pólipos fibrocutáneos, cualquier zona; por cada 10 lesiones adicionales	1.20
11402	Excisión de lesión benigna, de tronco, brazos y/ o piernas; como por ejemplo: lesiones quísticas y lipomas (incluye cierre simple) lesiones de 1.1 a 2.0 cm de diámetro; excepto verrugas blandas y cicatrices	5.90
11404	Excisión de lesión benigna, de tronco, brazos y/ o piernas; como por ejemplo: lesiones quísticas y lipomas (incluye cierre simple) lesiones de 3.1 a 4.0 cm de diámetro; excepto verrugas blandas y cicatrices	7.80
11406	Excisión de lesión benigna, de tronco, brazos y/o piernas; como por ejemplo: lesiones quísticas y lipomas (incluye cierre simple) lesiones mayores de 4.0 cm de diámetro; excepto verrugas blandas y cicatrices	15.70
11422	Excisión de lesión benigna, de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; como por ejemplo: lesiones quísticas (incluye cierre simple) lesiones de 1.1 a 2.0 cm de diámetro; excepto verrugas blandas y cicatrices	5.40
11424	Excisión de lesión benigna, de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; como por ejemplo: lesiones quísticas (incluye cierre simple), lesiones de 3.1 a 4.0 cm de diámetro; excepto verrugas blandas y cicatrices	6.30
11426	Excisión de lesión benigna, de cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; como por ejemplo: lesiones quísticas (incluye cierre simple), lesiones mayores de 4.0 cm de diámetro. excepto verrugas blandas y cicatrices	9.60
11442	Excisión de lesiones benignas en piel de cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y mucosas; de 1.1 a 2.0 cm de diámetro	17.80
11444	Excisión de lesiones benignas en piel de cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y mucosas; de 3.1 a 4.0 cm de diámetro	19.10
11446	Excisión de lesiones benignas en piel de cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y mucosas; mayores de 4.0 cm de diámetro	2.00

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
11451	Excisión de piel y tejido subcutáneo, debido a hidradenitis, axilar (corrección compleja)	9.60
11463	Excisión en piel y tejido subcutáneo, por hidradenitis inguinal (corrección compleja)	9.60
11471	Excisión de piel y tejido subcutáneo, por hidradenitis, perianal, perineal o umbilical (corrección compleja)	9.60
11602	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local), de tronco, brazos o piernas; de 1.1 a 2.0 cm de diámetro	6.30
11604	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local), de tronco, brazos o piernas; de 3.1 a 4.0 cm de diámetro	8.90
11606	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo (incluyendo cierre simple y anestesia local), de tronco, brazos o piernas; mayor de 4.0 cm de diámetro	13.70
11622	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo de: cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; de 1.1 a 2.0 cm de diámetro	10.70
11624	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo de: cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; de 3.1 a 4.0 cm de diámetro	17.10
11626	Excisión de lesión maligna en piel o tejido subcutáneo de: cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; mayor de 4.0 cm de diámetro	19.10
11642	Excisión de lesión maligna en cara, pabellón auricular, párpados, nariz, labios; de 1.1 a 2.0 cm de diámetro	13.70
11644	Excisión de lesión maligna en cara, pabellón auricular, párpados, nariz, labios; de 3.1 a 4.0 cm de diámetro	22.20
11646	Excisión de lesión maligna en cara, pabellón auricular, párpados, nariz, labios; mayor de 4.0 cm de diámetro	24.60
11750	Onicoexcéresis, parcial o completa	4.40
11960	Inserción de expansores tisulares que no sean localizados en mama (inicial y subsecuentes)	39.60
11970	Reemplazo de expansor tisular con colocación de prótesis permanente (no de mama)	45.10
11971	Remoción de tejido expansor sin inserción de prótesis (no de mama)	8.90
12001	Sutura simple (una capa) de heridas superficiales en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco y/o miembros pélvicos y torácicos incluyendo manos y pies, de 2.5 cm de diámetro o menos	4.80
12002	Sutura simple (una capa) de heridas superficiales en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco y/o miembros pélvicos y torácicos incluyendo manos y pies, de 2.6 cm a 7.5 cm de diámetro	7.70
12004	Sutura simple (una capa) de heridas superficiales en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco y/o miembros pélvicos y torácicos incluyendo manos y pies, de 7.6 cm a 12.5 cm de diámetro	10.90
12011	Sutura simple de heridas superficiales en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.5 cm de diámetro o menos	8.30
12013	Sutura simple de heridas superficiales en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 2.6 a 5.0 cm de diámetro	8.70
12015	Sutura simple de heridas superficiales en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas, de 7.6 a 12.5 cm de diámetro	13.70
12020	Sutura simple de dehiscencia de una herida superficial (piel)	4.80

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
12031	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tej. subcutáneo) en piel cabelluda, axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); de 2.5 cm de diámetro o menos	5.80
12032	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tej. subcutáneo) en piel cabelluda, axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); de 2.6 cm a 7.5 cm de diámetro	7.70
12034	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tej. subcutáneo) en piel cabelluda, axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); de 7.6 a 12.5 cm de diámetro	12.10
12041	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cuello, manos, pies y/o genitales externos; de 2.5 cm de diámetro o menos	6.70
12042	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cuello, manos, pies y/o genitales externos; de 2.6 cm a 7.5 cm de diámetro	8.70
12051	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas; de 2.5 cm de diámetro o menos	6.70
12052	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas; de 2.6 a 5.0 cm de diámetro	7.60
12054	Sutura de heridas que requieren cierre en capas (piel y tejido subcutáneo) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas; de 2.6 a 5.0 cm de diámetro: de 7.6 a 12.5 cm de diámetro	12.10
13100	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo en tronco (laceraciones o avulsiones complicadas); de 1.1 a 2.5 cm de diámetro	9.40
13101	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo en tronco (laceraciones o avulsiones complicadas); de 2.6 a 7.5 cm de diámetro	12.10
13120	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en piel cabelluda, brazos y/o piernas; de 1.1 a 2.5 cm	8.30
13121	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en piel cabelluda, brazos y/o piernas; de 2.6 a 7.5 cm	11.30
13131	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones avulsiones complicadas) en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales externos, manos y/o pies; de 1.1 a 2.5 cm de diámetro	13.50
13132	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones avulsiones complicadas) en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales externos, manos y/o pies; de 2.6 a 7.5 cm de diámetro	15.80
13150	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en párpados, nariz, pabellones auriculares y/o labios; de 1 cm de diámetro o menos	4.90
13151	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en párpados, nariz, pabellones auriculares y/o labios; de 1.1 a 2.5 cm de diámetro	9.60
13152	Sutura de heridas que requieren procedimiento reconstructivo (laceraciones o avulsiones complicadas) en párpados, nariz, pabellones auriculares y/o labios; de 2.6 a 7.5 cm de diámetro	15.80
13160	Cierre secundario de herida quirúrgica o dehiscencia amplia o complicada	9.60

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
14060	Reconstrucción con transferencia de tejido adyacente (z plastia, w plastia, colgajo de rotación) para párpados, nariz, pabellones auriculares y/o labios; de 10 cm cuadrados o menos	23.20
15050	Injerto único o múltiple para úlceras pequeñas, puntas de dedos u otra área mínima (excepto cara); hasta 2.0 cm de diámetro	16.40
15100	Injerto en tronco, brazos y piernas; excepto área mínima; hasta 100 cm cuadrados o 1% de área corporal de lactantes y niños	32.80
15200	Injerto de espesor total libre incluyendo cierre directo de zona donante, en tronco; hasta de 20 cm cuadrados	29.40
15240	Injerto de espesor total, libre, incluyendo cierre directo de zona donante; en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y/o pies; hasta de 20 cm cuadrados	40.30
15260	Injerto de espesor total, libre, incluyendo cierre directo de zona donante, en nariz, pabellones auriculares, párpados y/o labios hasta de 20 cm cuadrados	40.30
15350	Aplicación de aloinjerto de piel, hasta de 100 cm cuadrados	15.70
15570	Formación de pedículo (colgajo) directo o tubular con o sin transferencia, de tronco	36.90
15732	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en cabeza y cuello (por ej. músculo temporal, masetero, esternocleidomastoideo, angular del omóplato)	44.40
15734	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en tronco	44.40
15736	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en miembros torácicos	44.40
15738	Colgajo muscular miocutáneo o fasciocutáneo en miembros pélvicos	44.40
15840	Injerto libre de fascia para parálisis del nervio facial (incluyendo obtención de fascia)	82.00
15841	Injerto libre de músculo para parálisis del nervio facial (incluyendo obtención del injerto)	40.30
15922	Excisión de úlcera coxígea por presión, con Coxigectomía, con procedimiento de cierre con colgajo	41.70
15934	Excisión de úlcera sacra por presión, con procedimiento de cierre con colgajo de piel	41.70
15944	Excisión, úlcera isquiática por presión, con procedimiento de cierre con colgajo cutáneo	41.70
15952	Excisión úlcera trocantérica por presión, con procedimiento de cierre con colgajo cutáneo	41.70
Quemadura, tratamiento local		
16010	Limpieza y desbridamiento, inicial o subsecuente para lesiones por quemaduras pequeñas (hasta el 9% de superficie corporal), bajo anestesia local	5.60
16015	Limpieza y desbridación amplia, inicial o subsecuente, bajo anestesia, para lesiones por quemaduras medianas a grandes (mayor al 9% de la superficie corporal)	10.90
16035	Escarotomía de lesiones por quemaduras (tratamiento inicial)	42.30
Dstrucción de lesiones		
17000	Dstrucción de una lesión benigna o premaligna (por ej. queratosis actínica), por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) excepto verrugas blandas o lesiones proliferativas vasculares cutáneas, incluye anestesia local	2.90
17106	Dstrucción de lesiones proliferativas vasculares cutáneas (por ej. técnica de láser); hasta 10 centímetros cuadrados	5.40
17107	Dstrucción de lesiones proliferativas vasculares cutáneas (por ej. técnica de láser); de 10 a 50 centímetros cuadrados	5.40

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
17110	Destrucción por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) de verrugas planas, molusco contagioso o milios, hasta 14 lesiones	5.40
17262	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en tronco, brazos o piernas; de 1.1 a 2.0 cm de diámetro	5.40
17264	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en tronco, brazos o piernas; de 3.1 a 4.0 cm de diámetro	6.30
17266	Destrucción de lesiones malignas por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en tronco, brazos o piernas; mayor de 4.0 cm de diámetro	7.80
17272	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en piel cabelluda, cuello, manos, pies y/o genitales; de 1.1 a 2.0 cm de diámetro	5.60
Quemadura, tratamiento local		
17274	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en piel cabelluda, cuello, manos, pies y/o genitales; de 3.1 a 4.0 cm de diámetro	8.30
17281	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios; de 0.6 a 1.0 cm de diámetro	6.20
17283	Destrucción de lesión maligna por cualquier método (electrocirugía, criocirugía, láser) en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios; de 2.1 a 3.0 cm de diámetro	6.83
17304	Moh (técnica microquirúrgica). Quimocirugía, incluye la remoción de todo el tumor macroscópico, la excisión quirúrgica de muestras de tejido, examen microscópico y preparación histopatológica completa; hasta 5 muestras de tejido	10.50
Sistema musculoesquelético		
20220	Biopsia de hueso superficial con aguja o trocar (por ej. esternón, apófisis espinosas, costillas, cráneo)	13.20
20225	Biopsia de hueso profundo con aguja o trocar (por ej. cuerpo vertebral, fémur, etc.)	15.20
20240	Biopsia de hueso con excisión a nivel superficial	15.20
20520	Extracción simple de cuerpo extraño en músculo o tendón	15.00
20525	Extracción profunda o complicada de cuerpo extraño en músculo o tendón	23.90
20550	Infiltración en tendón, o ligamento	4.90
20605	Artrocentesis, aspiración y/o inyección en articulaciones intermedias, bursa o ganglio (por ej. temporomandibular, acromioclavicular, muñeca, codo, tobillo y bolsa de olécranon)	6.30
20610	Artrocentesis, aspiración y/o inyección en articulaciones mayores o bursa (por ej. hombro, cadera, rodilla, bursa subacromial, etc.)	6.90
20670	Retiro de material de osteosíntesis superficial	6.09
20680	Retiro de material de osteosíntesis profundo (alambre, clavo, varilla, placa)	36.30
20816	Reimplante de dedo por amputación completa, incluye articulación metacarpofalángica hasta inserción del tendón flexor superficial, excepto pulgar	99.00
20824	Reimplante de dedo pulgar por amputación completa, incluye articulación carpometacarpiana hasta articulación metacarpo falángica	112.70
20924	Injerto de tendón distal (por ej. palmar, extensor de dedo del pie, plantar)	51.20
Cráneo, huesos faciales y articulación temporomandibular		
21015	Resección radical de tumor maligno, de tejido blando en cara o piel cabelluda	24.60
21030	Excisión de tumor benigno o quiste de hueso facial excluyendo la mandíbula	43.00

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
21034	Excisión de tumor maligno de hueso facial excluyendo la mandíbula	54.00
21040	Excisión de quiste o tumor benigno de mandíbula	44.40
21044	Excisión de tumor maligno de mandíbula	58.10
21045	Resección radical de tumor maligno de mandíbula	71.70
21182	Excisión de tumor benigno de huesos del cráneo (por ej. displasia fibrosa), con reconstrucción de paredes y bordes orbitarios, frente, complejo nasoesmoidal (incluye obtención del injerto); en un área menor a 40 centímetros cuadrados de injerto	75.10
21240	Artroplastia temporomandibular, con o sin autoinjerto (incluye la obtención del injerto)	58.10
Fracturas/luxaciones de cara		
21339	Reducción abierta de fractura nasoesmoidal, con fijación externa	49.20
21343	Reducción abierta de fractura deprimida de seno frontal	49.20
21346	Reducción abierta de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort II); con fijadores	58.10
21348	Reducción abierta de fractura de complejo nasomaxilar (LeFort II), con injerto óseo (incluye obtención de injerto)	66.90
21356	Reducción abierta de fractura con hundimiento de arco cigomático (por ej. técnica de gilles)	66.90
21360	Reducción abierta de fractura con hundimiento de malar, incluyendo arco cigomático y trípode malar	71.70
21385	Reducción abierta de fractura de piso de la órbita, "por estallido"; abordaje por antrostomía (tipo caldwell-luc)	71.70
21387	Reducción abierta de fractura de piso de la órbita, "por estallido"; abordaje combinado	71.70
21390	Reducción abierta de fractura de piso de la órbita, "por estallido", con implante o con injerto	77.20
21422	Reducción abierta de fractura palatal o maxilar (tipo LeFort I)	54.00
21432	Reducción abierta de fractura craneofacial (tipo LeFort III), con material de osteosíntesis	74.50
21436	Reducción abierta de fractura craneofacial, complicada, con fijación y con injerto óseo (incluye obtención del injerto)	77.20
21470	Reducción abierta de fractura mandibular complicada, con material de osteosíntesis y fijación interdental	49.50
21480	Reducción cerrada de luxación temporomandibular, inicial o subsecuente	42.00
21490	Reducción abierta de luxación temporomandibular	49.50
Cuello (tejidos blandos) y tórax		
21501	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma, de tejidos blandos de cuello o tórax	11.50
21550	Biopsia de tejidos blandos de cuello o tórax	8.30
21557	Resección radical de tumor maligno de tejidos blandos de cuello y tórax	71.70
21615	Excisión de primera costilla y/o costilla cervical	34.10
21700	Escalenotomía, sin resección de costilla cervical	44.50
21705	Escalenotomía, con resección de costilla cervical	64.90

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
21935	Resección radical de tumor maligno de tejido blando en dorso o cara lateral de tórax	62.80
22315	Reducción cerrada de fracturas y/o luxaciones vertebrales, con manipulación y/o tracción (incluye inmovilización)	37.60
22325	Reducción abierta de fracturas y/o luxaciones de vértebras lumbares, vía posterior (un solo segmento)	77.50
22326	Reducción abierta de fracturas y/o luxaciones de vértebras cervicales, vía posterior (un solo segmento)	77.50
22327	Reducción abierta de fracturas y/ o luxaciones de vértebras torácicas, vía posterior (un solo segmento)	77.50
Columna vertebral, artrodesis		
22548	Artrodesis por vía anterior, de columna cervical (clivus c1 c2)	106.90
22554	Artrodesis por vía anterior, de columna cervical por debajo de c2, incluye disquectomía mínima (excepto para descompresión)	100.70
22556	Artrodesis vía anterior de columna torácica por técnica de intercuerpos, incluye disquectomía parcial (excepto para descompresión)	100.70
22558	Artrodesis vía anterior de columna lumbar por técnica de intercuerpos, incluye disquectomía parcial (excepto para descompresión)	110.60
22590	Artrodesis por vía posterior, craneocervical (occipucio-c2)	89.60
22595	Artrodesis C1-C2 por vía posterior	89.60
22600	Artrodesis cervical por vía posterior o posterolateral, un solo nivel por debajo del segmento c2	89.60
22610	Artrodesis torácica por vía posterior o posterolateral (un solo nivel)	89.60
22612	Artrodesis lumbar por vía posterior o posterolateral (un solo nivel)	89.60
22630	Artrodesis vía posterior de columna lumbar con técnica de intercuerpos, incluye laminectomía y disquectomía (excepto para descompresión)	89.60
22840	Instrumentación no segmentaria posterior (por ej. varilla de harrington)	100.70
22842	Instrumentación segmentaria posterior, 3- 6 segmentos vertebrales	107.90
22845	Instrumentación por vía anterior, 2-3 segmentos vertebrales	107.90
Abdomen		
22900	Excisión de tumor de pared abdominal, subfacial (por ej. fibroma duro)	17.10
Hombro		
23000	Extirpación por cualquier método de depósitos calcáreos subdeltoideos (o intratendinosos)	17.10
23030	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma en hombro	13.70
23031	Incisión y drenaje de absceso de bolsa sinovial en hombro	17.10
23040	Artrotomía de articulación glenohumeral (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño)	30.70
23044	Artrotomía de articulación acromioclavicular o esternoclavicular, (exploración, drenaje y/o extracción de cuerpo extraño)	30.70
23077	Resección radical de tumor maligno en tejido blando de la región del hombro	51.20
23105	Artrotomía con sinovectomía de articulación glenohumeral, con o sin biopsia	49.20

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
23106	Artrotomía con sinovectomía de articulación esternoclavicular, con o sin biopsia	49.20
23125	Claviclectomía total	49.20
23130	Acromioplastia o acromionectomía parcial, con o sin liberación del ligamento coracoacromial	60.80
23140	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escápula	30.70
23145	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escápula con injerto (incluye la obtención del injerto)	37.60
23150	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de región humeroproximal	30.70
23155	Excisión de quiste óseo o tumor benigno de región humeroproximal con injerto (incluye la obtención del injerto)	37.60
23170	Secuestrectomía en clavícula (por ej. por osteomielitis o absceso óseo)	37.60
23172	Secuestrectomía en escápula (por ej. por osteomielitis o absceso óseo)	37.60
23174	Secuestrectomía de cabeza a cuello quirúrgico del húmero (por ej. por osteomielitis o absceso óseo)	37.60
23195	Resección de cabeza de húmero	49.20
23200	Resección radical de tumor en clavícula	49.70
23210	Resección radical de tumor en escápula	49.70
23220	Resección radical de tumor óseo en húmero proximal	51.20
23222	Resección radical de tumor óseo de húmero proximal con reemplazo de prótesis	71.70
Corrección, revisión o reconstrucción de hombro		
23405	Tenotomía, en región del hombro	26.60
23410	Sutura por ruptura aguda de manguito músculo tendinoso (por ej. rotador del hombro)	45.80
23415	Liberación de ligamento coracoacromial con o sin acromioplastia	62.20
23420	Plastia de hombro (manguito rotador) por lesión crónica, incluye acromioplastia	62.20
23430	Tenorrafia de tendón largo de bíceps	34.50
23440	Resección o trasplante del tendón largo del bíceps	45.80
23466	Capsulorrafia por inestabilidad de articulación glenohumeral	62.20
23472	Artroplastia total de hombro (reemplazo de cavidad glenoidea o de húmero proximal)	71.70
Fractura/luxación de hombro		
23505	Reducción cerrada de fractura clavicular (con manipulación)	19.00
23515	Reducción abierta de fractura clavicular con o sin material de osteosíntesis	40.30
23525	Reducción cerrada de luxación esternoclavicular con manipulación	30.70
23530	Reducción abierta de luxación esternoclavicular aguda o crónica	30.70
23545	Reducción cerrada de luxación acromioclavicular (con manipulación)	15.40
23550	Reducción abierta de luxación acromioclavicular aguda o crónica	30.70
23575	Reducción cerrada de fractura escapular, con manipulación con o sin tracción esquelética (con o sin afección de articulación de hombro)	23.20
23585	Reducción abierta de fractura escapular, con o sin material de osteosíntesis	40.30
23605	Reducción cerrada de fractura de humeroproximal con manipulación, con o sin tracción esquelética	20.10

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
23615	Reducción abierta de fractura de humeroproximal, con o sin material de osteosíntesis, con o sin reparación de tuberosidades	55.30
23616	Reducción abierta de fractura de humeroproximal con colocación de prótesis	64.20
23650	Reducción cerrada de luxación de hombro, con manipulación sin anestesia	16.90
23655	Reducción cerrada de luxación de hombro (manipulación) incluye anestesia	14.00
23660	Reducción abierta de luxación aguda de hombro	45.80
23800	Artrodesis de articulación glenohumeral	60.80
23920	Desarticulación de hombro	60.80
Húmero y codo		
23931	Incisión y drenaje de absceso en bursa	13.70
24000	Artrotomía de codo (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño)	24.90
24076	Escisión de tumor en facia o intramuscular en brazo o codo	17.10
24077	Resección radical de tumor maligno de tejidos blandos de brazo o codo	38.60
24102	Artrotomía de codo, con sinovectomía	28.00
24150	Resección radical de tumor en húmero	64.90
24151	Resección radical de tumor de húmero con injerto, incluye la obtención del injerto	64.90
24152	Resección radical de tumor de radio	64.90
Colocación o extracción de húmero y codo		
24301	Transferencia de músculo o tendón de cualquier tipo en brazo y codo	43.40
24340	Tenodesis del tendón del bíceps a nivel del codo	30.70
24342	Reinserción o reparación de ruptura o laceración de tendón de bíceps o tríceps, distal, con o sin injerto de tendón	30.70
24350	Fasciotomía lateral o medial (por ej. codo de tenista o epicondilitis)	24.90
24351	Fasciotomía lateral o medial con desprendimiento del extensor	24.90
24362	Artroplastia de codo con implante y reconstrucción de ligamento	62.20
24363	Artroplastia con prótesis total de codo	62.20
24365	Artroplastia de cabeza de radio	49.20
24400	Osteotomía de húmero con o sin material de osteosíntesis	43.40
24435	Reparación de cierre defectuoso de Fx de húmero con injerto (incluye obtención de injerto)	53.30
Fractura/luxación de húmero y codo		
24505	Reducción cerrada de fractura de diáfisis humeral, con manipulación con o sin tracción esquelética	23.90
24515	Reducción abierta de fractura de diáfisis de húmero, con material de osteosíntesis, con o sin cerclaje	47.50
24516	Reducción abierta de fractura de diáfisis humeral con colocación de implante intramedular, con o sin cerclaje y/o tornillos	47.50
24535	Reducción cerrada de fractura de húmero supracondílea o transcondílea, con manipulación, con o sin tracción esquelética	28.00

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
24546	Reducción abierta de fractura supracondílea o transcondílea de húmero, con o sin material de osteosíntesis	47.50
24575	Reducción abierta de fractura epicondílea medial o lateral de húmero con o sin material de osteosíntesis	47.50
24579	Reducción abierta de fractura de condilo humeral medial o lateral, con o sin material de osteosíntesis	47.50
24586	Reducción abierta de fractura y/o luxación del codo	47.50
24605	Reducción cerrada de luxación de codo; con anestesia	19.60
24615	Reducción abierta de luxación de codo, aguda o crónica	30.70
24620	Reducción cerrada de fractura luxación de codo tipo Monteggia (fractura proximal de cúbito con luxación de cabeza de radio)	17.10
24635	Reducción abierta de fractura luxación de codo tipo Monteggia con o sin material de osteosíntesis	47.50
24640	Reducción cerrada de subluxación de cabeza de radio en niño (codo de niñera)	14.10
24655	Reducción cerrada de fractura de cabeza y cuello de radio, con manipulación	14.10
24665	Reducción abierta de fractura de cabeza y cuello de radio, con o sin material de osteosíntesis o excisión de cabeza de radio	47.50
24666	Reducción abierta de fractura de cabeza y cuello de radio, con remplazo protésico de cabeza de radio	63.40
24675	Reducción cerrada de fractura de cúbito proximal (olécranon) con manipulación	14.90
24685	Reducción abierta de fractura de cúbito proximal (olécranon) con o sin material de osteosíntesis	38.20
24800	Artrodesis de codo	47.50
24900	Amputación de brazo	43.40
24935	Elongación de muñón de brazo	23.90
Antebrazo y muñeca		
25000	Incisión para liberación tendón por Enfermedad de Quervain (muñeca)	23.90
25020	Fasciotomía descompresiva de tendón flexor y/o extensor de antebrazo y/o muñeca	23.90
25040	Artrotomía de articulación radiocarpal o mediocarpal (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño)	28.70
25076	Excisión de tumor en antebrazo y/o región de la muñeca, fascial o intramuscular	28.70
25077	Resección radical de tumor maligno de tejido blando de antebrazo y/o muñeca	38.70
25085	Capsulotomía de muñeca	28.50
25100	Artrotomía de muñeca con biopsia	26.30
25105	Artrotomía de muñeca con sinovectomía	37.20
25107	Artrotomía de articulación radiocubital distal para reparación de cartílago triangular	37.20
25110	Excisión para liberación de tendón de antebrazo y/o muñeca	18.20
25111	Excisión de ganglión en muñeca (dorsal o palmar)	16.50
25115	Excisión de bursa de radio, sinovial de muñeca o liberación de vaina tendinosa del antebrazo	37.20
25118	Sinovectomía, liberación de tendón extensor de muñeca	31.00
25170	Resección radical de tumor de radio o cúbito	41.80

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
25248	Exploración para extracción de cuerpo extraño en antebrazo y muñeca	26.40
Reparación, revisión y reconstrucción de antebrazo, muñeca		
25260	Reparación de tendón o músculo flexor, antebrazo y/o muñeca	25.90
25270	Reparación de tendón o músculo extensor, de antebrazo o muñeca	23.60
25274	Reparación de tendón o músculo extensor, con injerto (incluye la obtención del injerto) de antebrazo y/o muñeca	31.10
25290	Tenotomía abierta, tendón flexor o extensor de antebrazo y/o muñeca	31.10
25295	Tenólisis, tendón flexor o extensor de antebrazo y/o muñeca	20.10
25300	Tenodesis de muñeca, flexores de dedos	31.10
25301	Tenodesis de muñeca extensores de dedos	31.10
25310	Transferencia de tendón flexor o extensor de muñeca y/o antebrazo	37.20
25312	Transferencia de tendón flexor o extensor de muñeca y/o antebrazo con injerto de tendón (incluye obtención de injerto)	37.20
25320	Capsulorrafia o reconstrucción de muñeca por inestabilidad carpal (incluye sinovectomía, capsulotomía y reducción abierta)	58.10
25332	Artroplastia de muñeca, con o sin material de osteosíntesis	49.60
25350	Osteotomía de radio; tercio distal	41.90
25355	Osteotomía de radio tercio medio o proximal	54.30
25360	Osteotomía de cúbito	41.80
25365	Osteotomía de radio y cúbito	54.30
25441	Artroplastia con reemplazo prótesis de radio distal	62.20
Fractura/luxación de antebrazo y muñeca		
25505	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de radio, con manipulación	14.60
25515	Reducción abierta de fractura de diáfisis de radio; con o sin material de osteosíntesis	43.40
25520	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de radio con luxación de articulación radiocubital distal (fractura/luxación Galeazzi)	18.80
25535	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de cúbito, con manipulación	14.60
25545	Reducción abierta de fractura de diáfisis de cúbito con o sin material de osteosíntesis	43.40
25565	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de radio y cúbito, con manipulación	20.70
25574	Reducción abierta de fractura de diáfisis de radio y cúbito, con material de osteosíntesis	43.40
25605	Reducción cerrada de fractura distal del radio o separación epifisiaria con o sin fractura de estiloides cubital, con manipulación (por ej. fractura de Colles o Smith)	19.60
25611	Reducción cerrada de fractura distal del radio (por ej. Colles o Smith) con fijación esquelética percutánea, con manipulación, con o sin material de osteosíntesis	34.80
25620	Reducción abierta de fractura distal del radio (por ej. Colles o Smith) o separación epifisiaria con o sin fractura de apófisis estiloides cubital, con o sin material de osteosíntesis	43.40
25624	Reducción cerrada de fractura de escafoides carpal (navicular), con manipulación	12.30
25628	Reducción abierta de fractura de escafoides carpal, con o sin material de osteosíntesis	34.80
25635	Reducción cerrada de fractura de huesos del carpo (excepto escafoides); con manipulación	12.30

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
25645	Reducción abierta de fractura de huesos del carpo (excepto escafoides)	34.80
25660	Reducción cerrada de luxación radiocarpal o intercarpal de uno o más huesos, con manipulación	12.30
25670	Reducción abierta de luxación radiocarpal o intercarpal de uno o más huesos	34.80
25675	Reducción cerrada de luxación radiocubital distal con manipulación	12.30
25676	Reducción abierta de luxación radiocubital aguda o crónica	34.80
25680	Reducción cerrada de luxación por fractura de tipo transescafoidea perisemilunar, con manipulación	14.50
25685	Reducción abierta de luxación por fractura de tipo transescafoidea perisemilunar	35.50
25690	Reducción cerrada de luxación de semilunar, con manipulación	14.50
25695	Reducción abierta de luxación de semilunar	35.50
Artrodesis de muñeca		
25800	Artrodesis de muñeca; sin injerto óseo (incluye articulaciones radiocarpal e intercarpal o carpometacarpiana)	35.50
25810	Artrodesis de muñeca con autoinjerto de ilíaco u otro hueso (se incluye la obtención del injerto)	46.40
25830	Artrodesis de articulación radiocubital distal con resección segmentaria de cúbito con o sin injerto óseo	46.40
25900	Amputación de antebrazo a través de radio y cúbito	46.40
25920	Desarticulación a través de la muñeca	46.40
25927	Amputación transmetacarpal	46.40
Manos y dedos		
26037	Fasciotomía descompresiva de la mano	24.90
26040	Fasciotomía palmar (por ej. contractura de Dupuytren), percutánea	24.90
26045	Fasciotomía palmar abierta	24.90
26055	Liberación de tendón por dedo en gatillo	24.90
26070	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño; en articulación carpometacarpiana	28.70
26075	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño articulación metacarpofalángica	28.70
26080	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño; en articulación interfalángica	28.70
26100	Artrotomía para biopsia sinovial; articulación carpometacarpal	28.70
26115	Excisión de tumor o malformación vascular subcutánea en manos o dedos	17.80
26116	Excisión de tumor o malformación vascular subfascial, intramuscular, en mano o dedo	17.80
26117	Resección radical de tumor (por ej. neoplasia maligna), de tejido blando de mano o dedo	38.60
26121	Fasciectomía, únicamente palmar, con o sin Z-plastia o injerto de piel (incluye obtención de injerto)	24.90
26123	Fasciectomía palmar parcial con liberación de un dedo incluyendo la articulación interfalángica proximal, con o sin Z-plastia o injerto cutáneo (incluye obtención del injerto)	38.90
26130	Sinovectomía de articulación carpometacarpal	37.60

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
26135	Sinovectomía de articulación metacarpofalángica, incluyendo liberación intrínseca y reconstrucción de la caperuza del extensor	49.90
26145	Sinovectomía radical (tenosinovectomía), de tendón flexor de palma y/o dedo	37.60
26160	Excisión de lesión en tendón o cápsula (por ej. quiste o ganglión) de mano o dedo	15.70
26170	Excisión de tendón flexor en palma	15.70
26180	Excisión de tendón flexor de dedos	15.70
26250	Resección radical de metacarpo por tumor	38.90
26260	Resección radical de falange proximal o media del dedo (por ej. tumor)	19.10
26262	Resección radical de falange distal del dedo (por ej. tumor)	19.10
26410	Tenorrafia de tendón extensor en mano, cada tendón; sin injerto	21.90
26433	Reparación de tendón extensor, inserción distal, sin injerto	28.30
26440	Tenólisis de tendón flexor de palma o dedo	28.30
26445	Tenólisis de tendón extensor de mano o dedo	28.30
26450	Tenotomía del flexor en palma	28.30
26455	Tenotomía de flexor de dedo	28.30
26460	Tenotomía del extensor de mano o dedo	28.30
26497	Transferencia tendinosa, para restablecer función intrínseca, dedo anular y meñique	51.20
26498	Transferencia tendinosa, para restablecer función intrínseca; todos los dedos (excepto pulgar)	59.10
26525	Capsulotomía interfalángica; cada articulación	26.30
26530	Artroplastia de articulación metacarpofalángica	31.10
26535	Artroplastia de articulación interfalángica	31.10
26546	Reconstrucción por falta de consolidación metacarpiana o falángica (incluye obtención de injerto con o sin material de osteosíntesis)	35.90
26550	Pulgarización de un dígito	59.10
Manos y dedos		
26560	Corrección de sindactilia, con colgajos de tejidos	62.20
26565	Osteotomía metacarpiana; cada una	30.70
26587	Reconstrucción de dígito supernumerario (polidactilia)	38.90
26597	Liberación de contractura cicatrizal, de flexor o extensor, con injertos cutáneos, colgajos de reorganización o Z-plastia, mano y/o dedo	46.40
Fracturas/luxación de mano y dedos		
26605	Reducción cerrada de fractura metacarpiana, con manipulación; cada hueso	12.30
26608	Fijación esquelética percutánea de fractura metacarpiana; cada hueso	28.30
26615	Reducción abierta de fractura metacarpiana, con o sin material de osteosíntesis	42.30
26645	Reducción cerrada de fractura luxación carpometacarpiana de pulgar, con manipulación (fractura de Bennet)	13.40
26650	Fijación esquelética percutánea de fractura luxación carpometacarpiana de pulgar (fractura de Bennet)	28.30
26530	Artroplastia de articulación metacarpofalángica	31.10
26535	Artroplastia de articulación interfalángica	31.10

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
26546	Reconstrucción por falta de consolidación metacarpiana o falángica (incluye obtención de injerto con o sin material de osteosíntesis)	35.90
26550	Pulgarización de un dígito	59.10
Manos y dedos		
26560	Corrección de sindactilia, con colgajos de tejidos	62.20
26565	Osteotomía metacarpiana; cada una	30.70
26587	Reconstrucción de dígito supernumerario (polidactilia)	38.90
26597	Liberación de contractura cicatrizal, de flexor o extensor, con injertos cutáneos, colgajos de reorganización o Z-plastia, mano y/o dedo	46.40
Fracturas/luxación de mano y dedos		
26605	Reducción cerrada de fractura metacarpiana, con manipulación; cada hueso	12.30
26608	Fijación esquelética percutánea de fractura metacarpiana; cada hueso	28.30
26615	Reducción abierta de fractura metacarpiana, con o sin material de osteosíntesis	42.30
26645	Reducción cerrada de fractura luxación carpometacarpiana de pulgar, con manipulación (fractura de Bennet)	13.40
26650	Fijación esquelética percutánea de fractura luxación carpometacarpiana de pulgar (fractura de Bennet)	28.30
26665	Reducción abierta de fractura luxación carpometacarpiana de pulgar, (fractura de Bennet) con o sin material de osteosíntesis	46.40
26670	Reducción cerrada de fractura luxación carpometacarpiana (excepto dedo pulgar), con manipulación	13.40
26676	Fijación esquelética percutánea de fractura luxación carpometacarpiana; excepto dedo pulgar	28.30
26685	Reducción abierta de luxación carpometacarpiana; excepto dedo pulgar (fractura de Bennet), con o sin material de osteosíntesis	38.60
26700	Reducción cerrada de luxación metacarpofalángica, con manipulación	9.80
26706	Fijación esquelética percutánea de luxación metacarpofalángica, con manipulación	13.40
26715	Reducción abierta de luxación metacarpofalángica, con o sin material de osteosíntesis	31.10
26725	Reducción cerrada de fractura de diáfisis de falange proximal o media, de dedo o pulgar; con manipulación, con o sin tracción esquelética	9.80
26735	Reducción abierta de fractura de diáfisis de falange proximal o media, dedo o pulgar; con o sin material de osteosíntesis	24.20
26746	Reducción abierta de fractura articular que involucra articulaciones metacarpofalángica o interfalángica, con o sin material de osteosíntesis	31.80
26755	Reducción cerrada de fractura de falange distal, dedo o pulgar, con manipulación	8.30
26770	Reducción cerrada de luxación interfalángica, con manipulación	6.60
26785	Reducción abierta de luxación de articulación interfalángica, con o sin material de osteosíntesis	15.70
Artrodesis de manos y dedos		
26841	Artrodesis articulación carpometacarpiana de pulgar; con o sin material de osteosíntesis	34.50
26843	Artrodesis articulación carpometacarpiana de dedos (excepto pulgar)	34.50

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
26850	Artrodesis articulación metacarpofalángica; con o sin material de osteosíntesis	31.80
26860	Artrodesis, articulación interfalángica, con o sin material de osteosíntesis	31.80
Amputación de manos y dedos		
26951	Amputación de dedo o pulgar (cada dedo), incluye neurectomías	28.00
Pelvis y cadera		
26990	Incisión y drenaje de hematoma o absceso profundo en pelvis o cadera	24.60
26991	Incisión y drenaje en pelvis o cadera por bursa infectada	24.60
27001	Tenotomía abierta del aductor de cadera	31.10
27003	Tenotomía abierta del aductor, subcutáneo con neurectomía del obturador	31.10
27005	Tenotomía abierta de flexores de la cadera	31.10
27006	Tenotomía abierta de abductores y/o extensores de la cadera	31.80
27025	Fasciotomía muslo o cadera, cualquier tipo	34.80
27030	Artrotomía de cadera con drenaje	38.60
27033	Artrotomía de cadera, incluye exploración, extracción de cuerpo extraño	38.70
27048	Excisión de tumor en pelvis o cadera, subfascial o intramuscular (profundo)	31.10
27049	Resección radical de tumor de tejidos blandos de pelvis o cadera (por ej. neoplasia maligna)	38.60
27050	Artrotomía de articulación sacroilíaca con biopsia	31.10
27052	Artrotomía de articulación de la cadera con biopsia	38.60
27054	Artrotomía con sinovectomía de la articulación de la cadera	49.50
27075	Resección radical de tumor de isquión, ilion, pubis o sínfisis del pubis	38.60
27080	Coxigectomía primaria	26.30
27090	Remoción de prótesis de cadera	57.40
Reparación, revisión y reconstrucción		
27097	Liberación o resección de tendones de la corva proximal (por ej. del hueso poplíteo)	26.30
27098	Transferencia del aductor a isquión	38.60
27100	Transferencia del músculo oblicuo externo a trocánter mayor incluyendo la extensión de fascia o tendón	59.10
27120	Acetabuloplastia (por ej. tipo Whitman, Colonna, Haygroves)	121.90
27122	Resección de cabeza femoral	99.70
27125	Hemiartroplastia de cadera (por ej. tallo femoral protésico, artroplastia bipolar)	121.90
27130	Artroplastia con reemplazo total de cadera, con o sin injerto	121.90
27179	Osteoplastia de cuello femoral	99.70
27181	Osteotomía y fijación interna de cuello femoral	99.70
Fractura/luxación pelvis y cadera		
27194	Tratamiento cerrado de fractura del anillo pelviano, luxación, diástasis o subluxación, con manipulación	27.60
27202	Reducción abierta de fractura de cóccix	28.30
27215	Reducción abierta de fracturas de espinas ilíacas, avulsión de tuberosidad o cresta ilíaca, con fijación interna	57.40

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
27216	Fijación esquelética percutánea de fractura y/o luxación de cintura pélvica posterior (incluyendo, articulación sacroilíaca y sacro)	62.20
27217	Reducción abierta de fractura y/o luxación de anillo pelviano anterior con fijación interna (incluye sínfisis y ramas del pubis)	72.70
27227	Reducción abierta de fracturas acetabulares que compromete la columna anterior o posterior o una fractura transversal de acetábulo con material de osteosíntesis	121.90
27232	Reducción cerrada de fractura femoral; con manipulación; con o sin tracción esquelética	30.30
27235	Fijación esquelética percutánea, de fractura no desplazada de extremo proximal de fémur	30.30
27236	Reducción abierta de fractura de extremo proximal de fémur, con material de osteosíntesis o reemplazo con prótesis	121.90
27240	Reducción cerrada de fractura femoral, peritrocantérica, o subtrocantérica, con manipulación, con o sin tracción de piel o esquelética	30.30
27244	Reducción abierta de fractura inter, peri o subtrocantérica; con implante de placa y tornillos, con o sin cerclaje	72.70
27245	Reducción abierta de fractura femoral inter, peri o subtrocantérica; con implante intramedular	72.70
27248	Reducción abierta de fractura de trocanter mayor, con o sin material de osteosíntesis	72.70
27252	Reducción cerrada de luxación traumática de cadera, con anestesia	25.50
27253	Reducción abierta de luxación traumática de cadera, sin material de osteosíntesis	37.90
27254	Reducción abierta de luxación traumática de cadera, con fractura de pared acetabular y cabeza de fémur con o sin material de osteosíntesis	72.70
27284	Artrodesis de articulación de la cadera (incluye obtención del injerto)	72.70
27286	Artrodesis de articulación de la cadera con Osteotomía subtrocantérica	99.70
27295	Desarticulación de cadera	72.70
Fémur (muslo) y rodilla		
27303	Incisión profunda con apertura de corteza ósea (por ej. para osteomielitis o absceso en hueso) en fémur o rodilla	28.00
27305	Fasciotomía, iliotibial (abierta)	28.00
27310	Artrotomía de rodilla (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño)	31.10
27315	Neurectomía de músculo de la corva (por ej. del hueco poplíteo)	38.60
27320	Neurectomía poplíteo (gemelos)	38.60
27328	Excisión de tumor subfascial o intramuscular en muslo o rodilla	28.00
27329	Resección radical de tumor (por ej. neoplasia maligna) de tejidos blandos de muslo o rodilla	38.60
27330	Artrotomía de rodilla con toma de biopsia	31.10
27332	Menisectomía medial o lateral (artrotomía con excisión de cartílago semilunar) cualquier método	51.20
27333	Menisectomía medial y lateral, cualquier método	54.90
27334	Artrotomía de rodilla con sinovectomía; anterior o posterior	54.00
27340	Excisión de bursa prerrotuliana	27.70

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
27345	Excisión de quiste sinovial de hueco poplíteo (por ej. quiste de Baker)	37.90
27350	Patelectomía o hemipatelectomía	51.20
27355	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de fémur	28.00
Reparación, revisión y reconstrucción fémur (muslo) y rodilla		
27380	Tenorrafia de tendón infrapatelar	31.10
27385	Sutura de ruptura de cuádriceps o músculos de la corva (por ej. de la pantorrilla)	31.10
27400	Transferencia de tendón o músculo, del hueco poplíteo al fémur	38.60
27405	Reparación de desgarró de ligamentos y/o cápsula de la rodilla colateral	46.40
27407	Reparación de desgarró de ligamento cruzado y/o cápsula de rodilla	46.40
27409	Reparación de desgarró de ligamento colateral y cruzado y/o cápsula de rodilla	58.00
27420	Reconstrucción por luxación recurrente de rótula (procedimiento tipo Hauser)	52.90
27427	Reconstrucción de ligamentos de rodilla, extra articular	54.90
27428	Reconstrucción de ligamentos de rodilla, intra articular	64.90
27429	Reconstrucción de ligamentos de rodilla, intra articular y extra articular	76.20
27430	Plastia de cuádriceps (tipo Bennett o Thompson)	52.90
27435	Capsulotomía de rodilla	52.90
27437	Artroplastia de rótula sin prótesis	61.50
27442	Artroplastia de rodilla (condilos femorales o mesetas tibiales)	84.00
27445	Artroplastia de rodilla, prótesis con bisagras	84.03
27447	Reemplazo total de rodilla	79.00
27448	Osteotomía de fémur, diafisaria o supracondílea, sin fijación	42.30
27450	Osteotomía de fémur, diafisaria o supracondílea con fijación	42.30
Fracturas/luxaciones de fémur y rodilla		
27502	Reducción cerrada de fractura de la diáfisis femoral (con manipulación con o sin tracción)	29.50
27503	Reducción cerrada de fractura de fémur supra o transcondílea, con manipulación, con o sin tracción	26.80
27506	Reducción abierta de fractura de diáfisis de fémur, con o sin material de osteosíntesis	55.30
27510	Reducción cerrada de fractura femoral en tercio distal, condilos medial o lateral, con manipulación	26.80
27511	Reducción abierta de fractura de fémur supra o transcondílea, con o sin material de osteosíntesis	55.30
27513	Reducción abierta de fractura de fémur supra o transcondílea, con extensión intercondílea, con o sin material de osteosíntesis	64.90
27514	Reducción abierta de fractura femoral en tercio distal, condilo medial o lateral, con o sin material de osteosíntesis	64.90
27517	Reducción cerrada de epifisiolisis femoral distal, con manipulación con o sin tracción de piel o esquelética	24.40
27519	Reducción abierta de separación epifisiaria femoral distal, con o sin material de osteosíntesis	68.00
27520	Reducción cerrada de fractura de rótula sin manipulación	12.30

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
27524	Reducción abierta de fractura de rótula, con material de osteosíntesis y/o rotulectomía parcial o completa y reparación de tejidos blandos	57.00
27532	Reducción cerrada de fractura tibial, con o sin manipulación, con tracción esquelética	13.10
27535	Reducción abierta de fractura de tibia proximal con o sin material de osteosíntesis	43.40
27538	Reducción cerrada de fractura intercondilar y/o tuberosidad de la rodilla, con o sin manipulación	13.10
27540	Reducción abierta de fractura de espinas intercondíleas y/o de fractura de tuberosidades de la rodilla	57.00
27552	Reducción cerrada de luxación de rodilla, con anestesia	16.60
27556	Reducción abierta de luxación de rodilla con o sin material de osteosíntesis, sin reparación de ligamentos	46.80
27557	Reducción abierta de luxación de rodilla, con o sin material de osteosíntesis, con reparación de ligamento	58.10
27562	Reducción cerrada de luxación de rótula con anestesia	14.80
27566	Reducción abierta de luxación de rótula, con o sin rotulectomía parcial o total	46.80
27580	Artrodesis de rodilla	70.00
Amputación muslo		
27590	Amputación de muslo, cualquier nivel	54.30
27598	Desarticulación de rodilla	54.30
Pierna (tibia y peroné) y tobillo		
27600	Fasciotomía descompresiva en pierna; compartimientos anteriores y/o laterales	24.90
27604	Incisión y drenaje de absceso de bursa infectada de tobillo	8.20
27605	Tenotomía percutánea de tendón de aquiles con anestesia	13.70
27607	Incisión profunda con apertura de corteza de hueso (por ej. para osteomielitis o absceso óseo) en pierna o tobillo	20.10
27610	Artrotomía de tobillo (exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño)	28.00
27614	Biopsia subfacial o intramuscular, en pierna o tobillo	13.40
27615	Resección radical de tumor (por ej. neoplasia maligna) de tejidos blandos en pierna o tobillo	38.60
27619	Excisión de tumor, subfascial o intramuscular en pierna o tobillo	20.10
27625	Artrotomía de tobillo con sinovectomía	37.90
27630	Excisión de lesión de vaina tendinosa o cápsula (por ej. quiste o ganglión), pierna y/o tobillo	18.80
27635	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de tibia o peroné	28.00
27645	Resección radical de tumor en tibia	70.00
27646	Resección radical de tumor en peroné	70.00
27647	Resección radical de tumor en astrágalo o calcáneo	70.00
Reparación, revisión y reconstrucción pierna (tibia y peroné) y tobillo		
27650	Reparación de ruptura de tendón de aquiles	37.90
27658	Tenorrafia del flexor de pierna sin injerto	37.90
27664	Tenorrafia del extensor de pierna, sin injerto	37.90

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
27685	Alargamiento o acortamiento de tendón de tobillo o pierna	37.90
27695	Sutura de desgarro de ligamento colateral de tobillo (primaria)	37.90
27700	Artroplastia de tobillo	53.30
27705	Osteotomía de tibia	28.00
27707	Osteotomía de peroné	28.00
27709	Osteotomía de tibia y peroné	42.00
27724	Osteoplastia tibia con injerto ilíaco o cualquier otro autoinjerto (incluye obtención del injerto)	69.70
27752	Reducción cerrada de fractura de diáfisis tibial (con o sin fractura de peroné), con manipulación, con o sin tracción	22.90
27756	Fijación esquelética percutánea de fractura de la diáfisis tibial (con o sin fractura de peroné)	36.50
27758	Reducción abierta de fractura de diáfisis tibial (con o sin fractura de peroné) con material de osteosíntesis	44.70
27762	Reducción cerrada de fractura de maleolo medial, con manipulación, con o sin tracción	16.80
27766	Reducción abierta de fractura de maleolo medial, con o sin material de osteosíntesis	44.70
27781	Reducción cerrada de fractura de peroné proximal o diafisiario; con manipulación	25.20
27784	Reducción abierta de fractura de peroné proximal o diafisiario, con o sin material de osteosíntesis	48.50
27788	Reducción cerrada de fractura de peroné distal (maleolo lateral) con manipulación	18.50
27792	Reducción abierta de fractura de peroné distal (maleolo lateral) con o sin material de osteosíntesis	50.90
27808	Reducción cerrada de fractura bimalleolar de tobillo (incluyendo fractura de Pott), sin manipulación	18.50
27810	Reducción cerrada de fractura bimalleolar de tobillo (con manipulación)	18.50
27814	Reducción abierta de fractura bimalleolar de tobillo con o sin material de osteosíntesis	56.00
27825	Reducción cerrada de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga axil (con manipulación/tracción)	18.50
27826	Reducción abierta de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga (sólo de peroné)	44.70
27831	Reducción cerrada de luxación de articulación tibioperonea proximal, con anestesia	18.50
27832	Reducción abierta de luxación tibioperonea proximal, con o sin material de osteosíntesis o con excisión de peroné proximal	38.90
27842	Reducción cerrada de luxación de tobillo con anestesia, con o sin tracción esquelética, con anestesia	16.80
27848	Reducción abierta de luxación de tobillo, con o sin fijación percutánea, con material de osteosíntesis, con corrección o fijación interna/externa	38.90
27870	Artrodesis de tobillo por cualquier método	44.70
27871	Artrodesis tibioperonea, proximal o distal	44.70
Amputación de pierna y tobillo		
27880	Amputación de pierna a nivel de tibia y peroné	46.40
27889	Desarticulación de tobillo	46.40

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
27894	Fasciotomía descompresiva de pierna, compartimento anterior y/o lateral y posterior con debridación de músculos y/o nervios	48.50
Pie		
28001	Incisión y drenaje de bursa infectada de pie	5.90
28008	Fasciotomía de pie y/o dedo	19.10
28010	Tenotomía percutánea de dedo del pie, un solo tendón	18.70
28011	Tenotomía percutánea de dedo, varios tendones	18.70
28020	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño de articulación intertarsal o tarsometatarsal	23.90
28022	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño de articulación metatarsofalángica	23.90
28024	Artrotomía con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño de articulación interfalángica	23.90
28030	Neurectomía (músculos del pie)	46.80
28035	Descompresión de nervio tibial posterior (liberación del túnel del tarso)	27.60
28045	Excisión de tumor en pie, subfascial o intramuscular	20.10
28046	Resección radical de tumor (por ej. neoplasia maligna) de tejidos blandos del pie	38.60
28050	Artrotomía con biopsia sinovial de articulación intertarsal o tarso metatarsal	23.90
28052	Artrotomía con biopsia de la articulación metatarsofalángica	23.90
28054	Artrotomía con biopsia de la articulación interfalángica	23.90
28060	Fasciectomía plantar parcial	23.90
28070	Sinovectomía de articulación intertarsal o tarsometatarsal	36.20
28072	Sinovectomía de articulación metatarsofalángica	31.80
28080	Excisión de neuroma interdigital (Morton)	23.90
28086	Sinovectomía con liberación de tendón flexor de pie	37.90
28088	Sinovectomía con liberación de tendón extensor de pie	37.90
28100	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno en astrágalo o calcáneo	28.00
28104	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno en tarso o metatarso (excepto astrágalo o calcáneo)	28.00
28110	Ostectomía parcial de cabeza 5º metatarsiano	18.80
28111	Ostectomía completa de cabeza de 1er. metatarsiano	18.80
28112	Ostectomía completa de 2º, 3º y 4º cabezas metatarsianas	18.80
28113	Ostectomía completa de cabeza de 5º metatarsiano	18.80
28119	Ostectomía por espolón calcáneo con o sin liberación de fascia plantar	28.00
28130	Astragalectomía	28.00
28140	Metatarsectomía	28.00
28150	Falangectomía (cada dedo del pie)	18.80
28171	Resección radical de tumor del hueso tarsiano (excepto astrágalo o calcáneo)	31.80
28175	Resección radical de tumor óseo del dedo del pie	31.80
Reparación, revisión y reconstrucción de pie		
28200	Tenorrafia de tendón flexor de pie, sin injerto	31.10

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
28208	Tenorrafia del tendón extensor de pie	31.10
28220	Tenólisis del flexor del pie	27.00
28225	Tenólisis del extensor del pie	27.00
28080	Excisión de neuroma interdigital (Morton)	23.90
28086	Sinovectomía con liberación de tendón flexor de pie	37.90
28088	Sinovectomía con liberación de tendón extensor de pie	37.90
28100	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno en astrágalo o calcáneo	28.00
28104	Excisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno en tarso o metatarso (excepto astrágalo o calcáneo)	28.00
28110	Ostectomía parcial de cabeza 5º metatarsiano	18.80
28111	Ostectomía completa de cabeza de 1er. metatarsiano	18.80
28112	Ostectomía completa de 2º, 3º y 4º cabezas metatarsianas	18.80
28113	Ostectomía completa de cabeza de 5º metatarsiano	18.80
28119	Ostectomía por espolón calcáneo con o sin liberación de fascia plantar	28.00
28130	Astragalectomía	28.00
28140	Metatarsectomía	28.00
28150	Falangectomía (cada dedo del pie)	18.80
28171	Resección radical de tumor del hueso tarsiano (excepto astrágalo o calcáneo)	31.80
28175	Resección radical de tumor óseo del dedo del pie	31.80
28200	Tenorrafia de tendón flexor de pie, sin injerto	31.10
28208	Tenorrafia del tendón extensor de pie	31.10
28220	Tenólisis del flexor del pie	27.00
28225	Tenólisis del extensor del pie	27.00
28270	Capsulotomía de articulación metatarsofalángica con o sin tenorrafia	31.10
28290	Corrección de hallux valgus, con o sin sesamoidectomía	31.10
28296	Corrección de hallux valgus, con osteotomía de metatarsianos	49.50
28300	Osteotomía del calcáneo, con o sin material de osteosíntesis	41.80
28302	Osteotomía del astrágalo	41.80
28344	Reconstrucción de dedos del pie (polidactilia)	41.80
Fracturas/luxación de pie		
28405	Reducción cerrada de fractura de calcáneo con manipulación	18.20
28406	Fijación esquelética percutánea de fractura de calcáneo con manipulación	26.60
28415	Reducción abierta de fractura de calcáneo, con o sin material de osteosíntesis	38.60
28420	Reducción abierta de fractura de calcáneo, con injerto óseo (incluye obtención de injerto)	38.60
28435	Reducción cerrada de fractura de astrágalo, con manipulación	18.20
28436	Fijación esquelética percutánea de fractura de astrágalo con manipulación	26.60
28445	Reducción abierta de fractura de astrágalo con o sin material de osteosíntesis	38.60
28455	Reducción de fractura de huesos tarsales (excepto astrágalo y calcáneo) con manipulación	18.20

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
28465	Reducción abierta de fractura de huesos tarsales (excepto astrágalo y calcáneo), con o sin material de osteosíntesis	38.60
28475	Reducción cerrada de fractura metatarsal, con manipulación	8.60
28485	Reducción abierta de fractura metatarsal con o sin material de osteosíntesis	28.00
28515	Reducción cerrada de fractura de falange o falanges, con manipulación (excepto 1er. dedo)	10.20
28605	Reducción cerrada de luxación de articulación tarsometatarsiana, con anestesia	18.20
Artrodesis de pie		
28750	Artrodesis metatarsofalángica de primer dedo	38.60
28755	Artrodesis interfalángica de primer dedo	34.50
Amputación de pie		
28800	Amputación de pie; mediotarsal	51.20
28810	Amputación metatarsal	35.50
28820	Amputación en articulación metatarsofalángica	35.50
28825	Amputación en articulación interfalángica del pie	24.90
Yesos en miembros torácicos		
29065	Aplicación de yeso largo (brazo)	3.90
29075	Aplicación de yeso corto de codo a dedos	2.90
29085	Aplicación de yeso en guante (mano a antebrazo)	2.90
29105	Aplicación de férula larga en el brazo (hombro a mano)	3.90
29125	Aplicación de férula corta (antebrazo a mano)	2.90
29130	Aplicación de férula en dedo	2.90
29305	Aplicación de yeso tipo espiga en la cadera (una pierna)	5.40
29365	Aplicación de yeso cilíndrico (de muslos a tobillo)	4.30
29405	Aplicación de yeso corto en pierna (debajo de rodilla a dedos de pies)	3.90
Férulas		
29505	Aplicación de férula larga en pierna (de muslo a tobillo o dedos)	2.90
29515	Aplicación de férula corta en pierna (de pantorrilla a pie)	2.90
Artroscopia		
29819	Artroscopia de hombro con extracción de cuerpo extraño	51.20
29820	Artroscopia de hombro con sinovectomía parcial	57.40
29821	Artroscopia de hombro con sinovectomía completa	62.20
29826	Artroscopia con descompresión de espacio subacromial con acromioplastia con o sin liberación coracoacromial	57.40
29834	Artroscopia de codo, con extracción de cuerpo extraño	51.20
29835	Artroscopia de codo con sinovectomía parcial	57.40
29836	Artroscopia de codo con sinovectomía completa	62.20
29843	Artroscopia de muñeca por infección, lavado y drenaje	35.50
29844	Artroscopia de muñeca con sinovectomía parcial	51.20
29845	Artroscopia de muñeca con sinovectomía completa	51.20
29861	Artroscopia de cadera con extracción de cuerpo extraño	51.20

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
29863	Artroscopia de cadera con sinovectomía	57.40
29871	Artroscopia de rodilla por infección, lavado y drenaje	35.50
29874	Artroscopia de rodilla para extracción de cuerpo extraño	35.50
29875	Artroscopia de rodilla con sinovectomía	61.50
29877	Artroscopia de rodilla para limpieza articular (condroplastia)	56.30
29880	Artroscopia de rodilla con menisectomía medial y lateral	67.90
29888	Reparación o reconstrucción artroscópica de ligamento cruzado anterior	83.70
29889	Reparación o reconstrucción artroscópica de ligamento cruzado posterior	75.30
29894	Artroscopia de tobillo con extracción de cuerpo extraño	26.30
29895	Artroscopia de tobillo con sinovectomía	43.00
Sistema respiratorio		
30000	Drenaje de absceso o hematoma nasal abordaje interno	8.30
30100	Biopsia intranasal	5.40
30130	Excisión de cornetes parcial o completa, cualquier método	17.40
30140	Resección submucosa de cornetes parcial o completa, cualquier método	17.40
30300	Extracción de cuerpo extraño intranasal (procedimiento en consultorio)	7.00
30420	Rinoseptumplastia	74.20
30460	Rinoplastia por deformidad nasal secundaria a labio y/o paladar hendido, incluyendo alargamiento de la columela	57.40
30520	Septoplastia o resección submucosa, con o sin marcación de cartílago modificación del contorno o reemplazo con injerto	45.80
30540	Corrección quirúrgica de atresia de coanas; por vía nasal	40.60
30545	Corrección de atresia de coana por vía transpalatina	44.70
30560	Lisis de sinequia intranasal	7.50
30801	Cauterización y/o ablación de mucosa o cornete, uni o bilateral, por cualquier método	7.50
30903	Control de hemorragia nasal anterior, (cauterización amplia y/o taponamiento mediante empaque)	7.50
30905	Control de hemorragia nasal posterior, con empaque postnasal y/o cauterización posterior, cualquier método	13.30
31020	Antrostomía intranasal de seno maxilar	14.30
31030	Antrostomía maxilar radical (sinusotomía maxilar, Caldwell-luc) sin extracción de pólipos	24.20
31032	Antrostomía maxilar radical (sinusotomía maxilar, caldwell-luc) con extracción de pólipos	31.10
31070	Antrostomía simple de seno frontal	38.60
31090	Antrostomía combinada de tres o más senos	49.50
31201	Etmoidectomía total intranasal	35.50
31205	Etmoidectomía total extranasal	34.80
31225	Maxilectomía, sin exenteración orbitaria	71.40
Endoscopia de senos nasales		
31237	Polipectomía, biopsia o debridación de senos nasales por endoscopia	31.10

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
31238	Control de epistaxis por endoscopia (por ej. ligadura de arterias etmoidales)	31.10
31254	Endoscopia nasal/sinusoidal, con etmoidectomía parcial (anterior)	37.90
31255	Endoscopia nasal/sinusoidal, con etmoidectomía total (anterior y posterior)	46.80
31256	Endoscopia nasal sinusoidal, con antrostomía maxilar	38.60
31276	Endoscopia nasal/sinusoidal, con exploración de seno frontal con o sin extirpación de tejido de seno frontal	49.50
31287	Endoscopia nasal/sinusoidal, con esfenoidectomía	49.50
31288	Endoscopia nasal/sinusoidal, con extracción de tejido de seno esfenoidal	49.50
31294	Endoscopia nasal/sinusoidal, con descompresión de nervio óptico	57.40
Laringe		
31300	Laringotomía (tirotomía); con extracción de tumor o laringoceles y cordectomía	46.40
31360	Laringectomía total sin disección radical del cuello	61.40
31365	Laringectomía total con disección radical de cuello	72.70
31367	Laringectomía subtotal supraglótica sin disección radical de cuello	61.40
31368	Laringectomía subtotal, supraglótica, con disección radical de cuello	72.70
31370	Laringectomía parcial horizontal (hemilaringectomía)	61.40
31390	Faringolaringectomía, con disección radical de cuello; sin reconstrucción	69.70
31395	Faringolaringectomía, con disección radical de cuello; con reconstrucción	72.70
31420	Epiglotidectomía	49.50
31500	Intubación endotraqueal, por emergencia	13.00
31502	Cambio de sonda de traqueotomía, previo establecimiento de vía fistular	7.50
Endoscopia de laringe		
31515	Laringoscopia directa con o sin traqueoscopia para aspiración	7.50
31526	Laringoscopia directa, diagnóstica con microscopio quirúrgico	8.50
31530	Extracción de cuerpo extraño por laringoscopia directa	22.20
31531	Extracción de cuerpo extraño por laringoscopia con microscopio quirúrgico	22.20
31535	Laringoscopia directa con biopsia	10.60
31536	Biopsia por laringoscopia con microscopio quirúrgico	12.60
31540	Excisión de tumor y/o disección de cuerdas vocales o epiglotitis por laringoscopia directa	33.80
31541	Excisión de tumor y/o disección de cuerdas vocales o epiglotitis por laringoscopia directa con microscopio quirúrgico	60.40
31560	Aritenoidectomía por laringoscopia directa	41.80
31561	Aritenoidectomía por laringoscopia con microscopio quirúrgico	41.80
31588	Laringoplastia	54.30
Faringe, adenoides y amígdalas		
42700	Incisión y drenaje de absceso; periamigdalino	18.80
42800	Biopsia de orofaringe	7.50
42804	Biopsia de nasofaringe, lesión visible	7.50
42808	Excisión o destrucción de lesión faríngea cualquier método	9.20
42809	Extracción de cuerpo extraño en faringe	7.50

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
42820	Adenoamigdalectomía en menores de 12 años	46.50
42821	Adenoamigdalectomía en mayores de 12 años	50.00
42825	Amigdalectomía, en menores de 12 años	42.40
42826	Amigdalectomía en mayores de 12 años	40.00
42830	Adenoidectomía primaria en menores de 12 años de Edad	37.30
42890	Faringectomía conservadora	60.40
42960	Control de hemorragia orofaríngea primaria o secundaria; simple (por ej. hemorragia postamigdalectomía)	29.40
Tráquea, bronquios, pulmones		
31600	Traqueostomía programada	28.30
31603	Traqueostomía de emergencia transtraqueal	28.30
31611	Fistulización traqueoesofágica e inserción subsecuente de una prótesis (Blom-Singer).	31.10
31622	Broncoscopia diagnóstica (flexible o rígida) con o sin cepillado y lavado	12.40
31625	Broncoscopia con biopsia	18.80
31628	Biopsia transbronquial de pulmón, con o sin fluoroscopio por Broncoscopia	16.60
31635	Broncoscopia para extracción de cuerpo extraño	16.60
31640	Excisión de tumor por Broncoscopia	48.50
31641	Destrucción de tumor o disminución de estenosis por cualquier método (por ej. láser) a través de Broncoscopia	34.60
31645	Broncoscopia inicial con aspiración terapéutica traqueobronquial (por ej. drenaje de absceso pulmonar)	16.60
31646	Broncoscopia subsecuente con aspiración terapéutica traqueobronquial	16.60
31750	Traqueoplastia cervical	77.50
31755	Fistulización traqueofaríngea	31.10
31785	Excisión de tumor traqueal o carcinoma cervical	77.50
31786	Excisión de tumor traqueal o carcinoma torácico	77.50
31820	Cierre quirúrgico de traqueostomía o fístula	38.60
32000	Toracocentesis (punción de la cavidad pleural para aspiración) inicial o subsecuente	12.00
32002	Toracocentesis con colocación de sonda, con o sin sello de agua (por ej. neumotórax)	16.60
32005	Pleurodesis química	13.20
32035	Toracotomía con resección de costilla por empiema	46.10
32095	Toracotomía limitada para biopsia de pulmón o pleura	41.00
32100	Toracotomía mayor con exploración y biopsia	41.00
32110	Toracotomía para control de hemorragia traumática y/o corrección de desgarro pulmonar	77.50
32141	Toracotomía con excisión de pliegues de bula, con o sin algún procedimiento pleural	77.50
32150	Extirpación de cuerpo extraño intrapleural o depósito de fibrina por toracotomía	77.50
32200	Neumostomía con drenaje de absceso o quiste	38.80
32220	Decorticación pulmonar total	74.40
32225	Decorticación pulmonar parcial	74.40
32310	Pleurectomía parietal	40.00

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
32320	Decorticación y pleurectomía parietal	74.40
32400	Biopsia percutánea de pleura	12.00
32405	Biopsia percutánea de pulmón o mediastino	12.00
32440	Neumonectomía total	175.50
32480	Lobectomía (un solo lóbulo)	80.60
32482	Bilobectomía (dos lóbulos pulmonares)	80.60
32484	Segmentectomía o extirpación de un segmento de pulmón	80.60
32500	Resección de pulmón en cuña única o múltiple	80.60
32650	Toracoscopia quirúrgica con pleurodesis por cualquier método	49.50
32905	Toracoplastia tipo Schede o extrapleural (todos los tiempos)	74.80
32906	Toracoplastia con cierre de fístula broncopleural	77.50
Sistema auditivo		
69020	Drenaje de absceso en conducto auditivo externo	7.80
69145	Excisión de lesión de tejido blando de conducto auditivo externo	7.80
69200	Extracción de cuerpo extraño en conducto auditivo externo sin anestesia general	7.80
69205	Extracción de cuerpo extraño en conducto auditivo externo con anestesia general	7.80
69210	Extracción de cerumen impactado, uni o bilateral	2.90
69320	Reconstrucción de conducto auditivo externo por atresia congénita	69.70
69420	Miringotomía, incluyendo aspiración y/o insuflación de conducto de Eustaquio	3.20
69421	Miringotomía, incluyendo aspiración y/o insuflación de conducto de Eustaquio con necesidad de anestesia general	20.00
69424	Retiro de tubos de ventilación, cuando originalmente fueron colocados por otro médico	5.90
69436	Timpanoplastia (con colocación de tubos de ventilación), bajo anestesia general	17.40
69440	Exploración de oído medio a través de incisión postauricular o por conducto auditivo	38.60
69501	Mastoidectomía simple	46.40
69502	Mastoidectomía completa	51.60
69511	Mastoidectomía radical	60.40
69620	Miringoplastia (membrana timpánica y región donante)	46.40
69631	Timpanoplastia sin mastoidectomía (incluye plastia de canal auditivo, aticotomía y/o cirugía de oído medio) inicial o subsecuente; sin reconstrucción de huesecillos	46.40
69632	Timpanoplastia con reconstrucción de huesecillos	58.70
69635	Timpanoplastia con antrostomía o mastoídotomía (incluyendo plastia de canal auditivo, aticotomía, cirugía de oído medio) sin reconstrucción de huesecillos	58.70
69636	Timpanoplastia con antrostomía (incluyendo plastia del canal auditivo, aticotomía, cirugía de oído medio) con reconstrucción de huesecillos	58.70
69641	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio y corrección de la membrana del tímpano) sin reconstrucción de huesecillos	58.70
69642	Timpanoplastia con mastoidectomía (incluyendo conductoplastia, cirugía del oído medio y corrección de la membrana del tímpano) con reconstrucción de huesecillos	58.70
69660	Estapedectomía con restablecimiento de continuidad de huesecillos propios del oído, con o sin uso de material extraño	63.20

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
69666	Corrección de fístula de ventana oval	38.60
69667	Corrección de fístula de ventana redonda	38.60
69676	Neurectomía timpánica	54.30
69720	Descompresión de nervio facial, intratemporal, lateral a ganglio geniculado	57.40
69725	Descompresión de nervio facial incluyendo medial a ganglio geniculado	57.40
69740	Sutura de nervio facial, intratemporal, con o sin injerto o descompresión; lateral a ganglio geniculado	69.70
69745	Sutura de nervio facial intratemporal con o sin injerto o descompresión incluyendo medial a ganglio geniculado	85.20
Oído interno		
69801	Laberintotomía con o sin criocirugía u otro procedimiento destructivo no excisional o perfusión con compuestos vestibuloactivos (una o varias perfusiones); transconducto	46.40
69805	Cirugía de saco endolinfático sin derivación	54.30
69806	Cirugía de saco endolinfático con derivación	54.30
69820	Fenestración de canal semicircular	46.40
69905	Laberintectomía transconducto	46.40
69910	Laberintectomía con mastoidectomía	46.40
69915	Sección de nervio vestibular por vía translaberíntica	79.20
69930	Colocación de aparato coclear con o sin mastoidectomía	54.30
69950	Sección de nervio vestibular por vía transcraneal	54.30
69955	Descompresión y/o reparación de nervio facial (incluye injerto)	54.30
69960	Descompresión de canal auditivo interno	54.30
69970	Excisión de tumor de hueso temporal	85.20
Pruebas de función audiológica		
92543	Prueba vestibular, con registro	1.30
92552	Audiometría de tonos puros (umbral); transmitidos por aire solamente	2.30
92553	Audiometría de tonos puros (umbral); transmitidos por aire y hueso	2.30
92557	Evaluación completa del umbral de audiometría y reconocimiento del habla	2.30
92560	Audiometría de Bekesy	2.50
92567	Timpanometría, prueba de impedancia	2.10
92575	Prueba de agudeza neurosensorial	4.50
92585	Potenciales evocados auditivos	5.80
Sistema cardiovascular		
33010	Pericardiocentesis inicial	33.10
33011	Pericardiocentesis subsecuente	33.10
33020	Pericardiotomía para extirpación de coágulo o cuerpo extraño	46.40
33025	Creación de una ventana pericárdica o resección parcial para drenaje	62.00
33031	Pericardiectomía con derivación cardiopulmonar	108.60
33050	Excisión de tumor o quiste pericárdico	108.60
33120	Excisión de tumor intracardiaco, resección con derivación cardiopulmonar	108.60

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
Marcapasos y desfibrilador		
33200	Inserción de marcapasos permanente con electrodo(s) epicárdicos por toracotomía	77.50
33206	Inserción o reemplazo de un marcapasos permanente con electrodo transvenoso auricular (únicameral)	58.00
33207	Inserción o reemplazo de un marcapasos ventricular permanente con electrodos transvenosos (únicameral)	57.70
33208	Inserción o reemplazo de un marcapasos permanente auricular y ventricular con electrodos transvenosos (bicameral)	102.10
33210	Inserción o reemplazo de electrodo cardiaco o catéter marcapaso transvenoso temporal de una sola cámara	17.10
33216	Inserción o reubicación de electrodo transvenoso permanente, posterior a 15 días de la inserción inicial (únicameral)	57.70
33236	Retiro de marcapaso permanente, epicárdico por toracotomía	46.40
33243	Retiro de los conductores (electrodos) del desfibrilador de cardioversión implantable; mediante toracotomía	77.50
Marcapasos y desfibrilador		
33244	Retiro de los conductores (electrodos) del desfibrilador de cardioversión implantable; mediante extracción transvenosa	102.10
33250	Cirugía para Wolff-Parkinson-White sin bypass (ablación de foco arrítmico)	92.20
33251	Cirugía para Wolff-Parkinson-White con bypass (ablación de foco arrítmico)	104.20
33300	Sutura de herida cardiaca sin derivación	108.50
33305	Sutura de herida cardiaca con derivación	108.50
33310	Cardiotomía exploradora sin derivación (incluye extracción de cuerpo extraño)	79.20
33315	Cardiotomía exploradora con bypass (incluye extirpación de cuerpo extraño)	130.40
33320	Sutura de aorta o grandes vasos sin bypass	85.40
33322	Sutura de aorta o grandes vasos con bypass	145.10
33330	Inserción de injerto, en aorta o grandes vasos sin cortocircuito o derivación cardiopulmonar	118.50
33335	Inserción de injerto, en aorta o grandes vasos con derivación cardiopulmonar	139.30
Válvulas cardiacas		
33400	Valvuloplastia abierta de válvula aórtica, con derivación cardiopulmonar	133.20
33405	Reemplazo de válvula aórtica con derivación cardiopulmonar, con prótesis valvular que no sea homoinjerto o expansor	119.90
33406	Reemplazo de válvula aórtica, con derivación cardiopulmonar, con prótesis valvular (homoinjerto valvular)	119.90
33411	Reemplazo de válvula aórtica	114.20
33415	Resección o insición de tejido subvalvular por estenosis aórtica subvalvular	112.50
33417	Aortoplastia por estenosis supravalvular	112.50
33420	Valvotomía de válvula mitral a corazón cerrado	90.00
33422	Valvotomía de válvula mitral a corazón abierto, con derivación cardiopulmonar	90.00
33425	Valvuloplastia, de válvula mitral, a corazón abierto con derivación cardiopulmonar	114.20
33426	Valvuloplastia de válvula mitral con derivación y anillo protésico	119.50

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
33430	Reemplazo de válvula mitral, con derivación cardiopulmonar	119.50
Válvula tricuspídea		
33460	Valvectomía, de válvula tricúspide, con derivación cardiopulmonar	90.00
33464	Valvuloplastia, válvula tricúspide, con inserción de anillo	114.20
33465	Reemplazo de válvula tricúspide, con derivación cardiopulmonar	114.20
Válvula pulmonar		
33470	Valvotomía de válvula pulmonar a corazón cerrado; transventricular	90.00
33471	Valvotomía de válvula pulmonar a corazón cerrado a través de arteria pulmonar	95.50
33472	Valvotomía de válvula pulmonar a corazón abierto con oclusión de flujo de entrada	95.50
33474	Valvotomía de válvula pulmonar con derivación cardiopulmonar	99.00
33475	Reemplazo de válvula pulmonar	103.10
33476	Resección ventricular derecha por estenosis infundibular, con o sin comisurotomía	103.10
Arterias coronarias		
33500	Corrección de fístula arteriovenosa coronaria; con derivación cardiopulmonar	112.30
33501	Corrección de fístula arteriovenosa coronaria sin derivación cardiopulmonar	100.70
33502	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante ligadura	100.70
33503	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante injerto, sin derivación cardiopulmonar	100.70
33504	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante injerto, con derivación cardiopulmonar	127.90
33505	Corrección de anomalías de la arteria coronaria con construcción de túnel arterial intrapulmonar (procedimiento Takeuchi)	136.90
33506	Corrección de anomalías de la arteria coronaria mediante traslocación desde la arteria pulmonar a la aorta	136.90
33510	Revascularización (bypass) coronaria, injerto venoso único	198.00
33517	Revascularización (bypass) coronaria, injerto combinado, único	198.20
33533	Revascularización (bypass) coronaria con injerto arterial único	198.20
Procedimiento postinfarto		
33542	Resección miocárdica (por ej. aneurisectomía ventricular)	110.50
33572	Endarterectomía coronaria abierta, cualquier método, realizada en conjunción con el procedimiento de injerto para derivación de arteria coronaria (revascularización o bypass); cada vaso	164.60
33600	Cierre de válvula auriculoventricular (mitral o tricuspídea) por sutura o parche	105.50
33602	Cierre de válvula semilunar (aórtica o pulmonar) por sutura o parche	105.50
33606	Anastomosis de arteria pulmonar a aorta (procedimiento de Damus-Kaye-Stansel)	154.90
33610	Corrección de anomalías cardíacas complejas (por ej. ventrículo único con obstrucción subaórtica)	154.90
33615	Corrección de atresia tricuspídea, por cierre de defecto septal auricular y anastomosis de la aurícula o vena cava a la arteria pulmonar (procedimiento Fontan)	154.90
33619	Corrección de ventrículo único con obstrucción aórtica e hipoplasia de arco aórtico (síndrome de corazón izq. hipoplásico), (por ej. procedimiento Norwood)	187.80

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
Defecto septal		
33641	Corrección de defecto de tabique auricular, con derivación cardiopulmonar, con o sin parche	186.80
33645	Cierre de seno venoso directo o con parche, con o sin drenaje anómalo de venas pulmonares	186.80
33647	Corrección de defecto septal auricular y defecto septal ventricular, con cierre directo o parche	186.80
33660	Corrección de canal auriculoventricular parcial o incompleto, con o sin corrección de válvula auriculoventricular	186.80
33681	Cierre de defecto del tabique ventricular, con o sin parche	131.50
33684	Cierre de defecto del tabique ventricular con valvulotomía pulmonar o resección infundibular	186.80
33692	Corrección completa de tetralogía de Fallot sin atresia pulmonar	186.80
33694	Corrección completa de tetralogía de Fallot con parche transanular	186.80
33697	Corrección completa de tetralogía de Fallot, con atresia pulmonar incluyendo la construcción de conducto desde el ventrículo derecho a la arteria pulmonar y cierre del defecto del tabique ventricular	186.80
Derivaciones		
33735	Septectomía o septostomía auricular; a corazón cerrado	99.00
33736	Septectomía o septostomía auricular a corazón abierto, con derivación cardiopulmonar	99.00
33737	Septectomía o septostomía auricular a corazón abierto, con oclusión de flujo de entrada	99.00
33750	Derivación de subclavia a arteria pulmonar	95.60
33755	Derivación de aorta ascendente a arteria pulmonar	95.60
33762	Derivación de aorta descendente a arteria pulmonar	95.60
33766	Derivación de vena cava superior a arteria pulmonar, para incrementar circulación hacia un pulmón	95.60
33767	Derivación de vena cava superior a arteria pulmonar, para incrementar circulación hacia ambos pulmones	129.80
33770	Corrección de la transposición de las grandes arterias con defecto del tabique ventricular y estenosis subpulmonar; sin agrandamiento quirúrgico del defecto de tabique ventricular	153.70
33774	Corrección de la transposición de las grandes arterias, procedimiento de contrapuerta auricular con derivación cardiopulmonar	129.80
Derivaciones		
33820	Corrección de persistencia de conducto arterioso, mediante ligadura	102.40
33840	Excisión de coartación de la aorta con o sin defecto de conducto arterioso asociado, con anastomosis	108.60
Venas y arterias		
33910	Embolectomía de arteria pulmonar; con derivación cardiopulmonar	108.60
33916	Endarterectomía pulmonar con o sin embolectomía, con derivación cardiopulmonar	108.60
33917	Corrección de estenosis de arteria pulmonar mediante reconstrucción por parche o injerto	92.90

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
34001	Embolectomía o trombectomía con o sin catéter carotídeo; de arteria innominada o subclavia mediante incisión en cuello	54.30
34051	Embolectomía o trombectomía de arteria innominada o subclavia, mediante incisión torácica	66.90
34201	Embolectomía o trombectomía con o sin catéter; de arteria femoropoplítea o aortoílica mediante incisión en pierna	54.30
34401	Trombectomía directa o con catéter de vena cava o ilíaca mediante incisión abdominal	54.30
34421	Trombectomía directa o con catéter de vena cava, vena ilíaca, vena femoropoplítea, mediante incisión en pierna	54.30
34451	Trombectomía, directa o con catéter vena cava, ilíaca, femoropoplítea, mediante incisión en pierna y abdominal	54.30
35001	Corrección directa de aneurisma, falso aneurisma o excisión (parcial o total), e inserción de injerto con o sin injerto de parche; por aneurisma y Enfermedad oclusiva asociada, de arteria carótida, arteria subclavia, mediante incisión en cuello	124.00
35002	Corrección directa mediante incisión de cuello por ruptura de aneurisma de arteria carótida, o de arteria subclavia	124.00
35082	Reparación por ruptura de aneurisma de aorta abdominal	107.20
35091	Corrección directa de aneurisma, falso aneurisma y Enfermedad oclusiva asociada, de aorta abdominal comprendiendo vasos viscerales (mesentérica, celíaca, renal)	155.00
35132	Reparación por ruptura de aneurisma de arteria ilíaca	108.50
35142	Reparación por ruptura de aneurisma o falso aneurisma de arteria femoral (profunda y superficial)	108.50
35152	Reparación por ruptura de aneurisma de arteria poplítea	108.50
35189	Corrección de fístula arterio-venosa adquirida o traumática en abdomen	92.90
35190	Corrección de fístula arterio-venosa adquirida o traumática en miembros pélvicos o torácicos	77.50
35301	Tromboendarterectomía en carótida o vertebral o subclavia, con o sin injerto con parche, mediante incisión en cuello	62.00
35321	Tromboendarterectomía en arteria axilarbraquial, con o sin injerto con parche	57.00
35331	Tromboendarterectomía en arteria aortaabdominal, con o sin injerto	78.30
35341	Tromboendarterectomía en arteria mesentérica, celíaca o renal; con o sin injerto	62.20
35351	Tromboendarterectomía en arteria ilíaca; con o sin injerto	62.20
35361	Tromboendarterectomía en arteria aorta ilíaca combinada, con o sin injerto	76.70
35372	Tromboendarterectomía en arteria de femoral profunda, con o sin injerto	62.20
35381	Tromboendarterectomía en arteria femoral y/o poplítea, y/o tibioperonea, con o sin injerto	64.20
Procedimientos vasculares		
36000	Introducción de catéter venoso	4.80
36010	Colocación de catéter en vena cava superior o inferior	19.60
36145	Introducción de catéter en cortocircuito venoso creado para diálisis (cánula, fístula o injerto)	23.80
36450	Exsanguineotransfusión, en Recién Nacido	22.10

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
36468	Escleroterapia, (una o varias inyecciones de soluciones esclerosantes) en extremidad o tronco	3.40
36488	Colocación de catéter venoso central (subclavia, yugular u otra vena) para presión venosa central, hiperalimentación hemodiálisis o quimioterapia; percutánea en menores de dos años de Edad	7.80
36490	Venodisección (colocación de catéter venoso central), en pacientes menores de 2 años	12.70
36491	Venodisección (colocación de catéter venoso central) en mayores de 2 años	12.70
36510	Onfaloclis	5.60
36530	Inserción de bomba de infusión implantable	19.60
36533	Inserción de una vía de acceso venosa con o sin reservorio subcutáneo (porto cath)	25.00
36821	Anastomosis arteriovenosa, directa	62.20
37140	Anastomosis venosa portocava, para descompresión portal	124.00
37145	Anastomosis venosa reniportal, para descompresión portal	108.50
37160	Anastomosis venosa cava-mesentérica, para descompresión portal	108.50
37195	Trombólisis cerebral, mediante infusión intravenosa	27.70
37205	Colocación transcatéter de dilatadores intravasculares vía percutánea (excepto coronario)	47.50
37207	Colocación transcatéter de dilatadores intravasculares por vía abierta (por ej. stent, filtros), (excepto coronario)	47.50
37565	Ligadura de vena yugular interna	46.40
37605	Ligadura de arteria carótida interna o primitiva	46.40
37607	Ligadura de angioacceso de fístula arteriovenosa	46.40
37617	Ligadura por ruptura postraumática de arteria grande del abdomen	62.20
37618	Ligadura por ruptura postraumática de arteria grande de miembro pélvico o torácico	62.20
37620	Interrupción, parcial o completa, de vena cava inferior; con sutura, ligadura o clip	62.20
37650	Ligadura de vena femoral	37.20
37660	Ligadura de ilíaca primitiva	37.20
37700	Ligadura y división de vena safena larga a nivel de la unión safenofemoral o interrupciones distales	37.20
37720	Safenectomía de la vena safena larga o corta	37.20
37730	Safenectomía de vena safena larga y corta	56.10
37735	Safenectomía con excisión radical de úlcera e injerto cutáneo y/o interrupción de venas comunicantes, con excisión de fascia	69.70
37760	Ligadura subfascial o radical de venas perforantes, con o sin injerto cutáneo	77.80
37785	Ligadura, división y/o excisión de venas varicosas, una pierna	37.20
38100	Esplenectomía total	62.20
38115	Esplenorrafia con o sin esplenectomía parcial	62.20
38230	Toma de médula ósea para trasplante	31.10
38240	Trasplante de médula ósea o de células germinales periféricas hemoderivadas; alogénico	31.10
38241	Trasplante de médula ósea autólogo	31.10

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
Mediastino		
39010	Mediastinotomía con exploración, drenaje, extracción de cuerpo extraño o biopsia, por vía torácica	77.50
39220	Excisión de tumor mediastinal	124.00
39400	Mediastinoscopia, con o sin biopsia	31.10
Diafragma		
39501	Sutura de laceración de diafragma	73.80
39502	Hernioplastia hiatal, por vía transabdominal, con o sin fundoplastia, vagotomía y/o piloroplastia, excepto neonatal (procedimiento antirreflujo)	63.20
39503	Reparación de hernia diafragmática, neonatal	79.00
39520	Plastia hiatal, por vía transtorácica	76.60
39530	Plastia hiatal por vía toracoabdominal	79.00
39540	Plastia de hernia diafragmática, traumática	79.00
39545	Plicatura de diafragma por eventración, vía transtorácica o transabdominal	76.60
Ganglios y vasos linfáticos		
38308	Linfangiotomía u otras cirugías de canales linfáticos	23.20
38500	Biopsia o excisión de ganglios linfáticos superficiales	15.50
38505	Biopsia con aguja, de ganglios linfáticos superficiales	10.90
38510	Biopsia o excisión de ganglios cervicales profundos	15.50
38525	Biopsia de ganglios axilares profundos	23.20
38720	Linfadenectomía cervical	38.60
38740	Linfadenectomía axilar superficial	38.60
38760	Linfadenectomía inguino femoral, incluyendo ganglio de Cloquet	38.60
38770	Linfadenectomía pélvica, incluyendo ganglios ilíacos externos, hipogástricos y obturadores	77.50
38790	Linfangiografía	15.50
Sistema digestivo		
40490	Biopsia de labio	2.90
40650	Queiloplastia, reparación de labio todo espesor de la mucosa (bermellón)	9.80
40700	Corrección plástica de labio hendido o deformidad nasal; primaria, parcial o completa (labio leporino)	43.00
40800	Drenaje de absceso, quiste o hematoma del vestíbulo de la boca	6.40
40808	Biopsia de vestíbulo de boca	2.90
40812	Excisión de lesión de mucosa y submucosa, del vestíbulo de la boca con reparación simple	5.90
40819	Excisión de frenillo, labial o bucal (frenumectomía, frenulectomía, frenectomía)	8.20
40820	Destrucción de lesión o cicatriz en vestíbulo bucal, mediante métodos físicos (láser, térmicos, criométodos, químicos)	3.20
40830	Sutura de laceración del vestíbulo de la boca	4.40
41130	Glosectomía-Hemiglosectomía	62.20
41252	Corrección de laceración de lengua y piso de la boca, mayor de 2.6 cm	15.50

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
42145	Uvulopalatofaringoplastia	38.70
42200	Palatoplastia para paladar hendido, de paladar blando y/o duro	41.80
42260	Corrección de fístula nasolabial	27.10
42300	Drenaje de absceso de parótida	7.70
42325	Fistulización de quiste salival sublingual (ránula)	10.70
42330	Sialolitotomía; submandibular (submaxilar), sublingual o de parótida, intraoral	10.70
42340	Sialolitotomía de parótida, por vía extraoral o intraoral complicada	32.50
42408	Excisión de quiste salival sublingual (ránula)	15.50
42410	Excisión de glándula o tumor de parótida; lóbulo lateral, sin disección del nervio	32.50
42420	Excisión total de parótida, con disección y preservación del nervio facial	55.00
42440	Excisión de glándula submaxilar	32.50
42660	Dilatación y cateterismo de conducto salival, con o sin inyección	6.60
43020	Esofagotomía, abordaje cervical, con extirpación de cuerpo extraño	23.20
43130	Diverticulectomía de hipofaringe, o esófago con o sin miotomía; por vía cervical	31.60
Endoscopia del esófago		
43200	Esofagoscopia diagnóstica, rígida o flexible, con o sin recolección de especímenes por cepillado o lavado	17.60
43202	Esofagoscopia con biopsia simple o múltiple	8.90
43204	Esofagoscopia con escleroterapia para várices esofágicas	20.10
43205	Esofagoscopia, con ligadura elastica de várices esofágicas	20.10
43215	Extracción de cuerpo extraño en esófago mediante esofagoscopia	14.40
43216	Extracción de tumor (s), pólipo (s), u otras lesiones de esófago mediante esofagoscopia, con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar	16.60
43217	Esofagoscopia con extracción de tumor (s), pólipo (s), u otras lesiones por técnica de "asa"	16.60
43227	Esofagoscopia con control de hemorragia, por cualquier método	23.20
43234	Gastrosocopia	16.60
43235	Panendoscopia diagnóstica	16.60
43239	Panendoscopia con biopsia única o múltiple	16.60
43243	Panendoscopia con escleroterapia para várices esofágicas y/o gástricas	23.20
43246	Panendoscopia con colocación dirigida de sonda percutánea de gastrostomía	23.20
43250	Panendoscopia con extracción de pólipos, tumores u otras lesiones con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar	23.20
43260	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), diagnóstica con o sin toma de muestra obtenida por cepillado o lavado	22.20
43261	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), con toma de biopsia única o múltiple	27.60
43262	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con esfinterotomía y papilotomía	30.00
43264	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con extracción de cálculos de vías biliares y/o pancreáticos	42.00

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
43268	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) con inserción endoscópica de tubo o dilatador (stent) en conducto biliar o pancreático	42.00
43280	Fundoplastia esofágica por laparoscopia (por ej. Nissen, Toupet)	76.50
Corrección de esófago		
43310	Esofagoplastia (corrección plástica o reconstrucción) por vía torácica; sin corrección de fístula traqueoesofágica	92.90
43312	Esofagoplastia (corrección plástica o reconstrucción) por vía torácica; con corrección de fístula traqueoesofágica	92.90
43324	Fundoplastia esofagogástrica (por ej. técnicas de Nissen, Belsey IV, Hill)	111.00
43330	Esofagomiotomía (tipo Heller) por vía abdominal	68.00
43331	Esofagomiotomía por vía torácica	68.00
43340	Esofagoyeyunostomía (sin Gastrectomía total); por vía abdominal	92.90
43350	Esofagostomía con fistulización externa de esófago; por vía abdominal	69.70
43351	Esofagostomía por vía torácica	69.70
43400	Ligadura directa de várices esofágicas	31.10
43405	Ligadura o engrapado de la unión gastroesofágica por perforación esofágica preexistente	77.50
43420	Cierre de esofagostomía o fístula; vía cervical	46.40
43425	Cierre de esofagostomía o fístula; vía torácica o abdominal	62.00
43450	Dilatación de esófago mediante sonda sin guía	11.10
43458	Dilatación de esófago con balón por acalasia (30 mm o más de diámetro)	11.10
Estómago		
43501	Gastrotomía con sutura de úlcera sangrante o laceración	77.50
43520	Piloromiotomía, (técnica de Fredet-Ramstedt)	51.70
43605	Biopsia de estómago por laparotomía	54.20
43610	Excisión local de úlcera o tumor benigno de estómago	46.40
43611	Excisión por tumor maligno de estómago	77.50
43620	Gastrectomía total con esofagoenterostomía	81.20
43621	Gastrectomía con reconstrucción tipo Y de Roux	92.90
43631	Gastrectomía parcial, distal; con gastroenteroanastomosis	91.90
43632	Gastrectomía parcial con gastroyeyunoanastomosis	89.90
43635	Vagotomía con gastrectomía parcial distal	81.20
43638	Gastrectomía parcial, proximal por vía torácica o abdominal incluyendo esofagogastrostomía, con vagotomía	92.90
43639	Gastrectomía parcial, proximal por vía torácica o abdominal, incluyendo esofagogastrostomía con piloroplastia o piloromiotomía	92.90
43640	Vagotomía incluyendo piloroplastia, con o sin gastrostomía	81.20
43750	Colocación percutánea de sonda de gastrostomía	24.30
43760	Cambio de sonda de gastrostomía	5.60
43800	Pilorooplastia	51.10
43810	Gastroduoanastomosis	62.20
43820	Gastroyeyunoanastomosis sin vagotomía	62.20

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
43825	Gastroyeyunoanastomosis con vagotomía, de cualquier tipo	92.90
43830	Gastrostomía temporal	46.40
43831	Gastrostomía neonatal para alimentación	62.20
43832	Gastrostomía permanente, con construcción de tubo gástrico	81.20
43840	Gastrorrafia, sutura de úlcera gástrica o duodenal perforada; por herida o lesión	58.10
43870	Cierre de gastrostomía	34.10
43880	Cierre de fístula gastrocólica	46.40
Intestinos		
44005	Enterólisis (liberación de adherencias intestinales)	62.20
44010	Duodenostomía para exploración, biopsia o remoción de cuerpo extraño	54.30
44050	Reducción de volvulus, intususcepción, hernia interna por laparotomía	54.30
44110	Excisión de una o más lesiones de intestino delgado o grueso, sin requerir anastomosis, exteriorización o fistulización	62.20
44120	Enterectomía, resección de intestino delgado; con anastomosis	64.90
44130	Enteroenteroanastomosis (separada de otro procedimiento)	58.10
44140	Colectomía parcial; con anastomosis	97.90
44143	Colectomía con colostomía y cierre del segmento distal (procedimiento tipo Hartmann)	65.20
44145	Colectomía con coloproctoanastomosis	92.90
44150	Colectomía total abdominal, sin proctomía con ileostomía o ilioproctostomía	86.10
44155	Colectomía total abdominal, con proctomía con ileostomía	92.90
44310	Ileostomía o yeyunostomía	62.20
44312	Revisión de ileostomía	19.60
44316	Ileostomía continente (creación de reservorio interno en ileón terminal)	92.90
44320	Colostomía o cecostomía	61.70
44340	Revisión de colostomía	19.60
Estómago		
43500	Gastrotomía con exploración o extracción de cuerpo extraño	46.40
43501	Gastrotomía con sutura de úlcera sangrante o laceración	77.50
43520	Piloromiotomía, (técnica de Fredet-Ramstedt)	51.70
43605	Biopsia de estómago por laparotomía	54.20
43610	Excisión local de úlcera o tumor benigno de estómago	46.40
43611	Excisión por tumor maligno de estómago	77.50
43620	Gastrectomía total con esofagoenterostomía	81.20
43621	Gastrectomía con reconstrucción tipo Y de Roux	92.90
43631	Gastrectomía parcial, distal; con gastroenteroanastomosis	91.90
43632	Gastrectomía parcial con gastroyeyunoanastomosis	89.90
43635	Vagotomía con gastrectomía parcial distal	81.20
43638	Gastrectomía parcial, proximal por vía torácica o abdominal incluyendo esofagogastrotomía, con vagotomía	92.90
43639	Gastrectomía parcial, proximal por vía torácica o abdominal, incluyendo esofagogastrotomía con piloroplastia o piloromiotomía	92.90

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
43640	Vagotomía incluyendo piloroplastia, con o sin gastrostomía	81.20
43750	Colocación percutánea de sonda de gastrostomía	24.30
43760	Cambio de sonda de gastrostomía	5.60
43800	Piloroplastia	51.10
43810	Gastroduoanastomosis	62.20
43820	Gastroyeyunoanastomosis sin vagotomía	62.20
43825	Gastroyeyunoanastomosis con vagotomía, de cualquier tipo	92.90
43830	Gastrostomía temporal	46.40
43831	Gastrostomía neonatal para alimentación	62.20
43832	Gastrostomía permanente, con construcción de tubo gástrico	81.20
43840	Gastrorrafia, sutura de úlcera gástrica o duodenal perforada; por herida o lesión	58.10
43870	Cierre de gastrostomía	34.10
43880	Cierre de fístula gastrocólica	46.40
Intestinos		
44005	Enterólisis (liberación de adherencias intestinales)	62.20
44010	Duodenostomía para exploración, biopsia o remoción de cuerpo extraño	54.30
44050	Reducción de volvulus, intususcepción, hernia interna por laparotomía	54.30
44110	Excisión de una o más lesiones de intestino delgado o grueso, sin requerir anastomosis, exteriorización o fistulización	62.20
44120	Enterectomía, resección de intestino delgado; con anastomosis	64.90
44130	Enteroenteroanastomosis (separada de otro procedimiento)	58.10
44140	Colectomía parcial; con anastomosis	97.90
44143	Colectomía con colostomía y cierre del segmento distal (procedimiento tipo Hartmann)	65.20
44145	Colectomía con coloproctoanastomosis	92.90
44150	Colectomía total abdominal, sin protectomía con ileostomía o ilioproctostomía	86.10
44155	Colectomía total abdominal, con protectomía con ileostomía	92.90
44310	Ileostomía o yeyunostomía	62.20
44312	Revisión de ileostomía	19.60
44316	Ileostomía continente (creación de reservorio interno en ileón terminal)	92.90
44320	Colostomía o cecostomía	61.70
44340	Revisión de colostomía	19.60
Endoscopia del intestino delgado y estómago		
44360	Endoscopia del intestino delgado, hasta la segunda porción de duodeno, no incluye ileón; con o sin toma de muestras mediante cepillado o lavado	16.60
44361	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileón) con biopsia única o múltiple	16.60
44363	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileón) con extracción de cuerpo extraño	16.60
44364	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileón) con extirpación de tumor(s), pólipo(s), u otras lesiones mediante técnica con asa	18.20
44366	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileón) con control de sangrado, mediante cualquier método	18.20

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
44372	Endoscopia del intestino delgado (excepto ileón) con colocación de tubo percutáneo de yeyunostomía	16.60
44376	Endoscopia de intestino delgado, de la segunda porción de duodeno, incluyendo ileón, con o sin toma de muestras mediante cepillado o lavado	16.60
44377	Endoscopia del intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción de duodeno, incluyendo ileón con biopsia única o múltiple	19.10
44500	Introducción de sonda gastrointestinal larga (ejemplo Miller-Abbott)	16.60
Intestino		
44602	Sutura de intestino delgado por úlcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura (enterorrafia)	68.60
44604	Sutura de intestino grueso por úlcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura; sin colostomía (colorrafia)	68.60
44605	Colorrafia con colostomía	61.20
44620	Cierre de enterostomía de intestino delgado o grueso	54.20
44625	Cierre de enterostomía con resección y anastomosis que no sea colorrectal	54.20
44626	Cierre de enterostomía con resección y anastomosis colorrectal (cirugía de Hartmann)	54.20
44640	Cierre de fístula cutáneointestinal	54.20
44650	Cierre de fístula enteroentérica o enterocólica	54.20
44660	Cierre de fístula enterovesical sin resección de intestino o vejiga	54.20
44661	Cierre de fístula enterovesical con resección de intestino y/o vejiga	92.90
44800	Resección de divertículo de Meckel (diverticulectomía) o del conducto onfalomesentérico	52.20
Apéndice		
44950	Apendicectomía	61.40
44960	Apendicectomía complicada por apéndice perforada, o peritonitis	61.40
44970	Apendicectomía por laparoscopia	61.40
Recto		
45000	Drenaje transrectal de absceso pélvico	23.60
45005	Incisión y drenaje de absceso de recto (submucoso)	23.60
45020	Incisión y drenaje de absceso profundo en supraelevador, pelvirrectal o retrorrectal	27.30
45100	Biopsia de pared anorectal. abordaje anal	10.70
45108	Miomectomía anorrectal	38.60
45110	Proctectomía completa, combinada abdominoperineal con colostomía	92.90
45111	Proctectomía con resección parcial de recto, abordaje transabdominal	92.90
45120	Proctectomía completa por megacolon congénito, abordajes abdominal y perineal con anastomosis (Sweson, Duhamel o Soave)	92.90
45130	Excisión de prolapso rectal, con anastomosis; por vía perineal	40.30
45170	Excisión de tumor rectal, por vía transanal	40.30
Endoscopia, proctosigmoidoscopia, sigmoidoscopia, colonoscopia		
45300	Proctosigmoidoscopia, rígida, con o sin toma de muestras mediante cepillado o lavado	11.10
45305	Proctosigmoidoscopia con biopsia, única o múltiple	11.10
45307	Proctosigmoidoscopia con extracción de cuerpo extraño	11.10

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
45308	Proctosigmoidoscopia con extracción de tumor único, pólipo u otra lesión con pinza de electrocoagulación o cauterio bipolar	11.10
45315	Proctosigmoidoscopia con extracción de tumores múltiples, pólipos u otras lesiones con pinza de biopsia de electrocoagulación, cauterio bipolar o técnica de asa	12.20
45330	Sigmoidoscopia, flexible; diagnóstica con o sin toma de muestra(s) mediante cepillado o lavado	11.10
45331	Sigmoidoscopia con biopsia única o múltiple	11.10
45332	Sigmoidoscopia con extracción de cuerpo extraño	11.10
45333	Sigmoidoscopia con extracción de tumor(s), pólipo(s) u otras lesiones, con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar	22.30
45378	Colonoscopia flexible, proximal al ángulo esplénico, con o sin toma de muestra mediante cepillado o lavado, con o sin descompresión del colon	19.30
45380	Colonoscopia con biopsia, única o múltiple	21.20
45382	Colonoscopia con control de sangrado, por cualquier método	21.20
45384	Colonoscopia con extracción de tumor(s), pólipo(s), u otra lesión, con pinza de biopsia de electrocoagulación o cauterio bipolar	23.30
45500	Proctoplastia por estenosis	37.90
45560	Reparación de rectocele	37.90
45800	Cierre de fístula rectovesical	60.60
45820	Cierre de fístula rectouretral	60.60
45900	Reducción de prolapso rectal (manipulación bajo anestesia)	37.90
Ano		
11770	Excisión de quiste pilonidal, simple	15.70
11771	Excisión de quiste pilonidal extenso	23.60
11772	Excisión de quiste pilonidal complicado	25.70
46040	Incisión y drenaje de absceso isquiorrectal y/o perirrectal	13.20
46050	Incisión y drenaje, de absceso perianal	6.10
46060	Incisión y drenaje de absceso isquiorrectal o intramural, con fistulectomía o fisulotomía submuscular	27.50
46200	Fisurectomía con o sin esfinterectomía	23.90
46210	Criptectomía	10.60
46220	Papilectomía o excisión de pólipo fibrocutáneo de ano	10.60
46221	Hemorroidectomía por ligadura simple	35.10
46250	Hemorroidectomía externa, excisión de múltiples apéndices y/o papilas hemorroidales externas	35.10
46255	Hemorroidectomía externa e interna	40.40
46257	Hemorroidectomía con fisurectomía	35.10
46258	Hemorroidectomía con fistulectomía, con o sin fisurectomía	39.10
46270	Tratamiento quirúrgico de fístula anal subcutánea (fistulectomía/fistulotomía)	35.10
46275	Tratamiento quirúrgico de fístula anal, submuscular	35.10
46320	Excisión de hemorroide externa trombótica	35.10
46700	Anoplastia	92.90

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
46715	Corrección de ano imperforado bajo; con fístula ano perineal	92.90
46730	Corrección de ano imperforado alto; sin fístula, abordaje perineal o sacroperineal	92.90
46750	Esfinteroplastia anal, por incontinencia o prolapso del adulto	92.90
46900	Destrucción química de lesión(es), de ano (por ej. condilomas, papilomas, etc.)	5.90
46910	Destrucción de lesión(es) de ano por electrodeshidratación (por ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética)	5.90
46916	Destrucción de lesión(es) de ano por criocirugía (por ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética)	5.80
46917	Destrucción de lesión(es) de ano por cirugía láser (por ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética)	13.10
46922	Destrucción de lesión(es) de ano por excisión (por ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética)	13.10
46934	Destrucción de hemorroides internas, cualquier método	25.10
46935	Destrucción de hemorroides externas, cualquier método	25.10
46936	Destrucción de hemorroides internas y externas, cualquier método	25.10
46937	Criocirugía de tumor rectal benigno	28.80
46938	Criocirugía de tumor rectal maligno	28.80
46947	Hemorroidopexia con grapa	31.10
Hígado		
47000	Biopsia de hígado con aguja percutánea	10.20
47010	Hepatotomía para drenaje de absceso o quiste, uno o dos tiempos	49.70
47015	Absceso hepático tratado por laparotomía	49.70
47100	Biopsia hepática excisión en cuña	51.70
47120	Hepatectomía; lobectomía parcial	91.20
47125	Lobectomía izquierda de hígado	122.50
47130	Lobectomía derecha de hígado	122.50
47300	Marsupialización de quiste o absceso de hígado	39.20
Vías biliares		
47556	Endoscopia de tracto biliar con dilatación de estenosis y colocación de stent	24.00
47562	Colecistectomía por laparoscopia	83.84
47564	Colecistectomía con exploración de vías biliares por laparoscopia	73.04
47600	Colecistectomía	71.40
47605	Colecistectomía con colangiografía	61.80
47610	Colecistectomía con exploración de vías biliares	73.00
47701	Portoenterostomía (por ej. procedimiento de Kasai)	66.20
47715	Excisión de quiste del colédoco	49.70
47720	Colecistoenteroanastomosis	64.54
47760	Derivaciones biliointestinales	51.60
47800	Reconstrucción de vías biliares extrahepáticas con anastomosis término terminal	54.40
Páncreas		
48000	Colocación de drenajes, peripancreáticos por pancreatitis aguda	23.20

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
48001	Colocación de drenajes, peripancreáticos con colecistostomía, gastrostomía y yeyunostomía por pancreatitis aguda	92.50
48005	Resección o desbridamiento de páncreas y tejidos peripancreáticos por pancreatitis necrosante aguda	77.50
48100	Biopsia abierta de páncreas	47.30
48120	Excisión de lesión de páncreas (por ej. quiste, adenoma)	53.60
48140	Pancreatectomía distal, subtotal con o sin esplenectomía, sin pancreatoyeyunostomía	85.20
48150	Pancreatectomía proximal subtotal con duodenectomía total, gastrectomía parcial, coledocoenterostomía y gastroyeyunoanastomosis (procedimiento tipo whipple) con pancreatoyeyunoanastomosis	118.40
48152	Pancreatectomía proximal sin pancreatoyeyunoanastomosis	118.40
48153	Pancreatectomía proximal subtotal con duodenectomía, coledocoenteroanastomosis y duodenoyeyunoanastomosis (procedimiento tipo Whipple con conservación del píloro) con pancreatoyeyunoanastomosis	118.40
48155	Pancreatectomía total	118.40
48510	Drenaje de pseudoquiste de páncreas	43.20
Abdomen (peritoneo)		
49010	Exploración retroperitoneal, con o si toma de biopsia	38.00
49020	Drenaje de absceso peritoneal o peritonitis localizada, excepto absceso apendicular	34.30
49040	Drenaje de absceso subfrénico o subdiafragmatico	40.20
49080	Peritoneocentesis, paracentesis abdominal o lavado peritoneal diagnóstico o terapéutico	46.40
49200	Excisión o destrucción por cualquier método de tumoraciones, quistes o endometriomas intraabdominal o retroperitoneal	41.80
49320	Laparoscopia diagnóstica	27.32
49420	Colocación de cánula o catéter intraperitoneal para drenaje o diálisis temporal	11.60
49421	Colocación de cánula intraperitoneal para diálisis permanente	11.60
Reparación de hernias		
49495	Hernioplastia inguinal inicial (reductible), en menores de 6 meses, con o sin hidrocelectomía	46.40
49496	Hernioplastia inguinal inicial (estrangulada) en menores de 6 meses, con o sin hidrocelectomía	46.40
49500	Hernioplastia inguinal inicial (reductible), en niños de 6 meses a 5 años de Edad, con o sin hidrocelectomía	46.40
49501	Hernioplastia inguinal inicial (encarcelada), en niños de 6 meses a 5 años de Edad, con o sin hidrocelectomía	46.40
49505	Hernioplastia inguinal inicial (reductible) inicial en mayores de 5 años de Edad	46.40
49507	Hernioplastia inguinal inicial (estrangulada) en mayores de 5 años de Edad	51.00
49520	Hernioplastia de hernia inguinal recurrente reductible en cualquier Edad	46.40
49550	Hernioplastia femoral inicial (reductible), en cualquier Edad	45.30
49560	Hernioplastia incisional o ventral inicial (reductible)	52.10
49580	Hernioplastia umbilical (reductible) en menores de 5 años	45.30
49582	Hernioplastia umbilical (estrangulada) en menores de 5 años	46.40

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
49585	Hernioplastia umbilical (reductible) en mayores de 5 años	49.80
49587	Hernioplastia umbilical (estrangulada) en mayores de 5 años	49.80
Correcciones		
49600	Corrección de onfalocele pequeño con cierre primario	42.30
49605	Corrección de gastrosquisis u onfalocele grande; con o sin prótesis	64.30
49650	Hernioplastia inguinal por laparoscopia	46.44
49900	Sutura secundaria de pared abdominal por evisceración o dehiscencia	29.00
Sistema urinario		
50020	Drenaje de absceso perirrenal o renal a cielo abierto	39.60
50040	Nefrostomía, nefrotomía con drenaje	49.60
50060	Nefrolitotomía; extracción de cálculos	60.60
50080	Nefrolitotomía o pielolitotomía (litotripsia) transendoscópica con o sin dilatación, con colocación de catéteres dilatadores o extracción con canastilla para cálculos hasta de 2 cm	67.60
50130	Pielotomía con extracción de cálculo	46.20
50200	Biopsia renal percutánea con trocar o aguja	18.80
50205	Biopsia renal abierta	32.40
50220	Nefrectomía, con ureterectomía parcial, cualquier abordaje incluyendo resección de costilla	66.50
50230	Nefrectomía radical, con linfadenectomía regional y/o trombectomía de vena cava	100.70
50234	Nefrectomía con ureterectomía total y manguito vesical a través de la misma incisión	80.80
50240	Nefrectomía parcial	80.80
50300	Nefrectomía de donador cadáver, con preparación y mantenimiento de aloinjerto, unilateral o bilateral	92.30
50320	Nefrectomía de donador vivo	107.20
50365	Implante de riñón con nefrectomía del receptor	294.10
50390	Aspiración y/o inyección de quiste renal o punción de pelvis	7.60
50395	Dilatación piélica y/o ureteral por vía percutánea, para establecer trayecto de nefrostomía	13.60
50405	Pieloplastia complicada (anomalía congénita, calicoplastia), con o sin ureteroplastia, nefropexia, nefrostomía, pielostomía	87.40
50520	Cierre de fístula nefrocútea o pielocútea	46.40
50540	Tratamiento para riñón en herradura, con o sin pieloplastia y/u otro procedimiento plástico, unilateral o bilateral	66.50
50590	Litotripsia extracorpórea (onda de choque)	4.00
Uréter		
50600	Ureterotomía con exploración o drenaje	62.70
50610	Ureterolitotomía en tercio superior de uréter	66.00
50620	Ureterolitotomía en tercio medio de uréter	61.90
50630	Ureterolitotomía en tercio inferior de uréter	55.70
50700	Ureteroplastia	69.70
50760	Ureteroureteroanastomosis	76.70

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
50800	Ureteroenteroanastomosis (anastomosis del uréter al intestino)	74.20
50840	Reemplazo total o parte del uretero por intestino, incluye la anastomosis intestinal	97.30
50920	Cierre de fístula ureterocutánea	40.20
50930	Cierre de fístula ureterovisceral (incluye la reparación de la viscera)	46.40
50970	Endoscopia ureteral a través de ureterostomía con o sin irrigación, instilación o uretropielografía	10.90
50976	Endoscopia ureteral a través de ureterostomía con fulguración y/o incisión, con o sin biopsia	10.60
Vejiga		
51020	Cistostomía con fulguración y/o inserción de material radiactivo	38.70
51040	Cistostomía con drenaje	38.70
51050	Cistolitotomía, cistostomía con extracción de cálculos, sin resección de cuello vesical	44.10
51060	Ureterolitotomía transvesical	52.70
51500	Excisión de quiste o seno uracal con o sin corrección de hernia umbilical	53.30
51525	Cistotomía para excisión de divertículo vesical, único o múltiple	51.20
51530	Cistotomía para excisión de tumor de vejiga	51.20
51535	Cistotomía para excisión, incisión o reparación de ureterocele	49.50
51550	Cistectomía parcial	44.10
51570	Cistectomía total	77.50
51580	Cistectomía completa con ureterosigmoidostomía o trasplantes ureterocutáneos	117.90
51590	Cistectomía completa, con conducto ureteroileal o de vejiga a sigmoides, incluye anastomosis intestinal	117.90
51800	Cistoplastia o cistouretroplastia	77.40
51820	Cistouretroplastia con ureteroneocistostomía uni o bilateral	99.70
51840	Vesicouretopexia anterior o uretopexia simple (tipo Marshall-Marchetti-Krantz)	46.40
51845	Suspensión abdomino-vaginal de cuello vesical con o sin control endoscópico (por ej. Stamey, Raz, Pereyra modificado)	46.40
51880	Cierre de cistostomía	21.40
51900	Cierre de fístula vesicovaginal, por vía abdominal	46.40
51920	Cierre de fístula vesicouterina	46.40
51940	Tratamiento para extrofia de vejiga	77.40
51960	Enterocistoplastia, incluyendo anastomosis de intestino	99.70
Endoscopia de vejiga		
52000	Cistouretroscopia (sin otro procedimiento)	7.20
52204	Cistouretroscopia con biopsia	11.50
52234	Cistouretroscopia con fulguración (incluye criocirugía o cirugía con láser) y/o resección de tumores de vejiga de .5 a 2 cm	22.00
52235	Cistouretroscopia con fulguración y/o resección de tumores de vejiga de 2 a 5 cm	29.80
52250	Cistouretroscopia con inserción de sustancia radiactiva, con o sin biopsia o fulguración	16.00
52270	Cistouretroscopia, con uretrotomía interna en mujer	37.20
52275	Cistouretroscopia, con uretrotomía interna en hombre	34.50

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
52290	Cistouretroscopia, con meatotomía, uni o bilateral	19.10
52300	Cistouretroscopia con resección o fulguración de ureterocele(s), uni o bilateral	32.50
52310	Cistouretroscopia, con extracción de cuerpo extraño, cálculos, o remoción de catéter dilatador ureteral desde la urétra o vejiga (sin otro procedimiento)	21.00
52320	Cistouretroscopia; con extracción de cálculo ureteral (incluye la cateterización ureteral)	30.20
52325	Cistouretroscopia con fragmentación de cálculo ureteral (litotripsia transendoscópica)	60.50
52332	Cistouretroscopia con inserción de un catéter ureteral (por ej. Gibbons o tipo doble "j")	23.90
52353	Cistouretroscopia, con ureteroscopia y/o pieloscopia con litotripsia (incluye cateterización ureteral)	52.60
52400	Cistouretroscopia con incisión, fulguración, o resección de valvulas uretrales posteriores congénitas o pliegues mucosos hipertróficos obstructivos congénitos	52.60
52450	Incisión transuretral de próstata	35.80
52500	Resección transuretral de cuello vesical	48.80
52601	Resección electroquirúrgica transuretral de la próstata, incluyendo control de sangrado postoperatorio, completa (incluye vasectomía, meatotomía, cistouretroscopia, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna)	63.50
52612	Resección transuretral de próstata	63.10
52620	Resección transuretral de tejido residual obstructivo después de 90 días de la intervención quirúrgica	51.40
Uretra		
53000	Uretrotomía o uretrostomía externa	16.50
53020	Meatotomía, corte de meato sin otro procedimiento; excepto lactante	7.60
53025	Meatotomía sin otro procedimiento; en lactante	15.70
53040	Drenaje de absceso periuretral	18.60
53200	Biopsia de uretra	7.60
53250	Resección de glándula de cowper	14.80
53260	Resección o fulguración de pólipo(s) uretrales, uretra distal	7.60
53270	Resección o fulguración de glándula de Skene	7.60
53430	Reconstrucción de uretra femenina	39.10
53440	Corrección quirúrgica de incontinencia urinaria masculina con o sin colocación de prótesis	72.40
53450	Uretromeatoplastia	36.30
53502	Uretrorrafia, sutura de herida uretral femenina	39.10
53505	Uretrorrafia, sutura de herida uretral peneana	39.10
53600	Dilatación de estenosis inicial de uretra mediante sonda o dilatador; en hombre	7.50
53601	Dilatación de estenosis subsecuente de uretra, mediante sonda o dilatador; en hombre	7.50
53665	Dilatación de uretra femenina con anestesia general o bloqueo	8.60
Sistema genital masculino		
54056	Destrucción de lesiones en pene (por ej. condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética) por medio de criocirugía	7.50
54057	Destrucción de lesiones en pene con cirugía láser	7.50
54125	Amputación completa de pene	42.60

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
54161	Circuncisión con dispositivo o con corte dorsal (excepto en Recién Nacido)	23.20
54220	Irrigación de cuerpo cavernoso por priapismo	7.50
54304	Cirugía plástica del pene para corrección de encordamiento o para primer estadio de corrección de hipospadias con o sin trasplante de prepucio y/o colgajos cutáneos	49.90
54308	Uretroplastia para el segundo tiempo de corrección de hipospadias (incluyendo derivación urinaria)	27.90
54380	Corrección de epispadias distales al esfínter externo	39.10
54400	Colocación de prótesis peneana (no inflable)	40.40
54401	Colocación de prótesis peneana (inflable)	53.30
54430	Cortocircuito de cuerpos cavernosos con cuerpo esponjoso (cirugía para priapismo), unilateral o bilateral	37.20
Testículo		
54500	Biopsia de testículo; con aguja	5.80
54505	Biopsia incisional de testículo	8.10
54520	Orquiectomía, con o sin prótesis testicular, por vía escrotal o inguinal	28.90
54530	Orquiectomía radical, por tumor, vía inguinal	47.00
54535	Orquiectomía radical por tumor con exploración abdominal	47.00
54600	Reducción de torsión testicular, con o sin fijación de testículo contralateral	34.10
54640	Orquidopexia por vía inguinal, con o sin hernioplastia	47.40
54650	Orquidopexia por vía abdominal, para testículos intraabdominales	43.40
54660	Inserción de prótesis testicular	30.10
Epidídimo		
54700	Incisión y drenaje de epidídimo, testículo y bolsa escrotal (por ej. absceso o hematoma)	19.10
54800	Biopsia de epidídimo; con aguja	7.80
54820	Exploración de epidídimo, con o sin biopsia	13.30
54830	Excisión de lesión local de epidídimo	21.70
54840	Excisión de espermatocelo, con o sin epididimectomía	32.40
54860	Epididimectomía unilateral	31.80
54861	Epididimectomía bilateral	48.40
Túnica vaginal de testículo		
55000	Punción aspirativa de hidrocele	14.70
55040	Excisión de hidrocele unilateral	20.50
55041	Excisión de hidrocele bilateral	26.40
55060	Corrección de hidrocele de túnica vaginalis (tipo Bottle)	20.50
Escroto		
55100	Drenaje de absceso en escroto	12.10
55150	Resección de escroto	18.60
55175	Escrotoplastia	26.40
Cordón espermático		
55500	Excisión de hidrocele de cordón espermático, unilateral	20.50
55530	Excisión de varicocele o ligadura de venas espermáticas debido a varicocele	32.30

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
Próstata		
55700	Biopsia de próstata con aguja o en sacabocado (una sola o varias)	10.90
55705	Biopsia incisional de próstata por cualquier abordaje	10.90
55720	Drenaje de absceso prostático	13.90
55815	Prostatectomía perineal radical con linfadenectomía pélvica bilateral, incluyendo ganglios linfáticos ilíacos externos, hipogástrico y obturadores	63.10
55821	Prostatectomía radical suprapúbica, uno o dos estadios (incluye control de sangrado postoperatorio, vasectomía, meatotomía, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna)	63.10
55840	Prostatectomía radical retropúbica, con o sin conservación del nervio	63.10
55842	Prostatectomía radical retropúbica con toma de biopsia de nódulo linfático (linfadenectomía pélvica limitada)	69.30
55845	Prostatectomía radical retropúbica con linfadenectomía pélvica bilateral, incluyendo ganglios ilíacos externos, hipogástricos y obturadores	88.00
Sistema genital femenino		
56405	Incisión y drenaje de absceso vulvar o perineal	8.30
56420	Incisión y drenaje de absceso de glándula de Bartholin	6.60
56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholin	14.60
56605	Biopsia de vulva o perine	2.90
56620	Vulvectomía parcial	24.70
56625	Vulvectomía completa	24.80
56631	Vulvectomía radical (parcial) con linfadenectomía inguinofemoral unilateral	49.50
56632	Vulvectomía radical (parcial) con linfadenectomía inguinofemoral bilateral	81.60
56633	Vulvectomía radical completa	60.20
56634	Vulvectomía radical completa con linfadenectomía inguinofemoral unilateral	75.10
56637	Vulvectomía radical completa con linfadenectomía inguinofemoral bilateral	81.60
56640	Vulvectomía radical completa con linfadenectomía inguinofemoral, ilíaca y pélvica	88.20
56740	Excisión de quiste o de glándula de Bartholin	14.60
56810	Perineoplastia (no obstétrico)	31.00
Vagina		
57000	Colpotomía con exploración	11.10
57010	Colpotomía con drenaje de absceso pélvico	11.10
57000	Colpotomía con exploración	11.10
57010	Colpotomía con drenaje de absceso pélvico	11.10
57020	Colpocentesis	5.90
57061	Destrucción de lesión vaginal simple, por cualquier método	6.60
57065	Destrucción de lesiones vaginales extensas, por cualquier método	6.60
57100	Biopsia de mucosa vaginal simple	5.90
57105	Biopsia vaginal amplia que requiera sutura (incluyendo quistes)	7.30
57110	Vaginectomía con extirpación completa de la pared vaginal	43.50
57120	Colpocleisis (tipo Le- Fort)	22.00
57135	Excisión de quiste o tumor vaginal	22.00

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
57200	Colporrafia por lesión vaginal no obstétrica	22.00
57210	Nolpoperineorrafia por lesión no obstétrica	54.20
57230	Corrección de uretrocele	54.20
57240	Colporrafia anterior, reparación de cistocele con o sin reparación de uretrocele	51.10
57250	Colporrafia posterior, reparación de rectocele con o sin perineorrafia	46.40
57260	Colporrafia anteroposterior (combinada)	50.00
57265	Colporrafia anteroposterior con reparación de enterocele	46.40
57268	Corrección de enterocele, por vía vaginal	38.50
57270	Corrección de enterocele, por vía abdominal	38.50
57280	Colpopexia, por vía abdominal	19.30
57282	Fijación de ligamento sacroespinoso, por prolapso vaginal	19.30
57288	Tratamiento quirúrgico para incontinencia de esfuerzo (técnica de cabestrillo)	46.40
57289	Procedimiento de Pereyra, incluyendo colporrafia anterior	46.40
57292	Formación artificial de vagina con injerto	103.40
57300	Cierre de fístula recto-vaginal por vía vaginal o transanal	44.00
57305	Cierre de fístula recto-vaginal por vía abdominal	53.90
57307	Cierre de fístula recto-vaginal por vía abdominal con colostomía concomitante	61.30
57310	Cierre de fístula uretrovaginal	46.40
57320	Cierre de fístula vesico-vaginal, por vía vaginal	46.40
57330	Cierre de fístula vesico-vaginal por vía transvesical y vaginal	46.40
57452	Colposcopia	2.90
57454	Colposcopia con biospia y/o legrado del cérvix	2.90
Cuello del útero		
57500	Biopsia de cérvix única o múltiple; o excisión de lesión local; con o sin fulguración	5.50
57505	Legrado endocervical	5.50
57510	Cauterización de cérvix (electro o térmica)	5.50
57511	Criocauterización del cérvix (inicial o subsecuente)	5.50
57513	Ablación con láser del cérvix	5.90
57520	Conización de cérvix con o sin fulguración, con o sin dilatación o curetaje, con o sin reparación por cualquier método	13.30
57530	Cervicectomía (amputación del cérvix)	18.60
57540	Excisión de muñón cervical vía abdominal	18.60
57545	Excisión de muñón cervical vía abdominal con reparación de piso pélvico	33.00
Cuerpo del útero		
58100	Biopsia de endometrio y/o endocervical, sin dilatación cervical, mediante cualquier método	6.60
58120	Dilatación y legrado diagnósticos y/o terapéuticos (no obstétricos)	13.30
58140	Miomectomía única o múltiple, por vía abdominal	43.20
58145	Miomectomía, única o múltiple, por vía vaginal	37.20
58150	Histerectomía total abdominal con o sin salpingo-ooforectomía	79.20

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
58152	Histerectomía total abdominal con colpouretrocistopexia (tipo Marshall Marchetti-Krantz, Burch)	79.20
58200	Histerectomía total abdominal, incluyendo vaginectomía parcial, con toma de muestra de ganglios linfáticos para-aórticos y pélvicos, con o sin salpingo-ooforectomía	84.80
58210	Histerectomía radical abdominal, con linfadenectomía pélvica total bilateral y toma de muestra de ganglios linfáticos para-aórticos (biopsia) con o sin salpingo-ooforectomía	100.00
58240	Evisceración pélvica por malignidad ginecológica, con histerectomía abdominal total o Cervicectomía, con o sin salpingectomía, con o sin ooforectomía, con extirpación de vejiga y trasplantes de ureteres y/o resección abdomino perineal de recto y colon	134.10
58260	Histerectomía vaginal	72.60
58262	Histerectomía vaginal con salpingectomía y/u ooforectomía	72.60
58263	Histerectomía vaginal con salpingectomía y/u ooforectomía con reparación de enterocele	75.00
58267	Histerectomía vaginal con colpouretrocistopexia (tipo Marschall Marchetti- Krantz, Pereyra), con o sin control endoscópico	75.00
58275	Histerectomía vaginal con colpectomía total o parcial	73.80
58285	Histerectomía vaginal radical (operación tipo Schauta)	84.80
58353	Ablación endometrial, térmica	32.40
58400	Histeropexia (suspensión uterina, con o sin acortamiento de ligamentos redondos o sacrouterinos)	54.20
58410	Histeropexia con Simpatectomía presacral	52.00
58551	Miomectoma por laparoscopia (uno o varios)	62.80
58558	Histeroscopia con toma de biopsia de endometrio y/o polipectomía	27.80
58561	Histeroscopia con resección de leiomioma	19.40
58700	Salpingectomía parcial o completa, unilateral o bilateral	50.00
58720	Salpingooforectomía parcial o completa, unilateral o bilateral	56.60
58800	Drenaje de quiste de ovario, unilateral o bilateral, por vía vaginal	19.30
58805	Drenaje de quiste de ovario por vía abdominal, unilateral o bilateral	24.70
58820	Drenaje de absceso de ovario por vía vaginal	24.70
58822	Drenaje de absceso de ovario por vía abdominal	24.70
58900	Biopsia de ovario, unilateral o bilateral	19.30
58920	Resección en cuña o bisección de ovario, unilateral o bilateral	55.00
58925	Resección de quiste de ovario, unilateral o bilateral	52.50
58940	Ooforectomía parcial o total, unilateral o bilateral	55.00
58943	Ooforectomía por malignidad ovárica, con biopsia de nódulos linfáticos para-aórticos y pélvicos con lavado peritoneal, biopsia peritoneal, con o sin salpingectomía, con o sin omentectomía	76.50
58950	Resección de malignidad ovárica, tubaria o peritoenal, con salpingo-ooforectomía bilateral y omentectomía	60.00
58951	Resección de malignidad ovárica, tubaria o peritoneal, con histerectomía total abdominal, con linfadenectomía pélvica y para-aórtica limitada	100.00
58960	Laparotomía para clasificación o reclasificación de la etapa del cáncer, (laparotomía de "segunda mirada" o second look), con o sin omentectomía, lavado peritoneal, biopsia de peritoneo abdominal y pélvico, inspección diafragmática con linfadenectomía pel	63.50

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
Atención prenatal y cesárea		
59100	Histerotomía abdominal (por ej. por mola hidatiforme y aborto)	66.00
59120	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico, con salpingectomía y/u ooforectomía por vía abdominal o vaginal	62.20
59121	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico sin salpingectomía y/u ooforectomía	46.40
59150	Embarazo ectópico resuelto por laparoscopia sin salpingectomía y/u ooforectomía	46.40
59151	Embarazo ectópico resuelto por laparoscopia con salpingectomía y/u ooforectomía	52.50
59160	Legrado postparto	22.00
59350	Histerorrafia, por ruptura uterina	46.40
59410	Parto vaginal, con o sin episiotomía y/o aplicación de forceps. (incluye atención postparto)	31.60
59514	Parto por cesárea	54.20
59870	Evacuación uterina y legrado por mola hidatiforme	22.00
Mama		
19000	Punción y aspiración de quiste mamario	7.20
19001	Punción aspirativa de cada quiste adicional de mama	1.00
19020	Mastotomía con exploración o drenaje de absceso profundo	12.00
19100	Biopsia de mama, con aguja trocar	7.20
19101	Biopsia de mama, incisional	9.40
19110	Exploración de pezón con o sin excisión de conducto lactífero solitario o papiloma de conducto lactífero	13.40
19112	Excisión de fístula de conducto lactífero	13.40
19120	Excisión de quiste, fibroadenoma u otro tumor benigno o maligno, tejido mamario aberrante, lesión de conducto, lesión de pezón o de la areola, en hombre o mujer una o más lesiones	29.60
19125	Excisión de lesión mamaria, identificada mediante colocación preoperatoria de marcador radiológico (esterotaxia)	28.30
19126	Excisión de cada lesión mamaria adicional, identificadas por marcadores radiológicos	10.70
19140	Mastectomía por Ginecomastia (hombres)	39.20
19160	Mastectomía parcial	42.50
19162	Mastectomía parcial con linfadenectomía axilar	69.70
19180	Mastectomía simple, completa	57.40
19182	Mastectomía subcutánea	57.40
19200	Mastectomía radical, incluyendo músculos pectorales y ganglios linfáticos axilares	110.81
19220	Mastectomía radical, incluyendo músculos pectorales y ganglios linfáticos axilares y mamaros internos	106.70
19240	Mastectomía radical modificada, con linfadenectomía axilar, con o sin músculo pectoral menor	100.70
19271	Excisión de tumor de pared torácica, que compromete costillas, con reconstrucción plástica sin Linfadenectomía mediastinal	106.70
19272	Excisión de tumor de pared torácica, que compromete costillas con reconstrucción plástica y con Linfadenectomía mediastinal	118.40

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
19340	Inserción inmediata de prótesis de mama, posterior a la mastopexia, mastectomía o cirugía reconstructiva	43.00
19342	Inserción diferida de prótesis de mama, posterior a la mastopexia, mastectomía o cirugía reconstructiva	43.00
19350	Reconstrucción de areola/pezón	28.30
19357	Reconstrucción de mama, directa o diferida con expansor tisular, incluye expansión subsecuente	91.20
19367	Reconstrucción de mama con colgajo miocutáneo transversal del recto del abdomen, incluyendo cierre de zona donante	99.60
Sistema endocrino		
60000	Incisión y drenaje de quiste tirogloso infectado	3.90
60100	Biopsia de tiroides percutánea	8.90
60200	Excisión de quiste o adenoma de tiroides o transección del istmo	46.40
60210	Lobectomía tiroidea parcial, unilateral; con o sin istmosectomía	46.40
60220	Lobectomía tiroidea total unilateral; con o sin istmosectomía	55.70
60225	Lobectomía tiroidea total con lobectomía subtotal contralateral incluyendo istmosectomía	63.10
60240	Tiroidectomía total o completa	77.40
60252	Tiroidectomía total o subtotal por malignidad con disección conservadora del cuello	80.80
60254	Tiroidectomía total o subtotal por malignidad con disección radical de cuello	96.10
60270	Tiroidectomía incluyendo glándula tiroidea subesternal; por vía transtorácica o esternotomía	71.60
60280	Excisión de quiste de conducto tirogloso	46.50
60500	Paratiroidectomía, o exploración de paratiroides	57.00
60520	Timectomía, parcial o total vía cervical	77.40
60522	Timectomía con esternotomía o vía transtorácica con disección mediastínica radical	90.00
60540	Adrenalectomía parcial o completa, o exploración de glándula adrenal con o sin biopsia, transabdominal, lumbar o dorsal	90.00
60545	Adrenalectomía parcial o completa con excisión de tumor retroperitoneal adyacente	90.00
60600	Excisión de tumor del cuerpo carotídeo, sin excisión de arteria carótida	77.50
60605	Excisión de tumor de cuerpo carotídeo, con excisión de arteria carótida	96.20
Sistema nervioso		
61108	Trépano helicoidal para evacuación y/o drenaje de hematoma subdural	116.40
61140	Trépano con biopsia de cerebro o de lesión intracraneana	62.00
61151	Trépano con punción evacuadora por absceso o quiste intracraneal	116.40
61154	Trépano con evacuación y/o drenaje de hematoma, extradural o subdural	133.20
61304	Craneotomía exploradora supratentorial	116.40
61305	Craneotomía exploradora infratentorial (fosa posterior)	124.00
61312	Craneotomía, para drenaje de hematoma supratentorial; extradural o subdural	116.40
61313	Craneotomía para drenaje de hematoma intracerebral	124.00
61314	Craneotomía para evacuación de hematoma infratentorial; extradural o subdural	117.40
61315	Craneotomía para evacuación de hematoma intracerebelar	137.70

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
61320	Craneotomía, para drenaje de absceso intracraneal supratentorial	88.00
61321	Craneotomía, para drenaje de absceso intracraneal, infratentorial	99.80
61332	Exploración de órbita (vía transcraneal); con biopsia	126.30
61333	Exploración de órbita por vía transcraneal con extirpación de lesión	116.30
61334	Exploración de órbita por vía transcraneal con extracción de cuerpo extraño	116.30
61343	Craneotomía, suboccipital con laminectomía cervical para descompresión del bulbo y médula espinal, con o sin injerto dural (por ej. malformación de Arnold-Chiari)	129.80
61450	Craneotomía subtemporal por sección, compresión o descompresión de raíz sensorial o ganglio de Gasser	116.20
61458	Craniectomía suboccipital; para exploración o descompresión de nervios craneales	125.00
61460	Craneotomía suboccipital para sección de uno o más nervios craneales	116.20
61470	Craneotomía suboccipital para cordectomía medular	116.20
61480	Craneotomía suboccipital para cordectomía mesencefálica o pedunculotomía	116.20
61490	Craneotomía para lobotomía, incluyendo singulotomía	174.10
61500	Craneotomía, con excisión de tumor u otra lesión ósea de cráneo	155.00
61510	Craneotomía para excisión de tumor cerebral, supratentorial (excepto meningioma)	155.00
61512	Craneotomía para excisión de meningioma supratentorial	155.00
61514	Craneotomía para excisión de absceso cerebral, supratentorial	155.00
61516	Craneotomía para excisión de quiste supratentorial	155.00
61518	Craneotomía para excisión de tumor cerebral, infratentorial o de fosa posterior (excepto meningioma, tumor cerebelopontino o tumor de la base del cráneo)	155.00
61519	Craneotomía para excisión de meningioma, infratentorial o de fosa posterior	155.00
61520	Craneotomía para excisión de tumor del ángulo pontocerebeloso	155.00
61521	Craneotomía para excisión de tumor de la línea media de la base del cráneo	182.50
61522	Craneotomía infratentorial o de fosa posterior para excisión de absceso cerebral	125.30
61524	Craneotomía infratentorial o de fosa posterior para excisión de quiste	125.30
61534	Craneotomía para excisión de foco epileptógeno sin electrocorticografía durante la cirugía	115.60
61545	Craneotomía para excisión de craneofaringioma	155.00
61546	Craneotomía para hipofisectomía o excisión de tumor hipofisiario, abordaje intracraneal	155.00
61548	Hipofisectomía o excisión de tumor de hipófisis vía transnasal o trans-septal no esterotáxico	125.00
61550	Craneotomía para craneoestenosis (una sutura craneal)	73.40
61558	Craneotomía amplia por craneosinostosis de varias suturas craneales (por ej. cráneo en trébol) que no requiera injertos óseos	85.20
61564	Excisión intra y extracraneal de tumor benigno de hueso del cráneo con descompresión del nervio óptico	155.00
61571	Craneotomía con tratamiento de herida penetrante de cerebro	140.20
61618	Reparación secundaria de fístula en duramadre (fosa anterior, media o posterior), con injerto libre	66.90
61624	Oclusión o embolización, transcatéter percutáneo, cualquier método, sistema nervioso central (por ej. como terapia endovascular para destrucción de un tumor, obtener hemostasia, ocluir una malformación vascular)	85.40

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
61680	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; supratentorial	145.10
61684	Cirugía de malformación arteriovenosa infratentorial	163.20
61690	Cirugía de malformación arteriovenosa dural	160.00
61700	Cirugía de aneurisma intracraneal, por vía intracraneal; circulación carotídea	133.60
61702	Cirugía de aneurisma de la circulación vertebrobasilar	121.20
61705	Cirugía de aneurisma, malformación vascular o fístula carotídeo-cavernoso; mediante oclusión cervical e intracraneal de arteria carótida	131.90
61710	Cirugía para aneurisma, malformación vascular o fístula carótida cavernosa mediante embolización intra-arterial, procedimiento por inyección o catéter con balón	126.00
61711	Anastomosis, de arterias intracraneales y extracraneales (por ej. cerebral media/cortical)	99.00
61790	Creación de lesión por método estereotáxico percutáneo con agente neurolítico de ganglio de Gasser	65.20
61850	Colocación de electrodos neuroestimuladores; en región subcortical a través de trépano	56.10
61860	Colocación de electrodos neuroestimuladores; en región cortical a través de trépano	56.10
61880	Revisión o remoción de electrodos neuroestimuladores intracraneales	49.50
62100	Craneotomía para reparación de fístula (escape dural de LCR) incluyendo cirugía para rinorrea/otorrea	100.40
62120	Corrección de encefalocele en bóveda craneana, incluyendo craneoplastia	139.50
62121	Craneotomía para corrección de encefalocele de base de cráneo	139.50
62143	Craneoplastia con remplazo de colgajo óseo o placa de cráneo	68.40
62180	Ventriculocisternostomía (tipo Torkildsen)	64.30
62190	Creación de derivación; subaracnoidea/subduralatrial, yugularauricular	93.00
62192	Creación de derivación subaracnoidea/subduralperitoneal, pleural, otras terminaciones	93.00
62200	Ventriculocisternostomía, tercer ventrículo	69.70
62220	Derivación ventriculoatrial, yugularauricular	79.00
62223	Derivación ventriculoperitoneal pleural, otras terminaciones	82.00
62230	Reemplazo o revisión de derivación de líquido cefaloraquídeo por obstrucción valvular, o de catéter distal en derivación sistémica	43.40
62256	Retiro completo de sistema de derivación de líquido cefaloraquídeo; sin reemplazo	43.40
62258	Retiro completo del sistema de derivación de LCR con reemplazo por una derivación similar, u otra derivación en la misma cirugía	48.60
62270	Punción lumbar, diagnóstica	12.00
62350	Colocación o revisión de catéter intratecal o epidural, para reservorio implantable o bomba de infusión	38.90
63001	Laminectomía en columna cervical con exploración y/o descompresión de médula, sin facetectomía, foraminotomía o discoidectomía (por ej. estenosis espinal), uno o dos segmentos vertebrales	105.90
63003	Laminectomía en columna torácica con exploración y/o descompresión de médula uno o dos segmentos vertebrales	100.70
63005	Laminectomía en columna lumbar con exploración y/o descompresión de médula uno o dos segmentos vertebrales, excepto para espondilolistesis	99.00

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
63012	Laminectomía con remoción de facetas anormales y/o partes interarticulares con descompresión de cola de caballo y raíces nerviosas por espondilolistesis lumbar (procedimiento tipo Gill)	100.70
63020	Laminotomía (hemilaminectomía) en columna cervical, con descompresión de raíces nerviosas, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o excisión de hernia de disco intervertebral; un interespacio	100.70
63030	Laminotomía (hemilaminectomía) en columna lumbar, con descompresión de raíces nerviosas, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o excisión de hernia de disco intervertebral; un interespacio	100.70
63045	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía en columna cervical (unilateral o bilateral) con descompresión médula y/o raíces nerviosas (por ej. estenosis de canal medular); un solo segmento vertebral	115.80
63046	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía en columna torácica (uni o bilateral) con descompresión de médula y/o raíces nerviosas; un solo segmento vertebral	100.70
63047	Laminectomía, facetectomía y foraminotomía en columna lumbar (unilateral o bilateral) con descompresión médula y/o raíces nerviosas, (por ej. estenosis de canal medular); un solo segmento vertebral	119.80
63081	Corpectomía vertebral parcial o completa vía anterior, con descompresión de cordón medular y/o raíces nerviosas; a nivel cervical; un solo segmento	127.00
63085	Corpectomía vertebral parcial o completa, vía transtorácica con descompresión de médula espinal y/o raíces nerviosas a nivel torácico; un solo segmento	127.00
63087	Corpectomía vertebral, parcial o completa, vía combinada toraco lumbar con descompresión de médula espinal, de cola de caballo o de raíces nerviosas a nivel torácico inferior o lumbar; un solo segmento	127.00
63185	Laminectomía con rizotomía (uno o más segmentos)	100.70
63194	Laminectomía en columna cervical con cordotomía, con sección de un haz espinotalámico	105.60
63195	Laminectomía en columna torácica con cordotomía	106.40
63265	Laminectomía para evacuación o excisión de lesión medular que no sea neoplásica, extradural; en región de columna cervical	112.10
63266	Laminectomía para evacuación o excisión de lesión medular que no sea neoplásica, extradural; en región de columna torácica	112.10
63267	Laminectomía para evacuación o excisión de lesión medular que no sea neoplásica, extradural; en región de columna lumbar	112.10
63275	Laminectomía para biopsia o excisión de neoplasia intraespinal; extradural, a nivel cervical	112.10
63276	Laminectomía para biopsia o excisión de neoplasia intraespinal; extradural, a nivel torácico	112.10
63277	Laminectomía para biopsia o excisión de neoplasia intraespinal extradural, lumbar	112.10
63300	Corpectomía vertebral cervical, parcial o completa, para excisión de lesión intramedular; extradural; un solo segmento	141.90
63301	Corpectomía vertebral parcial o completa para excisión de lesión intramedular; extradural torácica, por vía transtorácica	141.90
63302	Corpectomía vertebral parcial o completa para excisión de lesión intramedular; extradural torácica, por vía toracolumbar; un solo segmento	144.30

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
63303	Corpectomía vertebral, parcial o completa, para excisión de lesión infraespinal; extradural, lumbar o sacra por vía transperitoneal o retroperitoneal; un solo segmento	143.40
63600	Lisis de nervios espinales por método estereotáxico percutáneo, cualquier modalidad	73.00
63655	Laminectomía para implante de electrodo neuroestimulador; epidural	100.70
63700	Corrección de meningocele, menor a 5.0 cm de diámetro	100.70
63704	Corrección de mielomeningocele	98.60
63707	Corrección de escape de LCR dural (reparación de saco dural), sin laminectomía	73.00
63709	Corrección de escape de LCR dural o de pseudomeningocele, con laminectomía	100.70
Nervios somáticos		
64400	Bloqueo de nervio trigémino cualquier división o rama	9.60
64402	Bloqueo de nervio facial	6.70
64408	Bloqueo de nervio vago	6.70
64413	Bloqueo de plexo cervical	6.70
64415	Bloqueo de plexo braquial	6.70
64420	Bloqueo de nervio intercostal (uno solo)	6.70
64445	Bloqueo de nervio ciático	6.70
64475	Bloqueo de nervio paravertebral de la faceta articular a nivel lumbar o sacro; un solo nivel	7.70
64510	Bloqueo de ganglio estelar (simpático cervical)	6.70
64600	Destrucción por agente neurolítico, del nervio trigémino ramas supraorbital, infraorbital, mentoniana o alveolar inferior	9.60
64605	Destrucción por agente neurolítico, del nervio trigémino segunda y tercera ramas a nivel de foramen oval	14.20
64610	Destrucción por agente neurolítico, del nervio trigémino segunda y tercera ramas a nivel de foramen oval bajo monitoreo radiológico	17.30
64613	Destrucción por agente neurolítico de placa neuromuscular de músculos cervicales (por ej. tortícolis espasmótica)	9.50
64622	Destrucción por agente neurolítico de nervio de faceta articular paravertebral a nivel lumbar o sacro; un solo nivel	7.90
64721	Neuroplastia y/o transposición de nervio mediano a nivel del túnel carpal	31.60
Transección o avulsión de nervios		
64732	Transección o avulsión de nervio supraorbital	24.50
64734	Transección o avulsión de nervio infraorbital	24.50
64742	Transección o avulsión de nervio facial	36.70
64752	Transección de nervio vago (vagotomía), transtorácica	50.90
64755	Vagotomía proximal selectiva, vagotomía gástrica proximal, vagotomía de células parietales, vagotomía supra o altamente selectiva	79.60
64760	Vagotomía de vago abdominal	11.30
64774	Excisión de neuroma (nervio somático) en nervio cutáneo identificable quirúrgicamente	14.10
64776	Excisión de neuroma en nervio digital, uno o ambos del mismo dedo	14.50
64782	Excisión de neuroma de mano o pie, excepto nervio digital	22.10
64786	Excisión de neuroma de nervio ciático	16.30

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
64788	Excisión de neurofibroma, de nervio cutáneo	22.50
64792	Excisión amplia de neurofibroma o neurolemoma (incluyendo de tipo maligno)	79.20
64795	Biopsia de nervio	7.60
64802	Simpatectomía cervical	50.90
64804	Simpatectomía cervicotorácica	69.80
64809	Simpatectomía toracolumbar	69.80
64818	Simpatectomía lumbar	53.30
Neurorrafias		
64831	Neurorrafia de nervio digital, mano o pie	12.20
64835	Neurorrafia de nervio tenar motor mediano (mano o pie)	25.40
64836	Neurorrafia de nervio cubital motor (mano o pie)	30.60
64840	Neurorrafia de nervio tibial posterior	31.90
64856	Neurorrafia de nervio periférico mayor, de brazo o pierna, excepto ciático; incluyendo transposición	35.90
64857	Neurorrafia de nervio periférico mayor de brazo o pierna, excepto ciático; sin transposición	30.60
64858	Neurorrafia de nervio ciático	52.00
64861	Neurorrafia del plexo braquial	49.00
64862	Neurorrafia de plexo lumbar	49.60
64864	Neurorrafia de nervio facial	45.80
64885	Injerto de nervios de cabeza o cuello (incluye obtención del injerto); hasta de 4 cm de longitud	86.60
64886	Injerto de nervio de cabeza o cuello (incluye obtención del injerto) de más de 4 cm de longitud	93.20
64890	Injerto de nervio de mano o pie (incluye obtención del injerto), hasta de 4.0 cm de longitud	66.60
64892	Injerto de nervio de brazo o pierna (incluye obtención del injerto), hasta de 4.0 cm de longitud	66.60
Procedimientos de neurologías y neuromusculares		
95925	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos o sitios cutáneos o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central en los miembros torácicos	4.60
95926	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos o sitios cutáneos o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central en los miembros pélvicos	4.60
95927	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera de los nervios periféricos o sitios cutáneos o todos ellos, registro desde el sistema nervioso central en tronco y cabeza	4.60
95961	Mapeo cortical y subcortical funcional	6.30
Globo ocular		
65091	Evisceración del ojo sin implante	27.50
65093	Evisceración del ojo con implante	28.30
65101	Enucleación del ojo sin implante	37.20

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
65103	Enucleación del ojo con implante, sin músculos unidos al implante	39.30
65105	Enucleación del ojo con implante, con músculos unidos al implante	43.20
65110	Excenteración de la órbita (no incluye injerto)	55.00
65130	Inserción de implante ocular, después de la evisceración, envuelto por la esclerótica	19.60
65205	Extracción de cuerpo extraño, superficial; en conjuntiva	2.30
65210	Extracción de cuerpo extraño, subconjuntival o en esclera	7.90
65222	Extracción de cuerpo extraño en córnea usando lámpara de hendidura	3.90
65235	Extracción de cuerpo extraño intraocular localizado en cámara anterior o cristalino	36.50
65260	Extracción de cuerpo extraño en segmento posterior	39.30
65270	Reparación de laceración en conjuntiva con o sin laceración de esclera	8.00
65272	Reparación de conjuntiva por laceración sin Hospitalización	8.00
65275	Reparación de laceración de córnea sin perforación con o sin extracción de cuerpo extraño	13.30
65280	Corrección de laceración de córnea y/o esclera perforada sin involucrar tejido uveal	34.50
65290	Sutura de herida en músculo extraocular, tendón y/o cápsula de Tenon	10.20
Segmento anterior - córnea		
65400	Excisión de lesión en córnea, excepto pterigión	12.30
65410	Biopsia de córnea	12.30
65420	Excisión de pterigión, sin injerto	14.70
65426	Excisión de pterigión con injerto	29.40
65450	Destrucción de lesión en córnea por crioterapia, fotocoagulación o termocauterización	10.20
65710	Queratoplastia (transplante corneal)	86.10
65730	Queratoplastia penetrante (excepto en afaquia)	85.20
65750	Queratoplastia penetrante en afaquia (transplante de córnea)	85.20
65760	Queratomileusis	59.90
65765	Queratofaquia	50.50
65767	Epiqueratofaquia	47.70
65771	Queratotomía radiada	33.90
Cámara anterior		
65820	Goniotomía	23.20
65855	Trabeculoplastia por láser una o más sesiones	23.40
65860	Lisis de adherencias en segmento anterior; por técnica de láser	19.30
65865	Lisis de adherencias en segmento anterior; por técnica incisional (con o sin inyección de aire o líquido); goniosinequias	17.90
65870	Lisis de sinequia anterior, excepto goniosinequias	17.30
65875	Lisis de sinequia posterior	21.50
65880	Lisis de adherencias corneovítreas	19.70
66130	Excisión de lesión en esclerótica	19.70
66155	Fistulización de esclerótica por glaucoma, con termocauterización con iridectomía	19.60
66170	Trabeculectomía ab externo en ausencia de cirugía previa	40.30

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
66172	Trabeculectomía ab externo con tejido cicatrizal originado por cirugía ocular previa o trauma	40.30
Iris y cuerpo ciliar		
66500	Iridotomía, incisión mediante instrumento cortante	18.20
66600	Iridectomía con sección corneoescleral o corneal, para remoción de lesión	21.50
66625	Iridectomía periférica por glaucoma	16.80
66680	Reparación de iris y cuerpo ciliar	21.50
66761	Iridotomía/iridectomía por cirugía con láser (para glaucoma); una o más sesiones	24.30
66762	Iridoplastia por fotocoagulación una o más sesiones	23.10
Cristalino		
66983	Extracción de catarata intracapsular con implante de lente intraocular	44.10
66984	Extracción de catarata extracapsular con colocación de lente intraocular, técnica manual o mecánica (con irrigación o aspiración, o facoemulsificación)	67.80
Vítreo		
67005	Extirpación de vítreo por vía anterior (técnica abierta o incisión del limbo); remoción parcial	48.70
67010	Remoción subtotal de vítreo con vitrectomía mecánica	54.10
67031	Sección de adherencias de vítreo, láminas, membranas u opacidades por cirugía con láser (una o más sesiones)	49.90
67039	Vitrectomía, con fotocoagulación focal endoláser	67.60
Retina		
67101	Tratamiento para desprendimiento de retina, con crioterapia o diatermia con o sin drenaje de fluido subretinal, una o más sesiones	25.20
67105	Tratamiento para desprendimiento de retina con fotocoagulación, con o sin drenaje de fluido subretinal; una o más sesiones	43.20
67108	Tratamiento para desprendimiento de retina con vitrectomía, cualquier método con o sin taponamiento con aire o gas expansivo, fotocoagulación con endoláser focal, crioterapia, fotocoagulación y drenaje de fluido subretinal	71.10
67110	Tratamiento para desprendimiento de retina con inyección de aire u otro gas (por ej. retinopexia neumática)	42.30
67141	Tratamiento profiláctico de desprendimiento de retina (por ej. rotura de retina o por proceso degenerativo) sin drenaje, una o más sesiones; mediante crioterapia o diatermia	31.30
67145	Profilaxis de desprendimiento de retina por fotocoagulación (láser o xenón), una o más sesiones	22.30
Otros procedimientos de segmento anterior		
67208	Destrucción de lesiones localizadas en retina (por ej. edema macular, tumores) con crioterapia o diatermia; una o más sesiones	39.50
67210	Destrucción de lesión localizada en retina con fotocoagulación, una o más sesiones	18.50
67228	Tratamiento para retinopatía proliferativa (por ej. retinopatía diabética), una o más sesiones de fotocoagulación láser o xenón	10.10
Músculos extraoculares		
67311	Cirugía de estrabismo con resección de un músculo horizontal	39.30
67312	Cirugía de estrabismo con resección de dos músculos horizontales	46.40

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
67314	Cirugía de estrabismo con resección de un músculo vertical (excepto oblicuo superior)	39.30
67316	Cirugía de estrabismo con resección de dos o más músculos verticales (excepto oblicuo superior)	45.60
67318	Cirugía de estrabismo con resección de músculo oblicuo superior	47.10
67400	Orbitotomía sin colgajo óseo (abordaje frontal o transconjuntival) para exploración, con o sin biopsia	35.30
67405	Orbitotomía sin colgajo óseo con drenaje solamente	48.40
67412	Orbitotomía con extirpación de lesión	51.80
67414	Orbitotomía con extirpación de hueso para descompresión	51.80
67420	Orbitotomía con colgajo óseo o ventana, por vía lateral, con extirpación de lesión	47.10
67445	Orbitotomía, abordaje lateral, con extirpación de hueso para descompresión	47.10
67570	Descompresión de nervio óptico (por ej. incisión de la vaina del nervio)	47.10
Párpados		
67700	Blefarotomía por drenaje de absceso de párpado	13.60
67715	Cantotomía	2.60
67800	Excisión de chalazión	4.90
67810	Biopsia de párpados	4.60
67820	Corrección de triquiasis, mediante pinzas	3.30
67840	Excisión de lesión de párpado (excepto chalazión) con o sin sutura	9.00
67901	Corrección de blefaroptosis (ptosis palpebral)	25.40
67914	Corrección de ectropión mediante sutura	17.30
67916	Corrección de ectropión con blefaroplastia, con excisión de cuña tarsiana	19.50
67921	Corrección de entropión mediante sutura	18.50
67923	Corrección de entropión con blefaroplastia, con excisión de cuña tarsiana	24.80
67924	Blefaroplastia amplia para corrección de entropión	32.30
67930	Sutura de herida reciente en párpado, que involucre borde del párpado, tarso y/o conjuntiva palpebral, de espesor parcial	20.10
67950	Cantoplastia	11.10
67961	Excisión y reparación de párpado, involucrando borde del párpado, tarso, conjuntiva, canto o todo su espesor. incluye preparación para injerto cutáneo o colgajo pediculado con transferencia de tejido adyacente hasta un cuarto del borde del párpado	27.50
67966	Excisión y reparación de párpado, involucrando borde del párpado, tarso, conjuntiva, canto o todo su espesor. incluye preparación para injerto cutáneo o colgajo pediculado con transferencia de tejido adyacente de más de un cuarto del borde del párpado	31.40
68100	Biopsia de conjuntiva	7.70
68110	Excisión de lesión en conjuntiva, hasta 1 cm	7.70
68115	Excisión de lesión de conjuntiva de más de 1 cm	12.20
68320	Conjuntivoplastia, con injerto conjuntival	19.60
68326	Conjuntivoplastia, con reconstrucción de fondo de saco, con injerto conjuntival	24.40

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
Sistema lagrimal		
68400	Incisión para drenaje de glándula lagrimal	6.40
68420	Incisión para drenaje de saco lagrimal (dacriocistotomía)	4.60
68500	Excisión de glándula lagrimal (dacrioadenectomía); excepto por tumor	29.80
68510	Biopsia de glándula lagrimal	8.00
68520	Excisión de saco lagrimal (dacriocistectomía)	24.20
68525	Biopsia de saco lagrimal	10.20
68540	Excisión de tumor de glándula lagrimal	24.20
68720	Dacriocistorrinostomía (fistulización de saco lagrimal a cavidad nasal)	34.50
68745	Conjuntivorinostomía (fistulización de conjuntiva a cavidad nasal); sin tubo	33.00
68750	Conjuntivorinostomía con tubo o catéter dilatador	25.20
68760	Cierre de punto lagrimal por termocauterización, ligadura o cirugía con láser	4.60
68770	Cierre de fístula lagrimal	5.60
68801	Dilatación de punto lagrimal con o sin irrigación	2.80
68810	Sondeo de conducto nasolagrimal, con o sin irrigación	4.40
Procedimientos diagnósticos		
85095	Aspirado de médula ósea	8.50
85102	Biopsia de médula ósea con aguja o trocar	10.90
90935	Hemodiálisis, procedimiento con evaluación médica	4.00
91000	Intubación esofágica y obtención de material, por lavado para citología, incluye la preparación de muestras	11.10
91010	Manometría del esófago y/o de unión gastroesofágica	5.00
91011	Manometría esofágica, con estimulante de mecolilo o semejante	5.50
91012	Manometría esofágica, con prueba de perfusión acida (Bernstein)	5.50
91020	Manometría gástrica	5.50
91032	Prueba de reflujo acido en esófago, con electrodo de ph intraluminal	5.50
91033	Prueba de reflujo acidoprolongada en esófago, con electrodo de ph intraluminal	5.50
91052	Prueba de análisis gástrico, con estimulante de la secreción gástrica (por ej. histamina, insulina, pentagastrina, calcio y secretina)	8.10
91065	Prueba de hidrógeno en aliento (por ej. para la detección de deficiencia de lactasa)	5.50
91122	Manometría anorrectal	0.60
92081	Examen de campo visual uni o bilateral, con interpretación e informe, examen limitado (por ej. pantallatangente, Octopus 3 o 7 o equivalente)	2.20
92082	Examen intermedio (por ej. por lo menos dos isópteros en el perímetro Goldmann, prueba de diagnóstico automático supraumbral de Humphrey)	2.20
92083	Examen extendido de campos visuales uni o bilateral	2.80
92230	Angioscopia con fluoresceína, con interpretación e informe	2.50
92235	Angiografía con fluoresceína incluye imágenes en marcos múltiples con interpretación e informe	3.90
92240	Angiografía con verde de indocianina incluye imágenes en marcos múltiples con interpretación e informe	4.20

CPT	Procedimiento terapéutico	Factor de RB %
92265	Oculoelectromiografía de aguja, uno o varios músculos extraoculares, un ojo o ambos con interpretación e informe	3.40
92270	Electrooculografía con interpretación e informe	3.40
92275	Electrorretinografía con interpretación e informe	3.40
92960	Cardioversión electiva (arritmia)	10.20
92977	Trombolisis coronaria por infusión intravenosa	27.70
92980	Colocación transcatéter de catéteres dilatadores intracoronarios (stent), con o sin otras intervenciones terapéuticas, un solo vaso	149.20
92982	Angioplastia coronaria con balón, un solo vaso	149.20
92986	Valvuloplastia de válvula aórtica, con balón	149.20
92987	Valvuloplastia de válvula mitral, con balón, incluye cateterismo	149.20
92990	Valvuloplastia de válvula pulmonar, con balón	149.20
92992	Septectomía o septostomía auricular, incluye cateterismo	149.20
92993	Septectomía o septostomía auricular método de bisturí (incluye cateterización cardiaca)	149.20
92995	Aterectomía percutánea transluminal de las coronarias por método mecánico u otro método con o sin angioplastia con balón, un solo vaso	149.20
93503	Insertión y colocación de catéter Swan-Ganz para fines de control	14.80
93505	Biopsia de endomiocardio	48.80
93510	Cateterismo cardiaco de corazón izquierdo desde la arteria braquial, arteria axilar o arteria femoral	48.80
93531	Cateterismo cardiaco de corazón derecho y retrógrado izquierdo para dx de anomalías cardiacas congénitas	48.80
93531	Cateterismo cardiaco de corazón derecho y retrogrado izquierdo para dx de anomalías cardiacas congénitas	48.80
93532	Cateterismo cardiaco de corazón derecho y transeptal de corazón izquierdo con o sin cateterización retrógrada para dx de anomalías cardiacas congénitas	30.10
93545	Angiografía coronaria	48.80
93555	Auriculografía y/o ventriculografía (incluye cateterismo)	48.80
93600	Estudio electrofisiológico por bloqueo del haz de his	48.80
93651	Cateterismo cardiaco con ablación de foco arrítmico (estudio electrofisiológico y ablación con catéter)	117.30
95819	Electroencefalograma (EEG)	4.40
95860	Electromiografía (una extremidad)	3.90

X. Artículos citados en las Condiciones Generales

El presente Contrato de Seguro hace referencia por lo dispuesto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro, Ley sobre el Contrato de Seguro, Código de Comercio y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:	
Si la empresa Aseguradora no cumple con las obligaciones asumidas en el Contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberán pagar al acreedor una indemnización por mora.	Art. 135 bis
La competencia por territorio para demandar en materia de seguro será determinada a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión nacional para la protección y defensa de los usuarios de servicios financieros. Asimismo será competente el juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo será nulo.	Art. 136
Ley Sobre el Contrato de Seguro:	
Si el contenido de la Póliza o sus Modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza.	Art. 25
La empresa Aseguradora tendrá el derecho de compensar las Primas y los préstamos sobre Pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al Beneficiario.	Art.33
Si no hubiese sido pagada la Prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades dentro del término convenido el cual no podrá ser inferior a 3 (tres) días ni mayor a 30 (treinta) días naturales, siguientes a la fecha de su vencimiento los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.	Art. 40
Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del Sinistro.	Art.47
El Asegurado deberá comunicar a la empresa Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.	Art.52
Si el riesgo no se agrava sino en lo que respecta a una parte de las cosas o de las personas, el seguro quedará en vigor para las demás, a condición de que el Asegurado pague por ellas la Prima que corresponda conforme a las tarifas respectivas.	Art.57
Se extinguirán las obligaciones de la empresa cuando el Asegurado o el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, declaran o disimulan hechos.	Art.70
El crédito que resulte del Contrato de seguro vencerá 30 (treinta) días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.	Art. 71
Todas las acciones que deriven de un Contrato de seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.	Art.81

<p>El plazo que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.</p> <p>Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.</p>	Art.82
Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros:	
Cada institución financiera deberá contar con una unidad especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los usuarios.	Art.50 bis
<p>Término Presentación Reclamaciones.- Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.</p> <p>La reclamación podrá presentarse por escrito o por cualquier otro medio, a elección del Usuario, en el domicilio de la Comisión Nacional o en cualquiera de las Delegaciones o en la Unidad Especializada a que se refiere el artículo 50 Bis de esta Ley, de la Institución Financiera que corresponda.</p>	Art.65
La Comisión Nacional correrá traslado a la institución financiera acerca de la reclamación presentada en su contra, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la misma, anexando todos los elementos que el usuario hubiera aportado, y señalando en el mismo acto la fecha para la celebración de la audiencia de conciliación, con apercibimiento de sanción pecuniaria en caso de no asistir.	Art.67
La Comisión Nacional deberá agotar el procedimiento de conciliación.	Art.68
En el caso de que el usuario no acuda a la audiencia de conciliación y no presente dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha fijada para su celebración justificación de su inasistencia, se le tendrá por desistido de la reclamación y no podrá presentar otra ante la Comisión Nacional por los mismos hechos, debiendo levantarse acta en donde se haga constar la inasistencia del usuario.	Art.69
En caso de que la institución financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la institución financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.	Art.70
Las delegaciones regionales, estatales o locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.	Art.71
En los juicios arbitrales en amigable composición o de estricto derecho, las partes de común acuerdo, podrán adherirse a las reglas de procedimiento establecidas por la Comisión nacional, total o parcialmente, las cuales serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.	Art.72 bis

Reglamento del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:	
<p>Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurable con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su Ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate.</p> <p>Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su Ingreso a la Colectividad Asegurable con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.</p>	Art.17
<p>Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.</p>	Art.18
<p>En los Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:</p> <p>En la operación de Accidentes y Enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una Póliza individual para los Asegurados de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.</p>	Art.19
<p>Para el caso de los seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista Cambio de Contratante la Aseguradora podrá:</p> <p>I. Tratándose de seguros Colectivos, rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos Asegurados a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del Contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.</p> <p>En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese Contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este reglamento.</p>	Art.20
<p>La Aseguradora podrá renovar los contratos de seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante Endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada Renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.</p>	Art.21

XI. Registro

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de noviembre de 2012, con el número CNSF-S0048-0359-2012 / CONDUSEF-002194-01.



Llámanos sin costo
01 800 911 9999
axa.mx