

FONASA

ARANCEL DE PRESTACIONES DE SALUD AÑO 2025
MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN
LIBRO ARANCEL MLE 2025

ABREVIATURAS

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

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

I.- SOLO MODALIDAD LIBRE ELECCION

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	
GRUPO : 01								
ATENCION ABIERTA								
01 01 001	CONSULTA MEDICINA GENERAL	11.870	4.750	12.710	5.590	14.870	7.750	
01 01 201	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770	
01 01 202	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770	
01 01 203	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROCIRUGÍA	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770	
01 01 204	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770	
01 01 205	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770	
01 01 206	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN REUMATOLOGÍA	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770	
01 01 207	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA ADULTO	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770	
01 01 208	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770	
01 01 209	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA ADULTOS	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770	
01 01 210	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770	
01 01 211	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA MÉDICA	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770	
01 01 212	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA ADULTOS (1RA CONSULTA)	28.670	11.470	37.270	20.070	45.870	28.670	
01 01 213	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA (1RA CONSULTA)	28.670	11.470	37.270	20.070	45.870	28.670	
01 01 300	CONSULTA MÉDICA OTRAS ESPECIALIDADES	18.890	7.560					
01 01 301	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGÍA	18.890	7.560					
01 01 302	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN HEMATOLOGÍA	18.890	7.560					
01 01 303	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INFECTOLOGÍA	18.890	7.560					
01 01 304	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INMUNOLOGÍA	18.890	7.560					
01 01 305	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR	18.890	7.560					
01 01 306	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	18.890	7.560					

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
01 01 307	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA	18.890	7.560				
01 01 308	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	18.890	7.560				
01 01 309	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA	18.890	7.560				
01 01 310	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	18.890	7.560				
01 01 311	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN UROLOGÍA	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770
01 01 312	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL	18.890	7.560				
01 01 313	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL	18.890	7.560				
01 01 314	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	18.890	7.560				
01 01 315	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE TÓRAX	18.890	7.560				
01 01 316	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	18.890	7.560				
01 01 317	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	18.890	7.560				
01 01 318	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	18.890	7.560				
01 01 319	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGÍA	18.890	7.560				
01 01 320	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DIABETOLOGÍA	18.890	7.560				
01 01 321	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTO	18.890	7.560				
01 01 322	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS	18.890	7.560				
01 01 323	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA ADULTO	18.890	7.560				
01 01 324	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICO	18.890	7.560				
01 01 325	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GENÉTICA CLÍNICA	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770
01 01 326	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA ADULTO	18.890	7.560				
01 01 327	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICO	18.890	7.560				
01 01 328	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEONATOLOGÍA	18.890	7.560				
01 01 329	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA	18.890	7.560				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
01 01 330	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIA	18.890	7.560				
01 01 331	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	16.770	6.710	21.800	11.740	26.830	16.770
01 01 332	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA	18.890	7.560				
01 01 333	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA MATERNO FETAL	18.890	7.560				
01 01 334	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA NUCLEAR	18.890	7.560				
01 01 004	VISITA MÉDICA DOMICILIARIA EN HORARIO HÁBIL	14.230	7.110	20.640	13.520	27.530	20.410
01 01 005	VISITA MÉDICA DOMICILIARIA EN HORARIO INHÁBIL	21.390	10.690	31.070	20.370	41.450	30.750
01 01 006	ASISTENCIA DE CARDIÓLOGO A CIRUGÍAS NO CARDÍACAS	24.530	12.260	31.890	19.620	39.250	26.980
01 01 007	ATENCIÓN MÉDICA DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTO O PABELLÓN QUIRÚRGICO C/S REANIMACIÓN CARDIO-RESPIRATORIA	24.530	12.260	31.890	19.620	39.250	26.980
01 01 008	VISITA POR MÉDICO TRATANTE A PACIENTE HOSPITALIZADO	15.070	7.530	21.860	14.320	29.150	21.610
01 01 009	VISITA POR MÉDICO INTERCONSULTOR (O EN JUNTA MÉDICA C/U) A PACIENTE HOSPITALIZADO	15.070	7.530	21.860	14.320	29.150	21.610
01 01 010	ATENCIÓN MÉDICA DIARIA A PACIENTE HOSPITALIZADO	12.180	6.090	12.990	6.900	15.240	9.150
TELECONSULTAS							
01 08 001	TELECONSULTA MEDICINA GENERAL	10.080	4.030	10.790	4.740	12.630	6.580
01 08 201	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 202	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 203	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROCIRUGÍA	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 204	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 205	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 206	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN REUMATOLOGÍA	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 207	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA ADULTO	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 208	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 209	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA ADULTOS	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
01 08 210	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 211	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA MÉDICA	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 212	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA ADULTOS (1RA CONSULTA)	24.360	9.740	31.670	17.050	38.980	24.360
01 08 213	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA (1RA CONSULTA)	24.360	9.740	31.670	17.050	38.980	24.360
01 08 301	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGÍA	16.060	6.420				
01 08 302	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN HEMATOLOGÍA	16.060	6.420				
01 08 303	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INFECTOLOGÍA	16.060	6.420				
01 08 304	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INMUNOLOGÍA	16.060	6.420				
01 08 305	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR	16.060	6.420				
01 08 306	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	16.060	6.420				
01 08 307	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA	16.060	6.420				
01 08 308	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	16.060	6.420				
01 08 309	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA	16.060	6.420				
01 08 310	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	16.060	6.420				
01 08 311	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN UROLOGÍA	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 312	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL	16.060	6.420				
01 08 313	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL	16.060	6.420				
01 08 314	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	16.060	6.420				
01 08 315	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE TÓRAX	16.060	6.420				
01 08 316	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	16.060	6.420				
01 08 317	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	16.060	6.420				
01 08 318	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	16.060	6.420				
01 08 319	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGÍA	16.060	6.420				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
01 08 320	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DIABETOLOGÍA	16.060	6.420				
01 08 321	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTO	16.060	6.420				
01 08 322	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS	16.060	6.420				
01 08 323	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA ADULTO	16.060	6.420				
01 08 324	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICO	16.060	6.420				
01 08 325	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GENÉTICA CLÍNICA	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 326	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA ADULTO	16.060	6.420				
01 08 327	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICO	16.060	6.420				
01 08 329	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA	16.060	6.420				
01 08 331	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	14.240	5.700	18.510	9.970	22.780	14.240
01 08 332	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA	16.060	6.420				
01 08 333	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA MATERNO FETAL	16.060	6.420				
01 08 334	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA NUCLEAR	16.060	6.420				
GRUPO : 02							
ATENCION CERRADA							
02 01 001	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL CUIDADOS BÁSICOS. (SALA 1 CAMA)	9.280	4.640				
02 01 002	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL CUIDADOS BÁSICOS. (SALA 2 O MÁS CAMAS)	8.070	4.030				
02 01 101	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL CUIDADOS MEDIOS (SALA 1 CAMA)	16.020	8.010				
02 01 102	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL CUIDADOS MEDIOS (SALA 2 O MÁS CAMAS)	13.200	6.600				
02 01 301	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL ADULTO EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO (U.T.I)	30.300	15.150				
02 01 302	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL PEDIÁTRICA EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO (U.T.I)	30.300	15.150				
02 01 303	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL NEONATAL EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO (U.T.I)	30.300	15.150				
02 01 201	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO (U.C.I.)	63.060	31.530				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
02 01 202	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL PEDIÁTRICA EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO (U.C.I)	63.060	31.530				
02 01 203	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL NEONATAL EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO (U.C.I.)	63.060	31.530				
02 01 401	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL OBSTETRICIA (SALA 1 CAMA)	9.070	4.530				
02 01 402	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL OBSTETRICIA (SALA 2 O MAS CAMAS)	7.880	3.940				
02 01 403	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL SALA CUNA	5.060	2.530				
02 01 404	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL INCUBADORA	8.440	4.220				
02 01 405	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL PSIQUIATRÍA CUIDADOS BÁSICOS	4.530	2.260				
02 01 406	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL PSIQUIATRÍA CUIDADOS MEDIOS	5.210	2.600				
02 01 407	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL DE OBSERVACIÓN - AMBULATORIO	5.060	2.530				
02 01 408	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN CLÍNICA DE RECUPERACIÓN	4.420	2.210				
GRUPO : 03							
EXAMENES DE LABORATORIO							
I.- SANGRE, HEMATOLOGIA							
03 01 002	ACIDO FÓLICO O FOLATOS	5.050	2.520	6.570	4.040	8.080	5.550
03 01 003	ADENOGRAMA, MIELOGRAMA, C/U	8.340	4.170	10.840	6.670	13.340	9.170
03 01 006	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON DIFERENTES AGONISTAS	4.880	2.440	6.340	3.900	7.810	5.370
03 01 007	ANTICOAGULANTES CIRCULANTES O ANTICOAGULANTE LÚPICO	5.280	2.640	6.860	4.220	8.450	5.810
03 01 008	ANTITROMBINA III	5.280	2.640	6.860	4.220	8.450	5.810
03 01 011	COAGULACIÓN, TIEMPO DE	1.510	750	1.960	1.200	2.420	1.660
03 01 013	TIEMPO DE LISIS DEL COÁGULO	700	350	910	560	1.120	770
03 01 014	PRUEBA DE ANTIGLOBULINA DIRECTA	1.410	700	1.830	1.120	2.260	1.550
03 01 017	DESHIDROGENASA GLUCOSA-6-FOSFATO EN ERITROCITOS	4.820	2.410	6.270	3.860	7.710	5.300
03 01 020	TIEMPO DE LISIS DE EUGLOBULINAS	1.650	820	2.150	1.320	2.640	1.810

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 01 021	FIBRINÓGENO	2.570	1.280	3.340	2.050	4.110	2.820
03 01 022	TEST DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA	5.060	2.530	6.580	4.050	8.100	5.570
03 01 024	FACTOR V	2.260	1.130	2.940	1.810	3.620	2.490
03 01 025	FACTORES VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, C/U	5.100	2.550	6.630	4.080	8.160	5.610
03 01 026	FERRITINA	6.060	3.030	7.880	4.850	9.700	6.670
03 01 027	FIBRINÓGENO, PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DEL	5.060	2.530	6.580	4.050	8.100	5.570
03 01 028	FIERRO SÉRICO	2.140	1.070	2.780	1.710	3.420	2.350
03 01 029	FIERRO, CAPACIDAD DE FIJACIÓN DEL (INCLUYE FIERRO SÉRICO)	4.660	2.330	6.060	3.730	7.460	5.130
03 01 030	FIERRO, CINÉTICA DEL (CADA DETERMINACIÓN)	5.250	2.620	6.830	4.200	8.400	5.770
03 01 034	CLASIFICACIÓN SANGUÍNEA AB0 Y RHD	2.520	1.260	3.280	2.020	4.030	2.770
03 01 035	HAPTOGLOBINA CUANTITATIVA	4.800	2.400	6.240	3.840	7.680	5.280
03 01 036	HEMATOCRITO (PROC. AUT.)	780	390	1.010	620	1.250	860
03 01 038	HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL (PROC. AUT.)	780	390	1.010	620	1.250	860
03 01 040	HEMOGLOBINA FETAL CUANTITATIVA EN ERITROCITOS	4.890	2.440	6.360	3.910	7.820	5.370
03 01 041	HEMOGLOBINA GLICADA A1C	4.560	2.280	5.930	3.650	7.300	5.020
03 01 042	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	1.030	510	1.340	820	1.650	1.130
03 01 044	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA	5.340	2.670	6.940	4.270	8.540	5.870
03 01 045	HEMOGRAMA (INCLUYE RECUENTOS DE LEUCOCITOS, ERITROCITOS, PLAQUETAS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, FÓRMULA LEUCOCITARIA, CARACTÉRISTICAS DE LOS ELEMENTOS FIGURADOS Y VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN)	3.110	1.550	4.040	2.480	4.980	3.420
03 01 048	HEMOSIDERINA MEDULAR	1.230	610	1.600	980	1.970	1.350
03 01 049	CUANTIFICACIÓN DE HEPARINA	5.860	2.930	7.620	4.690	9.380	6.450
03 01 051	IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	5.060	2.530	6.580	4.050	8.100	5.570
03 01 054	METAHEMOGLOBINA	1.550	770	2.020	1.240	2.480	1.700

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 01 059	TIEMPO DE PROTROMBINA (INCLUYE INR, RAZÓN INTERNACIONAL NORMALIZADA)	1.560	780	2.030	1.250	2.500	1.720
03 01 062	RECUENTO DE BASÓFILOS (ABSOLUTO)	1.060	530	1.380	850	1.700	1.170
03 01 063	RECUENTO DE EOSINÓFILOS (ABSOLUTO)	990	490	1.290	790	1.580	1.080
03 01 064	RECUENTO DE ERITROCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)	760	380	990	610	1.220	840
03 01 065	RECUENTO DE LEUCOCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)	740	370	960	590	1.180	810
03 01 066	RECUENTO DE LINFOCITOS (ABSOLUTO)	1.280	640	1.660	1.020	2.050	1.410
03 01 067	RECUENTO DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)	1.310	650	1.700	1.040	2.100	1.440
03 01 068	RECUENTO DE RETICULOCITOS (ABSOLUTO O PORCENTUAL)	1.010	500	1.310	800	1.620	1.110
03 01 069	RECUENTO DIFERENCIAL O FÓRMULA LEUCOCITARIA (PROC. AUT.)	2.140	1.070	2.780	1.710	3.420	2.350
03 01 070	RESISTENCIA GLOBULAR OSMÓTICA	3.370	1.680	4.380	2.690	5.390	3.700
03 01 072	TIEMPO DE SANGRÍA (NO INCLUYE DISPOSITIVO ASOCIADO)	1.510	750	1.960	1.200	2.420	1.660
03 01 082	TRANSFERRINA	5.540	2.770	7.200	4.430	8.860	6.090
03 01 083	TROMBINA, TIEMPO DE	2.080	1.040	2.700	1.660	3.330	2.290
03 01 085	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL DE (TTPA, TPPK O SIMILARES)	2.410	1.200	3.130	1.920	3.860	2.650
03 01 086	VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN (PROC. AUT.)	560	280	730	450	900	620
03 01 089	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGÉNICO (FVW:AG)	10.150	5.070	13.200	8.120	16.240	11.160
03 01 090	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGÉNICO COFACTOR RISTOCETINA (FVW:CORIS)	9.600	4.800	12.480	7.680	15.360	10.560
03 01 091	PROTEÍNA C FUNCIONAL	31.430	15.710	40.860	25.140	50.290	34.570
03 01 092	PROTEÍNA S	37.170	18.580	48.320	29.730	59.470	40.880
03 01 093	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA	23.410	11.700	30.430	18.720	37.460	25.750
03 01 094	ESTUDIO DE LA HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA (HPN) POR CITOMETRÍA DE FLUJO	48.280	24.140	62.760	38.620	77.250	53.110
03 01 095	DÍMERO-D	12.070	6.030	15.690	9.650	19.310	13.270
03 01 096	PROCALCITONINA	43.940	21.970				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 01 097	INHIBIDOR DE FACTOR DE LA COAGULACIÓN	91.510	45.750				
03 01 098	SECRECIÓN PLAQUETARIA CON DIFERENTES AGONISTAS	117.980	58.990				
03 01 099	TIEMPO DE VENENO DE VÍBORA DE RUSSELL DILUÍDO	44.320	22.160				
03 01 100	ANTITROMBINA III ANTIGÉNICA	44.450	22.220				
03 01 114	PROTEÍNA C ANTIGÉNICA	44.610	22.300				
03 01 116	HEMOGLOBINA GLICADA, A1C, TEST RÁPIDO EN EL LUGAR DE ASISTENCIA (INCLUYE TOMA DE MUESTRA SANGRE CAPILAR) II.- SANGRE, EXAMENES BIOQUÍMICOS	4.560	2.280	5.930	3.650	7.300	5.020
03 02 001	CUERPOS CETÓNICOS EN SANGRE	940	470	1.220	750	1.500	1.030
03 02 002	ACIDO CÍTRICO	3.280	1.640	4.260	2.620	5.250	3.610
03 02 004	LACTATO EN SANGRE	4.110	2.050	5.340	3.280	6.580	4.520
03 02 005	ACIDO ÚRICO, EN SANGRE	1.530	760	1.990	1.220	2.450	1.680
03 02 008	AMILASA, EN SANGRE	2.410	1.200	3.130	1.920	3.860	2.650
03 02 009	AMINOÁCIDOS, CUALITATIVO EN SANGRE	6.780	3.390	8.810	5.420	10.850	7.460
03 02 010	AMONIO	2.490	1.240	3.240	1.990	3.980	2.730
03 02 070	APOLIPOPROTEÍNAS (A1, B U OTRAS) C/U	6.980	3.490	9.070	5.580	11.170	7.680
03 02 011	BICARBONATO (PROC. AUT.)	730	360	950	580	1.170	800
03 02 012	BILIRRUBINA TOTAL (PROC. AUT.)	1.560	780	2.030	1.250	2.500	1.720
03 02 013	BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA	1.470	730	1.910	1.170	2.350	1.610
03 02 015	CALCIO EN SANGRE	1.400	700	1.820	1.120	2.240	1.540
03 02 017	CAROTENO	2.230	1.110	2.900	1.780	3.570	2.450
03 02 018	CAROTENO, PRUEBA DE SOBRECARGA DE, ADEMÁS 2 CÓDIGOS 03-07-011 O 03-07-012.	4.830	2.410	6.280	3.860	7.730	5.310
03 02 019	CERULOPLASMINA	3.720	1.860	4.840	2.980	5.950	4.090
03 02 020	COBRE EN SANGRE	2.070	1.030	2.690	1.650	3.310	2.270

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 02 067	COLESTEROL TOTAL (PROC. AUT.)	1.370	680	1.780	1.090	2.190	1.500
03 02 068	COLESTEROL HDL (PROC. AUT.)	2.030	1.010	2.640	1.620	3.250	2.230
03 02 021	COLINESTERASA EN SUERO O PLASMA	3.000	1.500	3.900	2.400	4.800	3.300
03 02 023	CREATININA EN SANGRE	1.350	670	1.760	1.080	2.160	1.480
03 02 024	CLEARANCE DE CREATININA (PROC.AUT.)	2.970	1.480	3.860	2.370	4.750	3.260
03 02 025	CREATINQUINASA CK - MB ACTIVIDAD	5.350	2.670	6.960	4.280	8.560	5.880
03 02 026	CREATINQUINASA CK - TOTAL	3.830	1.910	4.980	3.060	6.130	4.210
03 02 027	TROPONINA	11.450	5.720	14.890	9.160	18.320	12.590
03 02 030	DESHIDROGENASA LÁCTICA TOTAL (LDH)	2.410	1.200	3.130	1.920	3.860	2.650
03 02 031	DESHIDROGENASA LÁCTICA TOTAL (LDH), CON SEPARACIÓN DE ISOENZIMAS	6.620	3.310	8.610	5.300	10.590	7.280
03 02 032	ELECTROLITOS PLASMÁTICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U	1.300	650	1.690	1.040	2.080	1.430
03 02 033	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA I	8.030	4.010	10.440	6.420	12.850	8.830
03 02 034	PERFIL LIPÍDICO (INCLUYE MEDICIONES DE COLESTEROL TOTAL, HDL-COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS CON ESTIMACIONES POR FÓRMULA DE LDL-COLESTEROL, VLDL-COLESTEROL Y COLESTEROL NO-HDL)	6.270	3.130	8.150	5.010	10.030	6.890
03 02 035	FÁRMACOS Y/O DROGAS; NIVELES PLASMÁTICOS DE (ALCOHOL, ANOREXÍGENOS, ANTIARRÍTMICOS, ANTIBIÓTICOS, ANTIDEPRESIVOS, ANTIPILEPTICOS, ANTIHISTAMÍNICOS, ANTIINFLAMATORIOS Y ANALGÉSICOS, ESTIMULANTES RESPIRATORIOS, TRANQUILIZANTES MAYORES Y MENORES, ETC.) C/U	6.300	3.150	8.190	5.040	10.080	6.930
03 02 036	FENILALANINA	2.610	1.300	3.390	2.080	4.180	2.870
03 02 039	FOSFATASAS ALCALINAS CON SEPARACIÓN DE ISOENZIMAS HEPÁTICAS, INTESTINALES, ÓSEAS C/U	6.380	3.190	8.290	5.100	10.210	7.020
03 02 040	FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES	1.290	640	1.680	1.030	2.060	1.410
03 02 042	FÓSFORO (FOSFATOS) EN SANGRE	1.850	920	2.410	1.480	2.960	2.030
03 02 043	GALACTOSA	890	440	1.160	710	1.420	970
03 02 045	GAMMA GLUTAMILTRANSPEPTIDASA (GGT)	2.260	1.130	2.940	1.810	3.620	2.490
03 02 046	GASES Y EQUILIBRIO ÁCIDO BASE EN SANGRE (INCLUYE: PH, O2, CO2, EXCESO DE BASE Y BICARBONATO), TODOS O CADA UNO DE LOS PARÁMETROS	3.950	1.970	5.140	3.160	6.320	4.340

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 02 047	GLUCOSA EN SANGRE	1.260	630	1.640	1.010	2.020	1.390
03 02 048	GLUCOSA, PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL (PTGO), (DOS DETERMINACIONES; NO INCLUYE LA GLUCOSA QUE SE ADMINISTRA; INCLUYE EL VALOR DE LAS DOS TOMAS DE MUÉSTRAS)	5.860	2.930	7.620	4.690	9.380	6.450
03 02 050	ADENOSINDEAMINASA EN SANGRE U OTRO FLUIDO BIOLÓGICO (ADA)	5.360	2.680	6.970	4.290	8.580	5.900
03 02 052	LEUCINAMINOPEPTIDASA (LAP)	2.350	1.170	3.060	1.880	3.760	2.580
03 02 053	LIPASA EN SANGRE	2.670	1.330	3.470	2.130	4.270	2.930
03 02 055	LITIO EN SANGRE	2.940	1.470	3.820	2.350	4.700	3.230
03 02 056	MAGNESIO EN SANGRE	3.210	1.600	4.170	2.560	5.140	3.530
03 02 057	NITRÓGENO UREICO Y/O UREA, EN SANGRE	1.330	660	1.730	1.060	2.130	1.460
03 02 058	OSMOLALIDAD EN SANGRE	2.080	1.040	2.700	1.660	3.330	2.290
03 02 075	PERFIL BIOQUÍMICO (DETERMINACIÓN AUTOMATIZADA DE 12 PARÁMETROS)	8.800	4.400	11.440	7.040	14.080	9.680
03 02 061	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS (INCLUYE CÓD. 03-02-100 Y 03-02-101)	6.340	3.170	8.240	5.070	10.140	6.970
03 02 076	PERFIL HEPÁTICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA, FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES, GGT, TRANSAMINASAS GOT/AST Y GPT/ALT)	10.310	5.150	13.400	8.240	16.500	11.340
03 02 063	TRANSAMINASAS, OXALACÉTICA (GOT/AST), PIRÚVICA (GPT/ALT), C/U	1.870	930	2.430	1.490	2.990	2.050
03 02 064	TRIGLICÉRIDOS EN SANGRE (PROC.AUT.)	1.780	890	2.310	1.420	2.850	1.960
03 02 066	XILOSA, PRUEBA DE ABSORCIÓN (NO INCLUYE LA XILOSA QUE SE ADMINISTRA)	3.580	1.790	4.650	2.860	5.730	3.940
03 02 077	VITAMINA B12 POR INMUNOENSAYO	7.640	3.820	9.930	6.110	12.220	8.400
03 02 078	25 OH VITAMINA D TOTAL POR INMUNOENSAYO (QUIMIOLUMINISCENCIA, ENZIMOINMUNOENSAYO, RADIO INMUNOENSAYO Y OTROS)	16.980	8.490	22.070	13.580	27.170	18.680
03 02 080	VITAMINA B6 POR HPLC	52.170	26.080	67.820	41.730	83.470	57.380
03 02 081	CALCIO IÓNICO, INCLUYE MEDICIÓN DE PH MÉTODO IÓN SELECTIVO. NO INCLUYE POINT OF CARE TESTING POCT	2.510	1.250	3.260	2.000	4.020	2.760
03 02 082	FENILALANINA CUANTITATIVA EN GOTAS DE SANGRE SECA	8.640	4.320	11.230	6.910	13.820	9.500
03 02 083	CARBOXIHEMOGLOBINA	23.370	11.680				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 02 084	PLOMO EN SANGRE	64.800	32.400				
03 02 085	PREALBUMINA	30.630	15.310				
03 02 086	HOMOCISTEÍNA	60.620	30.310				
03 02 100	PROTEÍNAS TOTALES EN SANGRE	1.480	740	1.920	1.180	2.370	1.630
03 02 101	ALBÚMINAS EN SANGRE	1.480	740	1.920	1.180	2.370	1.630
03 02 095	TIOPURINA METILTRANSFERASA, ACTIVIDAD ENZIMATICA	61.340	30.670				
03 02 097	HORMONA TIROESTIMULANTE, NEONATAL EN GSS	22.680	11.340				
03 02 098	PERFIL DE AMINOÁCIDOS Y ACILCARNITINAS EN GSS	81.150	40.570				
03 02 099	PESQUISA NEONATAL AMPLIADA EN GSS (INCLUYE PERFIL DE AMINOÁCIDOS Y ACILCARNITINAS; SUCCINILACETONA; HORMONA TIROESTIMULANTE, NEONATAL; BIOTINIDASA; GALACTOSA TOTAL; GALACTOSA-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASA; 17-HIDROXIPROGESTERONA; TRIPSINA INMUNORREACTIVA).	128.900	64.450				
03 02 102	LEUCINA CUALITATIVA EN GSS	34.620	17.310				
03 02 121	TEST RESPIRATORIO DE LACTOSA, LACTULOSA, FRUCTUOSA, C/U. III.- HORMONAS	25.220	12.610	32.790	20.180	40.350	27.740
	A.- EN SANGRE						
03 03 001	ADENOCORTICOTROFINA (ACTH)	8.650	4.320	11.250	6.920	13.840	9.510
03 03 002	ALDOSTERONA	7.130	3.560	9.270	5.700	11.410	7.840
03 03 003	ANDROSTENEDIONA	5.630	2.810	7.320	4.500	9.010	6.190
03 03 004	ANGIOTENSINA	6.870	3.430	8.930	5.490	10.990	7.550
03 03 006	CORTISOL	5.630	2.810	7.320	4.500	9.010	6.190
03 03 007	CRECIMIENTO, HORMONA DE (HGH) (SOMATOTROFINA)	7.130	3.560	9.270	5.700	11.410	7.840
03 03 008	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO (DHEA-S)	7.030	3.510	9.140	5.620	11.250	7.730
03 03 009	ERITROPOYETINA	5.920	2.960	7.700	4.740	9.470	6.510
03 03 012	GASTRINA	7.560	3.780	9.830	6.050	12.100	8.320

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 03 014	GONADOTROFINA CORIÓNICA, SUB-UNIDAD BETA (CUANTIFICACIÓN)	5.420	2.710	7.050	4.340	8.670	5.960
03 03 015	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)	5.540	2.770	7.200	4.430	8.860	6.090
03 03 016	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	5.550	2.770	7.220	4.440	8.880	6.100
03 03 047	IGF1 O SOMATOMEDINA - C (INSULINE LIKE GROWTH FACTOR)	13.760	6.880	17.890	11.010	22.020	15.140
03 03 048	IGFBP3, IGFBP1 (INSULIN LIKE GROWTH FACTOR BINDING PROTEINS) C/U	13.550	6.770	17.620	10.840	21.680	14.900
03 03 017	INSULINA	5.160	2.580	6.710	4.130	8.260	5.680
03 03 031	INSULINA, CURVA DE (MÍNIMO DOS DETERMINACIONES E INCLUYE TODAS LAS TOMAS DE MUESTRA NECESARIAS. NO INCLUYE LA GLUCOSA QUE SE ADMINISTRA)	13.910	6.950	18.080	11.120	22.260	15.300
03 03 018	PARATHORMONA, HORMONA PARATIROÍDEA O PTH.	8.450	4.220	10.990	6.760	13.520	9.290
03 03 019	PROGESTERONA	5.250	2.620	6.830	4.200	8.400	5.770
03 03 020	PROLACTINA (PRL)	5.540	2.770	7.200	4.430	8.860	6.090
03 03 021	RENINA	8.960	4.480	11.650	7.170	14.340	9.860
03 03 046	SHBG (SEX-HORMONE BINDING GLOBULIN)	12.770	6.380	16.600	10.210	20.430	14.040
03 03 022	TESTOSTERONA EN SANGRE	5.760	2.880	7.490	4.610	9.220	6.340
03 03 023	TESTOSTERONA LIBRE EN SANGRE	6.580	3.290	8.550	5.260	10.530	7.240
03 03 123	ÍNDICE ANDROGÉNICO (INCLUYE TESTOSTERONA TOTAL Y SHBG)	13.040	6.520	16.950	10.430	20.860	14.340
03 03 024	TIROESTIMULANTE (TSH), HORMONA (ADULTO, NIÑO O R.N.)	4.560	2.280	5.930	3.650	7.300	5.020
03 03 025	TIROGLOBULINA	7.130	3.560	9.270	5.700	11.410	7.840
03 03 026	TIROXINA LIBRE (T4L)	5.250	2.620	6.830	4.200	8.400	5.770
03 03 027	TIROXINA O TETRAYODOTIRONINA (T4)	4.560	2.280	5.930	3.650	7.300	5.020
03 03 028	TRIYODOTIRONINA (T3)	4.740	2.370	6.160	3.790	7.580	5.210
03 03 029	17 - HIDROXIPROGESTERONA	7.130	3.560	9.270	5.700	11.410	7.840
03 03 030	ESTRADIOL (17-BETA)	5.440	2.720	7.070	4.350	8.700	5.980

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 03 049	CATECOLAMINAS EN SANGRE (INCLUYE MEDICIÓN DE ADRENALINA, NORADRENALINA Y DOPAMINA POR SEPARADO POR MÉTODOS CROMATOGRÁFICOS)	35.090	17.540	45.620	28.070	56.140	38.590
03 03 052	PEPTIDO C	45.500	22.750				
03 03 053	CALCITONINA	46.160	23.080				
03 03 054	INHIBINA B	53.210	26.600				
03 03 055	NT-PRO BNP O BNP	53.840	26.920				
03 03 057	TRIYODOTIRONINA LIBRE (T3 LIBRE)	21.310	10.650				
03 03 058	HORMONA ANTIMULLERIANA	46.890	23.440				
	B.- EN ORINA						
03 03 033	ANGIOTENSINA	6.430	3.210	8.360	5.140	10.290	7.070
03 03 035	CORTISOL LIBRE URINARIO	5.710	2.850	7.420	4.560	9.140	6.280
03 03 039	GONADOTROFINA CORIÓNICA, SUB-UNIDAD BETA; TITULACIÓN POR (ELISA; RIA O IRMA; QUIMIOLUMINISCENCIA U OTRA TÉCNICA)	5.410	2.700	7.030	4.320	8.660	5.950
03 03 050	METANEFRINAS URINARIAS (INCLUYE DETERMINACIÓN DE METANEFRINA Y NORMETANEFRINA POR SEPARADO POR MÉTODOS CROMATOGRÁFICOS)	42.710	21.350	55.520	34.160	68.340	46.980
03 03 051	CATECOLAMINAS URINARIAS (INCLUYE MEDICIÓN DE ADRENALINA, NORADRENALINA Y DOPAMINA POR SEPARADO POR MÉTODOS CROMATOGRÁFICOS)	36.720	18.360	47.740	29.380	58.750	40.390
	C.- OTRAS MUESTRAS						
03 03 056	CORTISOL SALIVAL	49.220	24.610				
	IV.- GENETICA						
03 04 001	CARIOTIPO EN SANGRE POR CULTIVO DE LINFOCITOS (INCLUYE MÍNIMO 25 MITOSIS CON BANDEO G Y EVENTUALMENTE Q, R, C, NOR) (MONTAJE DE 3 METAFASES BANDEADAS)	65.300	32.650	84.890	52.240	104.480	71.830
03 04 002	CARIOTIPO CON TÉCNICAS ESPECIALES (INCLUYE MUESTRA DE SANGRE O DE MÉDULA ÓSEA, TRATAMIENTO CON FUDR, BROMURO DE ETIDIO, MEDIO DEFICIENTE EN ÁCIDO FÓLICO)	66.990	33.490	87.090	53.590	107.180	73.680
03 04 003	CARIOTIPO EN FIBROBLASTOS POR CULTIVO DE TROFOBLASTO, LÍQUIDO AMNIÓTICO, PIEL U OTROS BANDEOS G Y EVENTUALMENTE Q, R, C, NOR	61.310	30.650	79.700	49.040	98.100	67.440
03 04 006	FISH CROMOSOMAS X E Y	87.880	43.940	114.240	70.300	140.610	96.670
03 04 007	DIAGNÓSTICO GENÉTICO MOLECULAR: DISPLASIA TANATOFÓRICA TIPO I Y II	38.620	19.310	50.210	30.900	61.790	42.480

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 04 008	AMPLIFICACIÓN POR PCR MÁS ANÁLISIS DE FRAGMENTOS FLUORESCENTES POR ELECTROFORESIS CAPILAR (HASTA 5 FRAGMENTOS)	209.350	104.670				
03 04 009	ESTUDIO DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES POR AMPLIFICACIÓN MÚLTIPLE DE SONDAS DEPENDIENTE DE LIGACIÓN (MLPA) (1 O VARIOS GENES)	108.360	54.180				
03 04 010	ESTUDIO DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES POR AMPLIFICACIÓN MÚLTIPLE DE SONDAS DEPENDIENTE DE LIGACIÓN (MLPA) MAS ESTUDIO DE METILACION O SEGUNDO SET DE SONDAS (1 O VARIOS GENES)	127.980	63.990				
03 04 012	AMPLIFICACIÓN POR PCR EN TIEMPO REAL CUANTITATIVO CON SONDA	198.030	99.010				
03 04 013	AMPLIFICACIÓN DE ADN Y ARN POR PCR CONVENCIONAL DE 1 FRAGMENTO	179.080	89.540				
03 04 014	AMPLIFICACIÓN POR PCR MÁS ANÁLISIS POR RESTRICCIÓN ENZIMÁTICA	144.230	72.110				
03 04 015	FISH EN FROTIS FRESCOS DE MÉDULA ÓSEA, SANGRE, CONCENTRADO DE CÉLULAS PLASMÁTICAS SELECCIONADAS, BUSQUEDA DE ALTERACIONES ADQUIRIDAS	295.760	147.880				
03 04 016	CARIOTIPO MOLECULAR (HIBRIDACIÓN GENÓMICA COMPARATIVA EN MICROMATRICES) 60K (INCLUYE LA EXTRACCIÓN DE ADN) V.- INMUNOLOGIA A.- INMUNOQUIMICA	819.920	409.960				
03 05 001	ALFA -1- ANTITRIPSINA CUANTITATIVA	5.410	2.700	7.030	4.320	8.660	5.950
03 05 002	ALFA -2- MACROGLOBULINA	5.590	2.790	7.270	4.470	8.940	6.140
03 05 003	ALFA FETOPROTEÍNAS	5.250	2.620	6.830	4.200	8.400	5.770
03 05 004	TAMIZAJE DE ANTICUERPOS ANTI-ANTÍGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES (A- ENA) (INCLUYE SM, RNP, RO, LA, SCL- 70 Y JO- 1).	10.860	5.430	14.120	8.690	17.380	11.950
03 05 005	ANTICUERPOS ANTNUCLEARES (ANA), ANTIMITOCONDRIALES, ANTI DNA (ADNA), ANTI MÚSCULO LISO, ANTICENTRÓMERO, U OTROS, C/U.	7.640	3.820	9.930	6.110	12.220	8.400
03 05 007	ANTICUERPOS ESPECÍFICOS Y OTROS AUTOANTICUERPOS (ANTICUERPOS ANTITIROÍDEOS: ANTICUERPOS ANTMICROSOMALES Y ANTITIROGLOBULINAS Y OTROS ANTICUERPOS: PROSTÁTICO, ESPERMÍOS, ETC.) C/U	6.100	3.050	7.930	4.880	9.760	6.710
03 05 008	ANTIESTREPTOLISINA O, POR TÉCNICA DE LÁTEX	4.720	2.360	6.140	3.780	7.550	5.190
03 05 009	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	7.130	3.560	9.270	5.700	11.410	7.840
03 05 070	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	9.180	4.590	11.930	7.340	14.690	10.100
03 05 170	ANTÍGENO CA 125, CA 15-3 Y CA 19-9, C/U	9.510	4.750	12.360	7.600	15.220	10.460

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 05 010	BETA-2-MICROGLOBULINA	8.110	4.050	10.540	6.480	12.980	8.920
03 05 012	COMPLEMENTO C1Q, C2, C3, C4, ETC., C/U	4.720	2.360	6.140	3.780	7.550	5.190
03 05 013	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO (CH 50)	7.590	3.790	9.870	6.070	12.140	8.340
03 05 014	CRIOGLOBULINAS, PRECIPITACIÓN EN FRÍO (CUALITATIVA) O CUANTITATIVA C/U	1.290	640	1.680	1.030	2.060	1.410
03 05 019	FACTOR REUMATOÍDEO POR TÉCNICA DE LÁTEX U OTRAS SIMILARES	2.700	1.350	3.510	2.160	4.320	2.970
03 05 020	FACTOR REUMATOÍDEO POR TÉCNICA DE SCAT, WAALER ROSE, NEFELOMÉTRICAS Y/O TURBIDIMÉTRICAS	4.640	2.320	6.030	3.710	7.420	5.100
03 05 021	INHIBIDOR DE C1Q, C2 Y C3, C/U	5.920	2.960	7.700	4.740	9.470	6.510
03 05 025	INMUNOFIJACIÓN DE INMUNOGLOBULINA, C/U	9.380	4.690	12.190	7.500	15.010	10.320
03 05 026	INMUNOGLOBULINA IGA SECRETORA	4.430	2.210	5.760	3.540	7.090	4.870
03 05 027	INMUNOGLOBULINAS IGA, IGG, IGM, C/U	5.190	2.590	6.750	4.150	8.300	5.700
03 05 028	INMUNOGLOBULINAS IGE, IGD TOTAL, C/U	5.410	2.700	7.030	4.320	8.660	5.950
03 05 029	INMUNOGLOBULINAS IGE, IGG ESPECÍFICAS, C/U	5.320	2.660	6.920	4.260	8.510	5.850
03 05 030	PROTEÍNA C REACTIVA POR TÉCNICA DE LÁTEX U OTRAS SIMILARES	4.890	2.440	6.360	3.910	7.820	5.370
03 05 031	PROTEÍNA C REACTIVA POR TÉCNICAS AUTOMATIZADAS	6.130	3.060	7.970	4.900	9.810	6.740
03 05 081	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO (EMA, ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR (GBM), ANTIRETICULINA, POR IFI C/U.	11.440	5.720	14.870	9.150	18.300	12.580
03 05 181	ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (TTG)(INCLUYE IGG E IGA)	12.230	6.110	15.900	9.780	19.570	13.450
03 05 082	ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA), (INCLUYE C-ANCA Y P-ANCA), POR IFI.	16.360	8.180	21.270	13.090	26.180	18.000
03 05 083	DETERMINACIÓN DE ISOTIPOS DE ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (G-M-A-C'3), POR IFI, C/U.	7.850	3.920	10.210	6.280	12.560	8.630
03 05 084	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS (IGG, IGM), C/U	13.000	6.500	16.900	10.400	20.800	14.300
03 05 085	ANTICUERPOS ANTI LKM-1	23.230	11.610	30.200	18.580	37.170	25.550
03 05 086	ANTICUERPOS CONTRA PÉPTIDOS DEAMINADOS DE GLIADINA IGG E IGA	10.670	5.330	13.870	8.530	17.070	11.730
03 05 098	CROMOGRANINA A	49.300	24.650				
03 05 099	PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO, ANTICUERPOS IGG	38.150	19.070				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 05 104	ANTÍGENO PROSTÁTICO TOTAL Y LIBRE	24.260	12.130				
03 05 105	ANTICUERPOS ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA 1 (IGG, IGM), C/U	40.400	20.200				
03 05 106	ESTUDIO INMUNOLÓGICO DE DIABETES (INCLUYE DETERMINACIÓN SIMULTÁNEA DE ANTICUERPOS ANTI-CELULAS DE ISLOTES (ICA), AUTO ANTICUERPO INSULINA NATIVA (IAA), ANTI-ANTÍGENO DE INSULINOMA-2 (IA2) Y ANTI-GLUTAMATO DESCARBOXILASA (GADA).	107.720	53.860				
03 05 107	ANTICUERPOS ANTI-MPO (MIELOPEROXIDASA)	39.760	19.880				
03 05 108	ANTICUERPOS ANTI ANTÍGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES (A-ENA): SM, RNP, SS-A/RO, SS-B/LA, SCL-70, JO-1). C/U	22.820	11.410				
03 05 124	RECEPTOR DE TIROTROPINA (TRAB), ANTICUERPOS ANTI B.- INMUNOCELULARES	34.680	17.340				
03 05 035	DETECCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y TITULACIÓN DE CRIAAGLUTININAS	2.680	1.340	3.480	2.140	4.290	2.950
03 05 036	CRIAHEMOLISINAS	2.680	1.340	3.480	2.140	4.290	2.950
03 05 037	DIGESTIÓN FAGOCÍTICA NITROBLUE-TETRAZOLIUM CUALITATIVO Y CUANTITATIVO	8.000	4.000	10.400	6.400	12.800	8.800
03 05 038	FAGOCITOSIS: INGESTIÓN Y DIGESTIÓN (KILLING) DE LEVADURAS POR POLIMORFONUCLEARES	12.820	6.410	16.670	10.260	20.510	14.100
03 05 039	FAGOCITOSIS: INGESTIÓN Y DIGESTIÓN (KILLING) DE BACTERIAS POR POLIMORFONUCLEARES	13.690	6.840	17.800	10.950	21.900	15.050
03 05 040	INMUNOADHERENCIA DE LEUCOCITOS MACRÓFAGOS	6.430	3.210	8.360	5.140	10.290	7.070
03 05 041	INTRADERMORREACCIÓN (PPD, HISTOPLASMINA, ASPERGILINA, U OTROS, INCLUYE EL VALOR DEL ANTIÉGENO Y REACCIÓN DE CONTROL), C/U.	5.070	2.530	6.590	4.050	8.110	5.570
03 05 080	ESTUDIO PARA HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA	20.360	10.180	26.470	16.290	32.580	22.400
03 05 042	LIF O MIF	6.000	3.000	7.800	4.800	9.600	6.600
03 05 044	LINFOCITOS B (ROSETAS EAC) Y LINFOCITOS T (ROSETAS E) C/U	7.470	3.730	9.710	5.970	11.950	8.210
03 05 047	LINFOTOXINAS HUMANAS, DETECCIÓN DE	8.920	4.460	11.600	7.140	14.270	9.810
03 05 049	TRANSFORMACIÓN LINFOBLÁSTICA A DROGAS, ANÁLISIS DE TRANSFORMACIÓN ESPONTÁNEA CON ESTÍMULO INESPECÍFICO Y CON DIFERENTES CONCENTRACIONES DE LA DROGA EN 1000 CÉLULAS	28.110	14.050	36.540	22.480	44.980	30.920
03 05 089	LINFOCITOS B TOTALES (CD19). TÉCNICA CITOMETRÍA DE FLUJO	46.100	23.050	59.930	36.880	73.760	50.710
03 05 091	LINFOCITOS T (INCLUYE CD3, CD4, CD8). TÉCNICA CITOMETRÍA DE FLUJO	29.410	14.700	38.230	23.520	47.060	32.350

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 05 092	NATURAL KILLERS (INCLUYE CD16, CD 56). TÉCNICA CITOMETRÍA DE FLUJO	28.640	14.320	37.230	22.910	45.820	31.500
03 05 093	INMUNOFENOTIPO EN LEUCEMIAS AGUDAS	343.860	171.930				
03 05 094	INMUNOFENOTIPO EN SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVOS	293.070	146.530				
03 05 095	INMUNOFENOTIPO EN SÍNDROME MIELODISPLÁSICOS	298.410	149.200				
03 05 096	DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RESIDUAL MÍNIMA	189.510	94.750				
03 05 097	CUANTIFICACIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS CD 34	81.240	40.620				
	C.- HISTOCOMPATIBILIDAD						
03 05 110	ALOCROSS MATCH LINFOCITOS T Y LINFOCITOS B (CITOMETRÍA DE FLUJO)	289.910	144.950				
03 05 111	ANTICUERPO ANTI HLA CLASE I Y II SCREENING (LUMINEX)	64.750	32.370				
03 05 112	AUTOCROSSMATCH LINFOCITOS T Y B (CITOMETRÍA DE FLUJO)	289.910	144.950				
03 05 113	ESPECIFICIDAD DE ANTICUERPOS HLA CON ANTÍGENOS INDIVIDUALES CLASE I (LUMINEX)	246.100	123.050				
03 05 114	ESPECIFICIDAD DE ANTICUERPOS HLA CON ANTÍGENOS INDIVIDUALES CLASE II (LUMINEX)	289.910	144.950				
03 05 115	ESTUDIO RECEPTOR TRASPLANTADO CON DONANTE CADÁVER	466.350	233.170				
03 05 116	HLA-AB TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	174.330	87.160				
03 05 117	HLA-ABDR TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	289.910	144.950				
03 05 118	HLA-B27 TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	91.530	45.760				
03 05 119	HLA-C TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	106.420	53.210				
03 05 120	HLA-DP TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	106.420	53.210				
03 05 121	HLA-DQ TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	162.010	81.000				
03 05 122	HLA-DR TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	114.510	57.250				
03 05 123	SEROTECA MENSUAL Y MANTENCIÓN EN LISTA DE ESPERA	26.780	13.390				
	VI.- EXAMENES MICROBIOLOGICOS						
	A.- BACTERIAS Y HONGOS						

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
A.1 EXAMENES MICROSCOPICOS							
03 06 001	BACILOSCOPIA POR MÉTODO DE CONCENTRACIÓN	2.660	1.330	3.460	2.130	4.260	2.930
03 06 002	BACILOSCOPIA ZIEHL-NEELSEN, C/U	1.740	870	2.260	1.390	2.780	1.910
03 06 004	EXAMEN DIRECTO AL FRESCO, C/S TINCIÓN (INCLUYE TRICHOMONAS)	1.510	750	1.960	1.200	2.420	1.660
03 06 005	TINCIÓN DE GRAM	700	350	910	560	1.120	770
03 06 006	ULTRAMICROSCOPIA (INCLUYE TOMA DE MUESTRAS)	5.140	2.570	6.680	4.110	8.220	5.650
03 06 102	TINCIÓN DE TOLUIDINA	47.970	23.980				
A.2 CULTIVOS							
(Incluye la identificación bioquímica y serológica cuando corresponda)							
03 06 007	COPROCULTIVO, C/U	4.190	2.090	5.450	3.350	6.700	4.600
03 06 008	CULTIVO CORRIENTE (EXCEPTO COPROCULTIVO, HEMOCULTIVO Y UROCULTIVO) C/U	3.660	1.830	4.760	2.930	5.860	4.030
03 06 011	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIORGRAMA (CUALQUIER TÉCNICA) (INCLUYE TOMA DE ORINA ASÉPTICA Y FRASCO RECOLECTOR) (NO INCLUYE RECOLECTOR PEDIÁTRICO NI SONDA)	3.730	1.860	4.850	2.980	5.970	4.100
03 06 091	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO. INCLUYE ANTIORGRAMA CON CIM. 2 FRASCOS (COSTO NO INCLUIDO EN EL ARANCEL)	17.810	8.900	23.150	14.240	28.500	19.590
03 06 093	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO PARA MICOBACTERIAS.1 FRASCO (COSTO NO INCLUIDO EN EL ARANCEL)	18.780	9.390	24.410	15.020	30.050	20.660
03 06 101	CULTIVO DE LÍQUIDO DE CAVIDADES ESTÉRILES EN FRASCO DE HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO. INCLUYE ANTIORGRAMA POR DIFUSIÓN O DILUCIÓN (1 FRASCO, COSTO NO INCLUIDO EN ARANCEL).	21.770	10.880				
03 06 106	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO PARA HONGOS	20.920	10.460				
A.3 CULTIVOS ESPECIFICOS PARA							
03 06 012	CULTIVO PARA ANAEROBIOS (INCLUYE CÓD. 03-06-008)	8.930	4.460	11.610	7.140	14.290	9.820
03 06 013	CULTIVO PARA BORDETELLA	7.080	3.540	9.200	5.660	11.330	7.790
03 06 014	CULTIVO PARA CAMPYLOBACTER, YERSINIA, VIBRIO, C/U	5.360	2.680	6.970	4.290	8.580	5.900
03 06 016	NEISSERIA GONORRHOEAE (GONOCOCO)	2.990	1.490	3.890	2.390	4.780	3.280

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 017	CULTIVO PARA HONGOS (LEVADURAS Y FILAMENTOSOS)	2.710	1.350	3.520	2.160	4.340	2.980
03 06 117	CULTIVO PARA DERMATOFITOS	3.070	1.530	3.990	2.450	4.910	3.370
03 06 018	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS (INCLUYE BACILO DE KOCH)	4.620	2.310	6.010	3.700	7.390	5.080
03 06 019	CULTIVO PARA LEGIONELLA	6.220	3.110	8.090	4.980	9.950	6.840
03 06 022	CULTIVO Y TIPIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS	6.220	3.110	8.090	4.980	9.950	6.840
03 06 023	CULTIVO MYCOPLASMA Y UREAPLASMA, C/U.	6.360	3.180	8.270	5.090	10.180	7.000
03 06 099	STREPTOCOCCUS GRUPO B/ AGALACTIAE EN EMBARAZADA POR CULTIVO CON MEDIO SELECTIVO Y/O ENRIQUECIDO.	15.540	7.770				
03 06 100	CULTIVO ACCELERADO PARA MICOBACTERIAS	26.180	13.090				
	A.4 ANTIBIOGRAMA						
03 06 025	ANTIBIOGRAMA BACILO DE KOCH (CADA FÁRMACO)	5.310	2.650	6.900	4.240	8.500	5.840
03 06 026	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE (MÍNIMO 10 FÁRMACOS) (EN CASO DE UROCULTIVO NO CORRESPONDE SU COBRO; INCLUIDO EN EL VALOR 03-06-011)	2.710	1.350	3.520	2.160	4.340	2.980
03 06 027	ANTIBIOGRAMA DE ESTUDIO DE SENSIBILIDAD POR DILUCIÓN (CIM) (MÍNIMO 6 FÁRMACOS) (EN CASO DE UROCULTIVO, NO CORRESPONDE SU COBRO; INCLUIDO EN EL VALOR CÓDIGO 03-06-011)	8.160	4.080	10.610	6.530	13.060	8.980
03 06 028	ANTIFUNGIGRAMA (MÍNIMO 4 FÁRMACOS ANTIHONGOS)	2.730	1.360	3.550	2.180	4.370	3.000
	A.5 OTROS						
03 06 090	TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE STREPTOCOCCUS GRUPO A (PYOGENES)	6.130	3.060	7.970	4.900	9.810	6.740
03 06 097	CHLAMYDIA TRACHOMATIS Y NEISSERIA GONORRHOEAE DETECCIÓN POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR	42.710	21.350				
03 06 098	TOXINA CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN DEPOSICIONES TEST RÁPIDO	19.520	9.760				
03 06 107	PNEUMOCYSTIS JIROVECCI POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN TIEMPO REAL	84.930	42.460				
03 06 118	AMPLIFICACIÓN DE DNA DE BORDETELLA PERTUSSIS POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN TIEMPO REAL	64.090	32.040				
	A.6 SEROLOGICOS						
	(Determinación de antígenos o anticuerpos)						
03 06 033	BRUCELLA ABORTUS, MELITENSIS Y suis, ANTICUERPOS, POR AGLUTINACIÓN O ELISA	2.090	1.040	2.720	1.670	3.340	2.290

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 034	CLAMIDIAS POR INMUNOFLUORESCENCIA, PEROXIDASA, ELISA O SIMILARES	5.470	2.730	7.110	4.370	8.750	6.010
03 06 036	MONONUCLEOSIS, REACCIÓN DE PAUL BUNNELL, ANTICUERPOS HETERÓFILOS O SIMILARES	2.410	1.200	3.130	1.920	3.860	2.650
03 06 037	MYCOPLASMA IGG, IGM, C/U.	5.260	2.630	6.840	4.210	8.420	5.790
03 06 038	R.P.R.	2.720	1.360	3.540	2.180	4.350	2.990
03 06 039	TÍFICAS, REACCIONES DE AGLUTINACIÓN (EBERTH H Y O, PARATYPHI A Y B) (WIDAL)	3.580	1.790	4.650	2.860	5.730	3.940
03 06 041	TREPONEMA PALLIDUM FTA - ABS, MHA-TP C/U	5.020	2.510	6.530	4.020	8.030	5.520
03 06 042	V.D.R.L.	3.120	1.560	4.060	2.500	4.990	3.430
03 06 094	ANTÍGENO GALACTOMANANO	26.990	13.490	35.090	21.590	43.180	29.680
03 06 119	INTERFERÓN GAMMA TBC	102.400	51.200				
	B. PARASITOS						
	B.1 MACRO Y MICROSCOPICOS						
03 06 043	ARTRÓPODOS MACROSCÓPICOS Y MICROSCÓPICOS (IMAGOS Y/O PUPAS Y/O LARVAS), DIAGNÓSTICO DE	3.210	1.600	4.170	2.560	5.140	3.530
03 06 045	COPROPARASITARIO SERIADO CON TÉCNICA PARA CRYPTOSPORIDIUM SP O PARA DIANTAMOEBA FRAGILIS (INCLUYE LOS CÓDIGOS 03-06-048 Y/O 03-06-059 MÁS APLICACIÓN DE TECNICA DE FROTIS CON TINCIÓN TRICRÓMICA O TINCIÓN ZIEHL-NEELSEN EN POR LO MENOS 3 MUESTRAS, SEGÚN CORRESPONDA)	8.950	4.470	11.640	7.160	14.320	9.840
03 06 046	COPROPARASITARIO SERIADO PARA FASCIOLA HEPÁTICA (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO DE 10 MUESTRAS POR MÉTODO DE TELEMAN Y SIMULTANEAEMENTE POR TÉCNICA DE SEDIMENTACIÓN RÁPIDA (COPA CÓNICA)	20.400	10.200	26.520	16.320	32.640	22.440
03 06 047	COPROPARASITARIO SERIADO PARA ISOSPORA Y SARCOCYSTIS (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO DE 3 MUESTRAS SEPARADAS)	4.710	2.350	6.120	3.760	7.540	5.180
03 06 048	COPROPARASITOLÓGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO POR CONCENTRACIÓN DE TRES MUESTRAS SEPARADAS MÉTODO TELEMAN) (PROC. AUT.)	3.000	1.500	3.900	2.400	4.800	3.300
03 06 049	DIAGNÓSTICO DE PARÁSITOS EN JUGO DUODENAL Y/O BILIS, EXAMEN MACROSCÓPICO Y MICROSCÓPICO (DIRECTO Y/O CONCENTRACIÓN, C/S TINCION)	2.860	1.430	3.720	2.290	4.580	3.150
03 06 050	DIAGNÓSTICO PARASITARIO EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS ORGÁNICOS, EXAMEN MACRO Y MICROSCÓPICO DE (INCLUYE CONCENTRACIÓN Y/O TINCION CUANDO PROCEDA), C/U	3.010	1.500	3.910	2.400	4.820	3.310

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 051	GRAHAM, EXAMEN DE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO DE 5 MUESTRAS SEPARADAS)	2.120	1.060	2.760	1.700	3.390	2.330
03 06 052	ESTUDIO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS	1.770	880	2.300	1.410	2.830	1.940
03 06 053	HEMOPARÁSITOS, DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO DE (MÍNIMO 10 FROTIS Y/O GOTAS GRUESAS, C/S EXAMEN DIRECTO AL FRESCO), CADA SESIÓN	10.040	5.020	13.050	8.030	16.060	11.040
03 06 054	HEMOPARÁSITOS, DIAGNÓSTICO POR TÉCNICA DE MICROSTROUT O SIMILAR EN HASTA 10 TUBOS CAPILARES, CADA SESIÓN (CHAGAS)	11.150	5.570	14.500	8.920	17.840	12.260
03 06 056	RASPADO DE PIEL, EXAMEN MICROSCÓPICO DE ('ACAROTEST'): DE 6 A 10 PREPARACIONES	4.010	2.000	5.210	3.200	6.420	4.410
03 06 059	COPROPARASITOLÓGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO POR CONCENTRACIÓN DE TRES MUESTRAS SEPARADAS MÉTODO PAFS) (PROC. AUT.)	3.990	1.990	5.190	3.190	6.380	4.380
B.2. SEROLOGICOS							
(Determinación de antígenos y anticuerpos)							
03 06 061	PARÁSITOS IGG/IGM (CHAGAS, HIDATIDOSIS, TOXOCARIASIS Y OTROS POR ELISA O INMUNOFLUORESCENCIA), C/U	5.660	2.830	7.360	4.530	9.060	6.230
03 06 066	INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (TOXOPLASMOSIS, CHAGAS, AMEBIASIS Y OTRAS), C/U	6.170	3.080	8.020	4.930	9.870	6.780
03 06 095	PARÁSITOS: DETERMINACIÓN POR REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (PCR)	41.040	20.520	53.350	32.830	65.660	45.140
03 06 096	PARÁSITOS: TEST RÁPIDO ANTICUERPOS (CHAGAS Y OTROS)	10.780	5.390	14.010	8.620	17.250	11.860
C. VIRUS							
C.1 CULTIVOS							
03 06 068	AISLAMIENTO DE VIRUS (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, ENTEROVIRUS, HERPES, INFLUENZA, POLIO, SARAPIÓN Y OTROS), C/U	9.250	4.620	12.030	7.400	14.800	10.170
C.2 SEROLOGIA							
(Determinación de antígenos o anticuerpos)							
03 06 069	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE (SARS COV-2 IGM IGG), (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLE, RUBEOLA, INFLUENZA A Y B; VIRUS VARICELA-ZOSTER; VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO; PARAINFLUENZA 1, 2 Y 3; EPSTEIN BARR Y OTROS), C/U	6.290	3.140	8.180	5.030	10.060	6.910
03 06 169	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.	5.450	2.720	7.090	4.360	8.720	5.990
03 06 070	ANTÍGENOS VIRALES DETERM. DE (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLEX, RUBEOLA, INFLUENZA Y OTROS), (POR CUALQUIER TÉCNICA EJ: INMUNOFLUORESCENCIA), C/U	5.630	2.810	7.320	4.500	9.010	6.190

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 170	ANTÍGENOS VIRALES DETERM. DE ROTAVIRUS, POR CUALQUIER TÉCNICA	5.160	2.580	6.710	4.130	8.260	5.680
03 06 270	ANTÍGENOS VIRALES DETERM. DE VIRUS SINCICIAL, POR CUALQUIER TÉCNICA	5.950	2.970	7.740	4.760	9.520	6.540
03 06 074	VIRUS HEPATITIS A, ANTICUERPOS IGG, IGM O TOTALES C/U	7.720	3.860	10.040	6.180	12.350	8.490
03 06 075	VIRUS HEPATITIS B, ANTICUERPO DEL ANTÍGENO E DEL	7.560	3.780	9.830	6.050	12.100	8.320
03 06 076	VIRUS HEPATITIS B, ANTICORE TOTAL DEL (ANTI HBC TOTAL)	7.730	3.860	10.050	6.180	12.370	8.500
03 06 078	VIRUS HEPATITIS B, ANTÍGENO E DEL (HBEAG)	6.990	3.490	9.090	5.590	11.180	7.680
03 06 079	VIRUS HEPATITIS B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE (HBSAG)	5.520	2.760	7.180	4.420	8.830	6.070
03 06 080	VIRUS HEPATITIS B, ANTICORE IGM DEL (ANTI HBC IGM)	7.690	3.840	10.000	6.150	12.300	8.450
03 06 081	VIRUS HEPATITIS C, ANTICUERPOS DE (ANTI HCV)	8.430	4.210	10.960	6.740	13.490	9.270
03 06 082	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN TIEMPO REAL, SARS COV-2, (INCLUYE TOMA MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO).	25.150	12.570				
03 06 182	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN TIEMPO REAL, VIRUS INFLUENZA, VIRUS HERPES, CITOMEGALOVIRUS, HEPATITIS C, MYCOBACTERIA TBC, C/U (INCLUYE TOMA MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO).	29.190	14.590				
03 06 083	CITOMEGALOVIRUS (CMV) SHELL VIAL AISLAMIENTO RÁPIDO	74.900	37.450				
03 06 084	HEPATITIS B, CARGA VIRAL	114.200	57.100				
03 06 085	HEPATITIS C CARGA VIRAL. TÉCNICA PCR	127.070	63.530				
03 06 086	VIH, CARGA VIRAL	67.530	33.760				
03 06 087	VIRUS EPSTEIN BARR (VEB) CARGA VIRAL. TÉCNICA PCR	158.450	79.220				
03 06 088	POLIOMA (BK) VIRUS CARGA VIRAL. TÉCNICA PCR	98.160	49.080				
03 06 109	VIH, GENOTIPIFICACIÓN ANTIVIRALES	433.950	216.970				
03 06 110	PCR METAPNEUMOVIRUS	79.380	39.690				
03 06 111	HTLV I Y II DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS VIRALES	77.540	38.770				
03 06 112	VIH, ANTICUERPOS Y ANTÍGENOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.	7.300	3.650				
03 06 113	VIH, REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO	63.510	31.750				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 120	PANEL VIRAL DIARREA POR PCR (DETERMINACIÓN DE ROTAVIRUS, NOROVIRUS G1, NOROVIRUS G2, ASTROVIRUS, ADENOVIRUS)	125.790	62.890				
03 06 121	HANTA VIRUS, ANTICUERPOS IGM TEST RÁPIDO	68.510	34.250				
03 06 122	PANEL VIRUS RESPIRATORIO MOLECULAR (15 A 17 VIRUS) (ADENOVIRUS, VRS A, VRS B, PARAINFLUENZA 1,2,3,4, INFLUENZA A Y B, INFLUENZA A H1N1, BOCAVIRUS, CORONAVIRUS (2 TIPOS), RINOVIRUS, ENTEROVIRUS.	86.470	43.230				
03 06 123	VIRUS PAPILOMA HUMANO POR PCR CON GENOTIPIFICACIÓN DE PAPILOMA DE ALTO RIESGO DE CÁNCER CÉRVIDO UTERINO TIPOS 16 Y 18	27.650	13.820	35.950	22.120	44.240	30.410
03 06 146	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) VIRUS VIRUELA SÍMICA (INCLUYE HISOPADO DE LESIONES CUTÁNEAS).	29.310	14.650				
03 06 271	TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS SARS-COV-2 (INCLUYE TOMA DE MUESTRA)	9.540	4.770				
VII.- PROCEDIMIENTOS O DETERMINACIONES DIRECTAMENTE CON EL PACIENTE							
(No incluye los fármacos ni los exámenes bioquímicos que correspondan)							
03 07 001	DIETILENDIAMINA TETRAACETATO DE SODIO CROMO (EDTA CR 51)	6.020	3.010	7.830	4.820	9.630	6.620
03 07 002	PRUEBA DE LA SED (VOLUMEN, DENSIDAD, OSMOLALIDAD SERIADA EN SANGRE Y ORINA)	5.320	2.660	6.920	4.260	8.510	5.850
03 07 005	REACCIÓN CUTÁNEA DE PARCHE C/U	810	400	1.050	640	1.300	890
03 07 006	SOBRECARGA HÍDRICA	1.890	940	2.460	1.510	3.020	2.070
03 07 007	TEST DEL SUDOR (PROCEDIMIENTO COMPLETO)	15.800	7.900	20.540	12.640	25.280	17.380
03 07 008	VASOPRESINA TEST O SIMILARES (INCLUYE ADEMÁS MEDICIONES DE DIURESIS)	4.510	2.250	5.860	3.600	7.220	4.960
TOMA DE MUESTRAS							
(Incluye procedimiento y el material)							
DE SANGRE							
03 07 009	ARTERIAL EN ADULTOS	1.220	610	1.590	980	1.950	1.340
03 07 010	ARTERIAL EN NIÑOS Y LACTANTES	1.800	900	2.340	1.440	2.880	1.980
03 07 011	VENOSA EN ADULTOS	890	440	1.160	710	1.420	970
03 07 012	VENOSA EN NIÑOS Y LACTANTES	820	410	1.070	660	1.310	900
03 07 013	CON TÉCNICA ASÉPTICA PARA HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO, C/U, NO INCLUYE FRASCO	1.410	700	1.830	1.120	2.260	1.550

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 07 014	CAPILAR (ADULTOS, NIÑOS Y LACTANTES)	840	420	1.090	670	1.340	920
	DE ORINA, EXUDADOS, SECRECIONES Y LIQUIDOS DE CAVIDADES SEROSAS						
03 07 016	PUNCIÓN TRAQUEAL	2.440	1.220	3.170	1.950	3.900	2.680
03 07 017	PUNCIÓN VESICAL EN RECIÉN NACIDOS	2.650	1.320	3.450	2.120	4.240	2.910
03 07 018	PUNCIÓN MEDULAR ÓSEA	14.200	7.100	18.460	11.360	22.720	15.620
03 07 023	ASPIRADOS NASOFARÍNGEO PARA ADULTO Y NIÑO.	2.500	1.250	3.250	2.000	4.000	2.750
03 07 024	REACCIÓN CUTÁNEA A ALERGENOS (INCLUYE EL VALOR DE LOS ALERGENOS)	7.380	3.690	9.590	5.900	11.810	8.120
	VIII.- EXAMENES DE DEPOSICIONES, EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS						
	A. DEPOSICIONES						
03 08 001	AZÚCARES REDUCTORES (BENEDICT-FEHLING O SIMILAR)	1.150	570	1.500	920	1.840	1.260
03 08 003	GRASAS NEUTRAS (SUDÁN III)	660	330	860	530	1.060	730
03 08 004	HEMORRAGIAS OCULTAS, (BENCIDINA, GUAYACO O TEST DE WEBER Y SIMILARES), CUALQUIER MÉTODO, C/MUESTRA	1.190	590	1.550	950	1.900	1.300
03 08 005	LEUCOCITOS FETALES	1.190	590	1.550	950	1.900	1.300
03 08 006	PH EN DEPOSICIONES	660	330	860	530	1.060	730
03 08 007	ELASTASA FECAL	77.460	38.730				
03 08 047	ESTEATOCRITO	16.550	8.270				
03 08 049	CALPROTECTINA CUANTITATIVA POR ELISA	46.190	23.090				
03 08 062	ANÁLISIS INMUNOQUÍMICO/INMUNOLÓGICO DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES	14.220	7.110				
03 08 063	TEST DE HELICOBACTER PYLORI EN DEPOSICIONES	29.560	14.780				
	B. EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS						
	(Amniótico, articular, ascítico, bronquial, digestivo, ginecológico, L.C.R., nasal, pericárdico, pleural, seminal u otros).						
03 08 009	CÉLULAS NEOPLÁSICAS EN FLUIDOS BIOLÓGICOS	5.010	2.500	6.510	4.000	8.020	5.510
03 08 010	CITOLÓGICO C/S TINCIÓN (INCLUYE EXAMEN AL FRESCO, RECUENTO CELULAR Y CITOLÓGICO PORCENTUAL)	3.370	1.680	4.380	2.690	5.390	3.700

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 08 011	DIRECTO AL FRESCO C/S TINCIÓN, (INCLUYE TRICHOMONAS)	1.560	780	2.030	1.250	2.500	1.720
03 08 012	ELECTROLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO), EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS, C/U	1.660	830	2.160	1.330	2.660	1.830
03 08 013	EOSINÓFILOS EN SECRECIONES	820	410	1.070	660	1.310	900
03 08 014	FÍSICO-QUÍMICO (INCLUYE ASPECTO, COLOR, PH, GLUCOSA, PROTEÍNA, PANDY Y FILANCIA)	2.830	1.410	3.680	2.260	4.530	3.110
03 08 015	GLUCOSA EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	740	370	960	590	1.180	810
03 08 016	MUCINA, DETERMINACIÓN DE	1.190	590	1.550	950	1.900	1.300
03 08 017	PH EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS (PROC. AUT.)	710	350	920	560	1.140	780
03 08 019	PROTEÍNAS, ELECTROFORÉSIS DE (INCLUYE PROTEÍNAS TOTALES) EN OTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	6.710	3.350	8.720	5.360	10.740	7.380
03 08 020	BANDAS OLIGOCLONALES (INCLUYE ELECTROFORESIS DE L.C.R., SUERO E INMUNOFIJACIÓN)	26.310	13.150	34.200	21.040	42.100	28.940
03 08 021	GLUTAMINA	2.040	1.020	2.650	1.630	3.260	2.240
03 08 022	ÍNDICE IGG/ALBÚMINA (INCLUYE DETERM. DE IGG Y ALBÚMINA EN L.C.R. Y SUERO)	14.610	7.300	18.990	11.680	23.380	16.070
03 08 023	ESTUDIO DE CRISTALES (CON LUZ POLARIZADA)	1.770	880	2.300	1.410	2.830	1.940
03 08 025	PRUEBA DE ESTIMULACIÓN MÁXIMA CON HISTAMINA, MÍNIMO 5 MUESTRAS (NO INCLUYE LA HISTAMINA NI EL ANTIHISTAMÍNICO).	5.930	2.960	7.710	4.740	9.490	6.520
03 08 029	ESPERMIOGRAMA (FÍSICO Y MICROSCÓPICO, CON O SIN OBSERVACIÓN HASTA 24 HORAS)	4.790	2.390	6.230	3.830	7.660	5.260
03 08 030	FOSFATASA ÁCIDA PROSTÁTICA	3.220	1.610	4.190	2.580	5.150	3.540
03 08 031	FRUCTOSA SEMINAL	2.060	1.030	2.680	1.650	3.300	2.270
03 08 033	CÉLULAS ANARANJADAS (PROC. AUT.)	810	400	1.050	640	1.300	890
03 08 034	CONTAMINANTES (MECONIO Y SANGRE) (PROC. AUT.)	1.180	590	1.530	940	1.890	1.300
03 08 035	CREATININA EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS (PROC. AUT.)	1.300	650	1.690	1.040	2.080	1.430
03 08 036	FOSFATIDIL GLICEROL Y/O FOSFATIDIL INOSITOL	7.940	3.970	10.320	6.350	12.700	8.730
03 08 037	ÍNDICE DE BILIRRUBINA (PRUEBA DE LILEY)	1.590	790	2.070	1.270	2.540	1.740
03 08 038	ÍNDICE LECITINA/ESFINGOMIELINA	6.020	3.010	7.830	4.820	9.630	6.620
03 08 039	MADUREZ FETAL COMPLETA (FÍSICO; CÉLULAS ANARANJADAS, BILIRRUBINA, TEST DE CLEMENTS, CREATININA, CONTAMINANTES)	7.690	3.840	10.000	6.150	12.300	8.450

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 08 040	TEST DE CLEMENTS (PROC. AUT.)	1.340	670	1.740	1.070	2.140	1.470
03 08 041	COLPOCITOGRAMA	2.720	1.360	3.540	2.180	4.350	2.990
03 08 043	MOCO-SEmen, PRUEBA DE COMPATIBILIDAD	2.570	1.280	3.340	2.050	4.110	2.820
03 08 044	FLUJO VAGINAL O SECRECIÓN URETRAL, ESTUDIO DE (INCLUYE TOMA DE MUESTRA Y CÓDIGOS 03-06-004, 03-06-005, 03-06-008, 03-06-017 Y 03-06-026)	7.850	3.920	10.210	6.280	12.560	8.630
03 08 045	AMILASA EN LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	4.740	2.370	6.160	3.790	7.580	5.210
03 08 046	LIPASA EN LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	3.120	1.560	4.060	2.500	4.990	3.430
03 08 050	PROTEÍNAS TOTALES EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	1.540	770	2.000	1.230	2.460	1.690
03 08 051	ALBÚMINAS EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	1.540	770	2.000	1.230	2.460	1.690
	IX.- EXAMENES ORINA						
03 09 001	ACIDO ASCÓRBICO	2.630	1.310	3.420	2.100	4.210	2.890
03 09 002	ACIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO	4.620	2.310	6.010	3.700	7.390	5.080
03 09 004	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA (CUANTITATIVO)	2.230	1.110	2.900	1.780	3.570	2.450
03 09 005	ACIDO 5 HIDROXIINDOLACÉTICO CUANTITATIVO	5.530	2.760	7.190	4.420	8.850	6.080
03 09 006	AMILASA CUANTITATIVA EN ORINA	2.730	1.360	3.550	2.180	4.370	3.000
03 09 007	AMINOÁCIDOS EN ORINA (CUALITATIVO)(EXCEPTO FENILALANINA, PKU)	5.880	2.940	7.640	4.700	9.410	6.470
03 09 008	CALCIO CUANTITATIVO EN ORINA	2.060	1.030	2.680	1.650	3.300	2.270
03 09 009	CÁLCULO URINARIO (EXAMEN FÍSICO Y QUÍMICO)	4.900	2.450	6.370	3.920	7.840	5.390
03 09 010	CREENINA CUANTITATIVA EN ORINA	1.560	780	2.030	1.250	2.500	1.720
03 09 012	ELECTRÓLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U, EN ORINA	1.590	790	2.070	1.270	2.540	1.740
03 09 013	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA	2.860	1.430	3.720	2.290	4.580	3.150
03 09 014	GONADOTROFINA CORIÓNICA, SUB-UNIDAD BETA EN ORINA (TEST RÁPIDO)	2.720	1.360	3.540	2.180	4.350	2.990
03 09 015	FÓSFORO CUANTITATIVO EN ORINA	2.060	1.030	2.680	1.650	3.300	2.270

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 09 016	GLUCOSA (CUANTITATIVO), EN ORINA	1.410	700	1.830	1.120	2.260	1.550
03 09 035	HEMOSIDERINA	1.550	770	2.020	1.240	2.480	1.700
03 09 017	HIDROXIPROLINA EN ORINA	4.660	2.330	6.060	3.730	7.460	5.130
03 09 019	MUCOPOLISACÁRIDOS	6.020	3.010	7.830	4.820	9.630	6.620
03 09 020	NITRÓGENO UREICO O UREA EN ORINA (CUANTITATIVO)	860	430	1.120	690	1.380	950
03 09 021	NUCLEÓTIDOS CÍCLICOS (CAMP, CGM, U OTROS) C/U	5.100	2.550	6.630	4.080	8.160	5.610
03 09 022	ORINA COMPLETA, (INCLUYE CÓD. 03-09-023 Y 03-09-024)	1.930	960	2.510	1.540	3.090	2.120
03 09 023	ORINA, FÍSICO-QUÍMICO (ASPECTO, COLOR, DENSIDAD, PH; PROTEÍNAS, GLUCOSA, CUERPOS CETÓNICOS, UROBILINOGENO, BILIRRUBINA, HEMOGLOBINA Y NITRITOS, DETERMINACIÓN CUALITATIVA O SEMI CUANTITATIVA) TODOS O CADA UNO DE LOS PARÁMETROS (PROC. AUT.)	1.410	700	1.830	1.120	2.260	1.550
03 09 024	SEDIMENTO DE ORINA (PROC. AUT.)	1.110	550	1.440	880	1.780	1.220
03 09 025	OSMOLALIDAD	1.910	950	2.480	1.520	3.060	2.100
03 09 027	PORFIRINAS, C/U	2.610	1.300	3.390	2.080	4.180	2.870
03 09 028	PROTEÍNA (CUANTITATIVA), EN ORINA	1.800	900	2.340	1.440	2.880	1.980
03 09 029	PROTEÍNAS DE BENCE-JONES PRUEBA TÉRMICA	1.160	580	1.510	930	1.860	1.280
03 09 034	ARSENICO EN ORINA (MUESTRA AISLADA)	47.520	23.760				
03 09 036	COBRE EN ORINA	32.240	16.120				
03 09 044	ÁCIDOS ORGÁNICOS, ORINA	299.550	149.770				
03 09 046	SCREENING DE MUCOPOLISACARIDOS	127.700	63.850				
GRUPO : 04							
IMAGENOLOGIA							

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

I.- EXAMENES RADIOLOGICOS.

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
A.- EXAMENES RADIOLOGICOS SIMPLES							
04 01 001	RADIOGRAFÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES 'SIALOGRAFÍA'	25.590	12.790	33.270	20.470	40.940	28.140
CUELLO							
04 01 002	RADIOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS, LARINGE LATERAL, CAVUM RINOFRARÍNGEO (RINOFRINX).	9.560	4.780	12.430	7.650	15.300	10.520
TORAX							
04 01 004	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX, PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA (OBICUAS, SELECTIVAS U OTRAS)	8.800	4.400	11.440	7.040	14.080	9.680
04 01 008	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX FRONTAL O LATERAL CON EQUIPO MÓVIL FUERA DEL DEPARTAMENTO DE RAYOS.	12.450	6.220	16.190	9.960	19.920	13.690
04 01 009	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX SIMPLE FRONTAL O LATERAL	10.860	5.430	14.120	8.690	17.380	11.950
04 01 070	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX FRONTAL Y LATERAL	19.580	9.790	25.450	15.660	31.330	21.540
GLANDULAS MAMARIAS							
04 01 010	MAMOGRAFÍA BILATERAL	23.090	11.540	30.020	18.470	36.940	25.390
04 01 110	MAMOGRAFÍA UNILATERAL	13.560	6.780	17.630	10.850	21.700	14.920
04 01 130	MAMOGRAFÍA PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA (AXILAR U OTRAS)	4.950	2.470	6.440	3.960	7.920	5.440
04 01 011	MARCACIÓN PREOPERATORIA DE LESIONES DE LA MAMA	31.700	15.850	41.210	25.360	50.720	34.870
04 01 012	RADIOGRAFÍA DE MAMA, PIEZA OPERATORIA	9.310	4.650	12.100	7.440	14.900	10.240
ABDOMEN							
04 01 013	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	9.950	4.970	12.940	7.960	15.920	10.940
04 01 014	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE, PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA (LATERAL Y/O OBPLICUA)	7.170	3.580	9.320	5.730	11.470	7.880
APARATO DIGESTIVO							
04 01 015	COLANGIOGRAFÍA INTRA O POSTOPERATORIA (POR SONDA T, O SIMILAR)	23.210	11.600	30.170	18.560	37.140	25.530
04 01 018	ENEMA BARITADO DEL COLON (INCLUYE LLENE Y CONTROL POST-VACIAMIENTO)	47.550	23.770	61.820	38.040	76.080	52.300
04 01 019	ENEMA BARITADO DEL COLON O INTESTINO DELGADO, DOBLE CONTRASTE	45.900	22.950	59.670	36.720	73.440	50.490
04 01 020	ESOFAGOGRAMA (INCLUYE PESQUISA DE CUERPO EXTRAÑO) (PROC.AUT.)	21.770	10.880	28.300	17.410	34.830	23.940

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 01 021	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO, RELLENO Y/O DOBLE CONTRASTE	40.380	20.190	52.490	32.300	64.610	44.420
04 01 022	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE DEGLUCIÓN FARÍNGEA	18.150	9.070	23.600	14.520	29.040	19.960
04 01 023	ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL INTESTINO DELGADO	33.610	16.800	43.690	26.880	53.780	36.970
04 01 024	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO, SIMPLE EN NIÑOS	33.470	16.730	43.510	26.770	53.550	36.810
04 01 073	VIDEOFLUOROSCOPIA PARA ESTUDIO DE DEGLUCIÓN APARATO UROGENITAL	119.200	59.600				
04 01 027	PIELOGRAFÍA DE ELIMINACIÓN O DESCENDENTE: INCLUYE RENAL Y VESICAL SIMPLES PREVIAS, 3 PLACAS POST INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE, CONTROLES DE PIE Y CISTOGRAFÍA PRE Y POST MICCIONAL.	42.760	21.380	55.590	34.210	68.420	47.040
04 01 028	RADIOGRAFÍA RENAL SIMPLE (PROC. AUT.)	9.160	4.580	11.910	7.330	14.660	10.080
04 01 029	RADIOGRAFÍA VESICAL SIMPLE O PERIVESICAL (PROC. AUT.) CRANEO	7.890	3.940	10.260	6.310	12.620	8.670
04 01 031	RADIOGRAFÍA DE CAVIDADES PERINASALES, ÓRBITAS, ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES, HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ, MALAR, MAXILAR, ARCO CIGOMÁTICO Y CARA	10.780	5.390	14.010	8.620	17.250	11.860
04 01 032	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO FRONTAL Y LATERAL	11.270	5.630	14.650	9.010	18.030	12.390
04 01 033	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO PROYECCIÓN ESPECIAL DE BASE DE CRÁNEO (TOWNE)	7.900	3.950	10.270	6.320	12.640	8.690
04 01 035	RADIOGRAFÍA DE OÍDO, UNILATERAL O BILATERAL	13.640	6.820	17.730	10.910	21.820	15.000
04 01 040	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA FRONTAL Y LATERAL COLUMNAS VERTEBRALES	12.600	6.300	16.380	10.080	20.160	13.860
04 01 042	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL O ATLAS-AXIS (FRONTAL Y LATERAL)	10.860	5.430	14.120	8.690	17.380	11.950
04 01 043	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL (FRONTAL, LATERAL Y OBLICUAS)	18.280	9.140	23.760	14.620	29.250	20.110
04 01 044	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL FLEXIÓN Y EXTENSIÓN (DINÁMICAS)	10.250	5.120	13.330	8.200	16.400	11.270
04 01 045	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL O DORSOLUMBAR LOCALIZADA, PARRILLA COSTAL (FRONTAL Y LATERAL)	12.650	6.320	16.450	10.120	20.240	13.910
04 01 046	RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA (FRONTAL, LATERAL Y FOCALIZADA EN EL 5º ESPACIO)	18.720	9.360	24.340	14.980	29.950	20.590

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 01 047	RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA FLEXIÓN Y EXTENSIÓN (DINÁMICAS)	15.220	7.610	19.790	12.180	24.350	16.740
04 01 048	RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA, OBЛИCUAS ADICIONALES	10.250	5.120	13.330	8.200	16.400	11.270
04 01 049	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TOTAL, PANORÁMICA CON FOLIO GRADUADO FRONTEL O LATERAL	14.000	7.000	18.200	11.200	22.400	15.400
04 01 051	RADIOGRAFÍA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL	8.320	4.160	10.820	6.660	13.310	9.150
04 01 151	RADIOGRAFÍA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL DE RN, LACTANTE O NIÑO MENOR DE 6 AÑOS.	7.940	3.970	10.320	6.350	12.700	8.730
04 01 052	RADIOGRAFÍA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL, PROYECCIONES ESPECIALES; (ROTACIÓN INTERNA, ABDUCCIÓN, LATERAL, LAWENSTEIN U OTRAS)	7.590	3.790	9.870	6.070	12.140	8.340
04 01 053	RADIOGRAFÍA DE SACROCOXIS O ARTICULACIONES SACROLÍACAS.	11.420	5.710	14.850	9.140	18.270	12.560
EXTREMIDADES							
04 01 054	RADIOGRAFÍA DE BRAZO, ANTEBRAZO, CODO, MUÑECA, MANO, DEDOS, PIE (FRONTEL Y LATERAL)	9.470	4.730	12.310	7.570	15.150	10.410
04 01 055	RADIOGRAFÍA DE CLAVÍCULA.	11.080	5.540	14.400	8.860	17.730	12.190
04 01 056	RADIOGRAFÍA EDAD ÓSEA: CARPO Y MANO	7.900	3.950	10.270	6.320	12.640	8.690
04 01 057	RADIOGRAFÍA EDAD ÓSEA : RODILLA FRONTEL	8.240	4.120	10.710	6.590	13.180	9.060
04 01 058	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE ESCAFOIDES	12.390	6.190	16.110	9.910	19.820	13.620
04 01 059	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE MUÑECA O TOBILLO FRONTEL LATERAL Y OBЛИCUAS	10.710	5.350	13.920	8.560	17.140	11.780
04 01 060	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO, FÉMUR, RODILLA, PIerna, COSTILLA O ESTERNÓN FRONTEL Y LATERAL	11.200	5.600	14.560	8.960	17.920	12.320
04 01 062	RADIOGRAFÍA DE PROYECCIONES ESPECIALES OBЛИCUAS U OTRAS EN HOMBRO, BRAZO, CODO, RODILLA, RÓTULAS, SESAMOIDES, AXIAL DE AMBAS RÓTULAS O SIMILARES	7.790	3.890	10.130	6.230	12.460	8.560
04 01 063	RADIOGRAFÍA DE TÚNEL INTERCONDÍLEO O RADIO-CARPIANO	7.590	3.790	9.870	6.070	12.140	8.340
PROCEDIMIENTO FLUOROSCOPICO DE APOYO:							
04 01 064	APOYO FLUOROSCÓPICO A PROCEDIMIENTOS INTRAOPERATORIOS Y/O BIOPSIA (NO INCLUYE EL PROC.)	9.210	4.600	11.970	7.360	14.740	10.130
B.- EXAMENES RADIOLOGICOS COMPLEJOS							

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

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
GLANDULAS MAMARIAS							
04 02 005	GALACTOGRAFÍA, UNILATERAL	11.810	5.900	15.350	9.440	18.900	12.990
ABDOMEN							
04 02 008	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (A.C.18-01-018; 5-7 EXP)	31.050	15.520	40.370	24.840	49.680	34.150
04 02 009	FISTULOGRAFÍA (A.C. 18-01-020) (3 EXP.)	8.460	4.230	11.000	6.770	13.540	9.310
APARATO UROGENITAL							
04 02 011	HISTEROSALPINGOGRAFÍA (A.C. 20-01-013) (4 EXP.; INCLUYE PRUEBA DE COTTE TARDÍA)	24.120	12.060	31.360	19.300	38.590	26.530
04 02 012	PIELOGRAFÍA ASCENDENTE (A.C. 19-01-015) (3 EXP.)	27.620	13.810	35.910	22.100	44.190	30.380
04 02 014	URETRO Y/O CISTOURETROGRAFÍA MICCIONAL RETRÓGRADA (A.C. 19-01-016) (5 EXP.)	25.870	12.930	33.630	20.690	41.390	28.450
COLUMNAS							
04 02 015	ARTROGRAFÍA FACETARIA	38.150	19.070	49.600	30.520	61.040	41.960
CARDIOVASCULARES							
04 02 019	ANGIOGRAFÍA SELECTIVA DE CARÓTIDA EXTERNA O INTERNA (A.C 17-01-061 AL 17-01-069, SEGÚN CORRESPONDA)	42.730	21.360	55.550	34.180	68.370	47.000
04 02 020	ANGIOGRAFÍA SELECTIVA MEDULAR (A.C 17-01-061 AL 17-01-069, SEGÚN CORRESPONDA)	44.090	22.040	57.320	35.270	70.540	48.490
04 02 022	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL CORONARIA. PROCEDIMIENTO RADIOLÓGICO. (A.C.17-01-031)	69.290	34.640	90.080	55.430	110.860	76.210
04 02 023	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL PERIFÉRICA. PROCEDIMIENTO RADIOLÓGICO. (A.C. 17-01-032)	48.270	24.130	62.750	38.610	77.230	53.090
04 02 024	AORTOGRAFÍA CON AOT O CINEANGIOGRAFÍA (A.C. 17-01-022)	50.590	25.290	65.770	40.470	80.940	55.640
04 02 025	ARTERIOGRAFÍA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES UNILATERAL (A.C.17-01-023)	31.970	15.980	41.560	25.570	51.150	35.160
04 02 027	ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA CON AOT O CINEANGIOGRAFÍA (PULMONAR, RENAL, TRONCO CELÍACO O SIMILAR) C/U. (A.C 17-01-061 AL 17-01-069, SEGÚN CORRESPONDA)	59.430	29.710	77.260	47.540	95.090	65.370
04 02 029	ARTERIOGRAFÍA DE VASOS DEL CUELLO (CARÓTIDAS Y VERTEBRALES) (A.C. 11-01-013)	43.440	21.720	56.470	34.750	69.500	47.780
04 02 030	CINECORONARIOGRAFÍA (A.C. 17-01-019)	54.030	27.010	70.240	43.220	86.450	59.430
04 02 031	EMBOLIZACIÓN O BALONIZACIÓN (A.C. DE LA ANGIOGRAFÍA CORRESPONDIENTE) (INCLUYE CONTROL RADIOLÓGICO INMEDIATO)	33.920	16.960	44.100	27.140	54.270	37.310

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 02 032	INSTALACIÓN DE CATÉTER O SONDA INTRACARDÍACA, CONTROL POR RADIÓLOGO DE (A.C. 17-01-020, 17-01-021, 17-01-011 O 17-01-014, SEGÚN CORRESPONDA)	23.700	11.850	30.810	18.960	37.920	26.070
04 02 033	VENTRICULOGRAFÍA DERECHA Y/O IZQUIERDA (A.C. 17-01-011, 17-01-020 Ó 17-01-021 Ó 17-01-041 Ó 17-01-42 O 17-01-43, SEGUN CORRESPONDA)	54.030	27.010	70.240	43.220	86.450	59.430
FLEBOGRAFIAS							
04 02 035	CAVOGRAFÍA (A.C. 17-01-025)	30.560	15.280	39.730	24.450	48.900	33.620
04 02 038	FLEBOGRAFÍA EXTREMIDAD INFERIOR O SUPERIOR, UNILATERAL (A.C. 17-01-026) CADA EXTREMIDAD.	27.030	13.510	35.140	21.620	43.250	29.730
04 02 041	FLEBOGRAFÍA SELECTIVA DE VENAS HEPÁTICAS, RENALES, GONADALES, PÉLVICAS. (A.C. 17-01-027)	30.560	15.280	39.730	24.450	48.900	33.620
MIELOGRAFIAS							
04 02 050	MIELOGRAFÍA POR PUNCIÓN LUMBAR CON CONTRASTE HIDROSOLUBLE (A.C. 11-01-025)	37.100	18.550	48.230	29.680	59.360	40.810
II.- TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA							
(Los valores de las prestaciones no incluyen el medio de contraste)							
04 03 001	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CRÁNEO ENCEFÁLICA	68.500	34.250	89.050	54.800	109.600	75.350
04 03 002	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS	72.080	36.040	93.700	57.660	115.330	79.290
04 03 003	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE FOSA POSTERIOR	61.910	30.950	80.480	49.520	99.060	68.100
04 03 006	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TEMPORAL-OÍDO	59.450	29.720	77.290	47.560	95.120	65.390
04 03 007	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ÓRBITAS MAXILOFACIAL	79.490	39.740	103.340	63.590	127.180	87.430
04 03 008	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNAS CERVICAL	87.080	43.540	113.200	69.660	139.330	95.790
04 03 018	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA DORSAL. INCLUYE MÍNIMO 6 ESPACIOS	76.300	38.150	99.190	61.040	122.080	83.930
04 03 019	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA LUMBAR	76.300	38.150	99.190	61.040	122.080	83.930
04 03 012	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CUELLO, PARTES BLANDAS	64.350	32.170	83.660	51.480	102.960	70.780
04 03 013	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX. INCLUYE ADEMÁS: ESTERNÓN, CLAVÍCULAS, ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR, ESCÁPULA, COSTILLAS, ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR. INCLUYE TODO EL TÓRAX O CADA SEGMENTO O ARTICULACIÓN. INCLUYE BILATERALIDAD	101.640	50.820	132.130	81.310	162.620	111.800

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 03 014	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN (HÍGADO, VÍAS Y VESÍCULA BILIAR, PÁNCREAS, BAZO, SUPRARRENALES Y RÍONES)	61.200	30.600	79.560	48.960	97.920	67.320
04 03 016	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE PELVIS (ADEMÁS INCLUYE SACRO, COXIS, CADERAS, HUESOS PÉLVICOS, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS). BILATERAL	62.760	31.380	81.590	50.210	100.420	69.040
04 03 020	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN Y PELVIS	99.880	49.940	129.840	79.900	159.810	109.870
04 03 021	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA PIELOGRAFÍA	26.300	13.150	34.190	21.040	42.080	28.930
04 03 022	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA UROGRAFÍA	58.760	29.380	76.390	47.010	94.020	64.640
04 03 023	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLONOSCOPÍA VIRTUAL. NO INCLUYE INSTALACIÓN DE SONDA	50.160	25.080	65.210	40.130	80.260	55.180
04 03 024	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA PLANIFICACIÓN RADIOTERAPIA	68.070	34.030	88.490	54.450	108.910	74.870
04 03 025	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CALCIO CORONARIO	33.550	16.770	43.620	26.840	53.680	36.900
04 03 104	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE CUELLO	68.220	34.110	88.690	54.580	109.150	75.040
04 03 105	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE PELVIS	49.750	24.870	64.680	39.800	79.600	54.720
04 03 106	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ANGIO CARDÍACO. MÍNIMO 64 CORTES	65.220	32.610	84.790	52.180	104.350	71.740
04 03 017	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA MUSCULOESQUELÉTICA POR ZONA ANATÓMICA. POR CADA SEGMENTO O ARTICULACIÓN: MUSLO, PIerna, RODILLAS, ANTEBRAZO, CODO, MUÑECA, MANO, HOMBRO, PIE, TOBILLO U OTROS. BILATERAL SÓLO PARA RODILLAS	54.790	27.390	71.230	43.830	87.660	60.260
04 03 101	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE ENCÉFALO	83.020	41.510	107.930	66.420	132.830	91.320
04 03 102	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE TÓRAX	124.990	62.490	162.490	99.990	199.980	137.480
04 03 103	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE ABDOMEN	115.720	57.860	150.440	92.580	185.150	127.290
04 03 107	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE EXTREMIDADES INFERIORES (BILATERAL)	94.430	47.210	122.760	75.540	151.090	103.870
04 03 108	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE EXTREMIDAD SUPERIOR (UNILATERAL)	96.740	48.370	125.760	77.390	154.780	106.410
III.- ULTRASONOGRAFIA							
(Mínimo 6 imágenes diferentes para ecografías)							
A.- EQUIPOS SIMPLES							
04 04 002	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	8.580	4.290	11.150	6.860	13.730	9.440

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 04 218	ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA	195.570	97.780				
	IV.- RESONANCIA MAGNÉTICA (incluye medio de contraste). Todas las Angio Resonancias incluyen ambas fases, arterial y venosa cuando corresponda y en el caso de extremidades inferiores, incluye bilateralidad.						
04 05 001	RESONANCIA MAGNÉTICA CRÁNEO ENCEFÁLICA U OÍDOS, BILATERAL	211.600	105.800				
04 05 002	RESONANCIA MAGNÉTICA DE HIPOTÁLAMO - HIPÓFISIS	220.330	110.160				
04 05 003	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	197.500	98.750				
04 05 004	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES	212.370	106.180				
04 05 005	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL	211.600	105.800				
04 05 006	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA DORSAL	220.060	110.030				
04 05 007	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR	211.600	105.800				
04 05 017	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE ENCÉFALO	226.750	113.370				
04 05 018	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE CUELLO	233.170	116.580				
04 05 019	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE TÓRAX	229.450	114.720				
04 05 020	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE ABDOMEN	214.280	107.140				
04 05 021	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE PELVIS	220.330	110.160				
04 05 022	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDAD SUPERIOR UNILATERAL	217.760	108.880				
04 05 023	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDAD INFERIOR BILATERAL	211.600	105.800				
04 05 009	RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX (CORAZÓN, ESTERNÓN, CLAVÍCULAS, ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR, ESCÁPULA, COSTILLAS O ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR). TODA LA PARED TORÁCICA O CADA SEGMENTO O ARTICULACIÓN. BILATERAL	226.750	113.370				
04 05 010	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	211.600	105.800				
04 05 011	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS. INCLUYE: OSTEOARTICULAR DE SACROILIACAS U OSTEOARTICULAR DE SACROCOXIS U OSTEOARTICULAR DE HUESOS PÉLVICOS U ÓRGANOS PELVIANOS (INCLUYE GENITALES INTERNOS Y GASTROINTESTINAL)	211.600	105.800				
04 05 012	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS	317.370	158.680				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 05 098	COLANGIORESONANCIA	141.740	70.870				
04 05 013	RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA	173.490	86.740				
04 05 024	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MANO O MUÑECA	185.920	92.960				
04 05 025	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ANTEBRAZO O BRAZO	177.780	88.890				
04 05 026	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CODA	180.650	90.320				
04 05 027	RESONANCIA MAGNÉTICA DE HOMBRO	173.490	86.740				
04 05 028	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PIE, ANTEPIE O TOBILLO	173.490	86.740				
04 05 029	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PIERNA	178.550	89.270				
04 05 030	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MUSLO O CADERA. UNILATERAL	180.650	90.320				
04 05 031	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA (BILATERAL)	173.490	86.740				
04 05 032	RESONANCIA MAGNÉTICA FETAL	208.210	104.100				
04 05 016	RESONANCIA COLUMNA TOTAL (CERVICAL, DORSAL, LUMBAR)	374.420	187.210				
GRUPO : 05							
MEDICINA NUCLEAR							
A.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS							
(Incluye valor del radiofármaco o radioisótopos y procedimiento correspondiente, salvo que se especifique)							
1.- ESTUDIOS ENDOCRINOLÓGICOS							
05 01 100	CAPTACIÓN I-131 A LAS 2 Y/O 24 HORAS	24.960	12.480	32.450	19.970	39.940	27.460
05 01 101	CINTIGRAFÍA TIROIDEA, CUALQUIER RADIOISÓTOPO	24.960	12.480	32.450	19.970	39.940	27.460
05 01 102	CINTIGRAFÍA GLÁNDULAS PARATIROIDES (NO INCLUYE MIBI)	37.460	18.730	48.700	29.970	59.940	41.210
2.- ESTUDIOS OSTEOARTICULARES							
05 01 104	CINTIGRAFÍA ÓSEA TRIFÁSICA (INCLUYE MEDICIONES FASE PRECOZ Y TARDÍA)	99.880	49.940	129.840	79.900	159.810	109.870
05 01 136	CINTIGRAFÍA ÓSEA COMPLETA PLANAR	67.410	33.700	87.630	53.920	107.860	74.150

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
05 01 137	CINTIGRAFÍA DE MÉDULA ÓSEA	63.650	31.820	82.750	50.920	101.840	70.010
	3.- ESTUDIOS CARDIOVASCULARES						
05 01 105	SPECT DE PERCUSIÓN MIOCÁRDICA ESTRÉS Y REPOSO (NO INCLUYE HONORARIOS MÉDICO CARDIÓLOGO)	181.520	90.760	235.980	145.220	290.430	199.670
05 01 106	VENTRICULOGRAFÍA CARDIACA ISOTÓPICA DE EQUILIBRIO CON GLÓBULOS ROJOS	57.580	28.790	74.850	46.060	92.130	63.340
05 01 107	POOL SANGUÍNEO, ARTERIOGRAFÍA ISOTÓPICA C/U	25.980	12.990	33.770	20.780	41.570	28.580
05 01 108	LINFOCINTIGRAFÍA ISOTÓPICA (NO INCLUYE PROCEDIMIENTO)	77.960	38.980	101.350	62.370	124.740	85.760
05 01 109	POOL SANGUÍNEO SPECT	71.770	35.880	93.300	57.410	114.830	78.940
	4.- ESTUDIOS DIGESTIVOS						
05 01 111	ESTUDIO MOTILIDAD ESOFÁGICA Y/O REFLUJO GASTROESOFÁGICO	56.180	28.090	73.030	44.940	89.890	61.800
05 01 112	VACIAMIENTO GÁSTRICO LÍQUIDO O SÓLIDO	112.900	56.450	146.770	90.320	180.640	124.190
05 01 113	CINTIGRAFÍA VESÍCULA Y VÍA BILIAR	123.860	61.930	161.020	99.090	198.180	136.250
05 01 114	DETECCIÓN DE SITIO DE SANGRAMIENTO DIGESTIVO CON GLÓBULOS ROJOS MARCADOS	130.000	65.000	169.000	104.000	208.000	143.000
05 01 115	DETECCIÓN DIVERTÍCULO MECKEL	41.920	20.960	54.500	33.540	67.070	46.110
05 01 116	SPECT HEPATOESPLÉNICO, EVALUACIÓN HEMANGIOMA O HIPERPLASIA (INCLUYE MEDICIONES FASE PRECOZ Y TARDÍA)	115.440	57.720	150.070	92.350	184.700	126.980
05 01 138	CINTIGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES	36.860	18.430	47.920	29.490	58.980	40.550
05 01 139	DACRIOCINTIGRAFÍA	35.370	17.680	45.980	28.290	56.590	38.900
	5.- ESTUDIOS NEFROUROLÓGICOS						
05 01 117	CINTIGRAFÍA RENAL CON D.M.S.A.	37.460	18.730	48.700	29.970	59.940	41.210
05 01 118	ESTUDIO DINÁMICO RENAL CON TC 99 - DTPA	55.290	27.640	71.880	44.230	88.460	60.810
05 01 119	ESTUDIO DINÁMICO RENAL CON TC 99 - MAG 3 O EC	97.340	48.670	126.540	77.870	155.740	107.070
05 01 120	CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA INDIRECTA	38.040	19.020	49.450	30.430	60.860	41.840
05 01 121	CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA DIRECTA, A.C. 19-01-022	37.460	18.730	48.700	29.970	59.940	41.210
	6.- ESTUDIOS PULMONARES						

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
05 01 122	CINTIGRAFÍA PULMONAR PERFUSIÓN O VENTILACIÓN O DIFUSIÓN, C/U	37.460	18.730	48.700	29.970	59.940	41.210
05 01 123	CINTIGRAFÍA Y ESTUDIO ASPIRACIÓN PULMONAR	40.010	20.000	52.010	32.000	64.020	44.010
	7.- ESTUDIOS SISTEMA NERVIOSO CENTRAL						
05 01 124	SPECT CEREBRAL DE PERFUSIÓN (NO INCLUYE RADIOFÁRMACO)	78.700	39.350	102.310	62.960	125.920	86.570
05 01 125	ESTUDIO DINÁMICO SISTEMA NERVIOSO (RADIOCISTERNOGRAFIA, FÍSTULA L.C.R., RADIOVENTRICULOGRAFÍA, CONTROL VÁLVULA DERIVATIVA, SUB-DUROGRAFÍA ISOTÓPICA), C/U (NO INCLUYE PROCEDIMIENTO).	76.070	38.030	98.890	60.850	121.710	83.670
	8.- ESTUDIOS DE INFECCIONES						
05 01 126	CINTIGRAFÍA EVALUACIÓN INFECCIONES (LEUCOCITOS, INFECTON, GRANULOCITOS U OTROS) (NO INCLUYE RADIOFÁRMACO NI PROCEDIMIENTO).	77.910	38.950	101.280	62.320	124.660	85.700
05 01 127	CINTIGRAFÍA CON GALIO-67 PLANAR INFECCIÓN (NO INCLUYE RADIOISÓTOPO) (A.C. 0501133, CUANDO CORRESPONDA)	70.690	35.340	91.900	56.550	113.100	77.750
	9.- ESTUDIOS ONCOLÓGICOS						
05 01 128	DETECCIÓN Y/O MARCACIÓN DE GANGLIO CENTINELA, NO INCLUYE, PUNCIÓN NI DETECCIÓN CON GAMMAPROBE	80.240	40.120	104.310	64.190	128.380	88.260
05 01 129	CINTIGRAFÍA CON GALIO-67 PLANAR Y SPECT, PARA ESTUDIO DE TUMORES (NO INCLUYE RADIOISÓTOPO)	182.200	91.100	236.860	145.760	291.520	200.420
05 01 130	EXPLORACIÓN SISTÉMICA CON I-131 (INCLUYE MEDICIONES FASE PRECOZ Y TARDÍA)	112.340	56.170	146.040	89.870	179.740	123.570
05 01 131	ESTUDIO GLÁNDULAS MAMARIAS (MAMOCINTIGRAFIA) (NO INCLUYE MIBI)	47.120	23.560	61.260	37.700	75.390	51.830
05 01 132	ESTUDIO DE TUMORES (ANTICUERPOS MONOCLONALES, OCTREOSCAN, DMSA PENTAVALENT, PROSTACINT U OTROS) (NO INCLUYE RADIOISÓTOPO)	149.780	74.890	194.710	119.820	239.650	164.760
05 01 133	SPECT - TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN FOTÓN ÚNICO, CUALQUIER ÓRGANO (NO INCLUYE RADIOISÓTOPO)	62.910	31.450	81.780	50.320	100.660	69.200
	10.- DENSITOMETRÍA ÓSEA						
05 01 134	DENSITOMETRÍA ÓSEA A FOTÓN DOBLE, COLUMNAS Y CADERA (UNILATERAL O BILATERAL) O CUERPO ENTERO	37.460	18.730	48.700	29.970	59.940	41.210
	11.- EXAMEN Y ESTUDIO PET-CT (Incluye contraste y radiofarmaco)						
05 01 135	PET-CT	791.040	395.520				
	B.- PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS.						
	RADIOISOTOPOS (no incluye procedimiento médico)						
05 02 001	DOSIS TERAPÉUTICAS CON I-131 HASTA 30 MCI.	87.310	43.650	113.500	69.840	139.700	96.040

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
05 02 002	DOSIS TERAPÉUTICAS CON I-131 ENTRE 31 A 100 MCI.	168.510	84.250	219.060	134.800	269.620	185.360
05 02 003	DOSIS TERAPÉUTICAS CON I-131 ENTRE 101 A 200 MCI.	304.310	152.150	395.600	243.440	486.900	334.740
05 02 004	DOSIS TERAPÉUTICAS CON I-131 ENTRE 201 A 300 MCI.	419.140	209.570	544.880	335.310	670.620	461.050
05 02 005	TERAPIA PALIATIVA DEL DOLOR CON RADIOISÓTOPOS (NO INCLUYE RADIOFÁRMACO)	39.630	19.810	51.520	31.700	63.410	43.590
GRUPO : 06							
KINESIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL							
A. KINESIOLOGÍA							
06 01 101	EVALUACIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	2.260	1.130	2.940	1.810	3.620	2.490
06 01 105	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL AMBULATORIA	7.000	3.500	9.100	5.600	11.200	7.700
06 01 106	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL DOMICILIARIA	8.790	4.390	11.430	7.030	14.060	9.660
06 01 103	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	7.670	3.830	9.970	6.130	12.270	8.430
06 01 104	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL UPC (INTENSIVO E INTERMEDIO)	14.480	7.240	18.820	11.580	23.170	15.930
* Todas estas prestaciones pueden ser ejecutadas y cobradas por kinesiólogos, por prescripción escrita de un médico cirujano.							
B. TERAPIA OCUPACIONAL							
06 02 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE TERAPIA OCUPACIONAL	6.190	3.090	8.050	4.950	9.900	6.800
06 02 002	INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN AYUDAS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍA ASISTIDA	5.680	2.840	7.380	4.540	9.090	6.250
06 02 003	INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, BÁSICAS, INSTRUMENTALES Y AVANZADAS	2.890	1.440	3.760	2.310	4.620	3.170
C. TELEREHABILITACION KINESIOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL							
06 08 101	TELEREHABILITACIÓN: EVALUACIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	1.940	970	2.520	1.550	3.100	2.130
06 08 102	TELEREHABILITACIÓN: ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	5.950	2.970	7.740	4.760	9.520	6.540
06 08 201	TELEREHABILITACIÓN: ATENCIÓN INTEGRAL DE TERAPIA OCUPACIONAL	5.250	2.620	6.830	4.200	8.400	5.770
06 08 202	TELEREHABILITACIÓN: INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN AYUDAS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍA ASISTIDA	4.850	2.420	6.310	3.880	7.760	5.330
06 08 203	TELEREHABILITACIÓN: INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, BÁSICAS, INSTRUMENTALES Y AVANZADAS	2.450	1.220	3.190	1.960	3.920	2.690

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	
GRUPO : 07								
MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE TEJIDOS								
I. MEDICINA TRANSFUSIONAL								
Transfusión de componentes sanguíneos. Cobro de acto transfusional por unidad o subunidad de glóbulos rojos o unidad / subunidad o pool de: plasma, plaquetas o crioprecipitados. Incluye el tratamiento de las complicaciones médicas inmediatas. No incluye preparación de componente sanguíneo ni estudios previos, salvo que el procedimiento transfusional así lo expidite.								
Preparación de componentes sanguíneos								
07 02 101	PRODUCCIÓN DE GLÓBULO ROJO	30.520	15.260					
07 02 102	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	7.200	3.600					
07 02 103	PRODUCCIÓN DE PLASMA O CRIOPRECIPITADO	6.530	3.260					
07 02 104	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	379.290	189.640					
07 02 105	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	352.500	176.250					
07 02 106	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	432.840	216.420					
07 02 107	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLASMA POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	352.500	176.250					
07 02 108	PRODUCCIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICA POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA A PARTIR DE SANGRE PERIFÉRICA	783.280	391.640					
07 02 109	IRRADIACIÓN DE COMPONENTE SANGUÍNEO POR UNIDAD	4.560	2.280					
07 02 110	FILTRACIÓN DE GLÓBULOS ROJOS O PLAQUETAS (INCLUYE FILTRO RECIÉN NACIDO Y POOL DE PLAQUETAS)	43.070	21.530					
Estudios Previos a Transfusión por tipo de componente sanguíneo								
07 02 201	CALIFICACIÓN MICROBIOLÓGICA POR DONANTE ESTUDIADO, COMPONENTE SANGUÍNEO PROducido O PRODUCTO DE AFÉRESIS AUTOMÁTICA	32.410	16.200					
07 02 202	CALIFICACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICA POR DONANTE ESTUDIADO , COMPONENTE SANGUÍNEO PROducido O PRODUCTO DE AFÉRESIS AUTOMÁTICA	15.690	7.840					
07 02 203	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTUDIADA (PROC. AUT.)	3.580	1.790					
07 02 204	FENOTIPIFICACIÓN OTROS ANTÍGENOS DE GRUPOS SANGUÍNEOS POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS PROducido	15.150	7.570					
07 02 205	TITULACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	32.710	16.350					
07 02 206	GENOTIPIFICACIÓN D VARIANTE (INCLUYE D PARCIAL Y DÉBIL)	97.620	48.810					

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
07 02 207	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	4.020	2.010				
07 02 208	GRUPOS MENORES. TIPIFICACIÓN O DETECCIÓN DE OTROS ANTÍGENOS DE SISTEMAS SANGUÍNEOS (KELL, DUFFY, KIDD Y OTROS) C/U.	4.290	2.140				
07 02 209	SUBGRUPO ABO	4.420	2.210				
	Procedimientos transfusionales						
07 02 301	TRANSFUSIÓN EN ADULTO POR UNIDAD O SUBUNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O UNIDAD / SUBUNIDAD O POOL DE: PLASMA, PLAQUETAS O CRIOPRECIPITADOS (ATENCIÓN AMBULATORIA, ATENCIÓN CERRADA SIEMPRE QUE LA ADMINISTRACIÓN SEA CONTROLADA POR PROFESIONAL ESPECIALISTA, TECNÓLOGO MÉDICO O MÉDICO RESPONSABLE)	12.720	6.360				
07 02 302	TRANSFUSIÓN EN NIÑO POR UNIDAD O SUBUNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS, O UNIDAD/SUBUNIDAD O POOL DE: PLASMA, PLAQUETAS O CRIOPRECIPITADOS (ATENCIÓN AMBULATORIA, ATENCIÓN CERRADA SIEMPRE QUE LA ADMINISTRACIÓN SEA CONTROLADA POR PROFESIONAL ESPECIALISTA, TECNÓLOGO MÉDICO O MÉDICO RESPONSABLE)	15.330	7.660				
07 02 303	TRANSFUSIÓN POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS, O UNIDAD O POOL DE: PLASMA, PLAQUETAS, O CRIOPRECIPITADOS, EN ADULTO O NIÑO EN PABELLÓN (CON ASISTENCIA PERMANENTE DEL MÉDICO O TECNÓLOGO MÉDICO RESPONSABLE)(NO CORRESPONDE SU COBRO CUANDO SEA CONTROLADA POR MÉDICO ANESTESISTA, POR ESTAR INCLUIDA EN EL VALOR DE SUS HONORARIOS)	18.370	9.180				
07 02 304	SANGRÍA (CONSIDERA EL COBRO DE UNA PRESTACIÓN POR CADA UNIDAD DE SANGRE EXTRAÍDA)	10.000	5.000				
07 02 305	RECAMBIO PLASMÁTICO POR AFÉRESIS TERAPÉUTICA	362.700	181.350				
07 02 306	DEPLECIÓN LEUCOCITARIA POR AFÉRESIS TERAPÉUTICA	362.700	181.350				
07 02 307	DEPLECIÓN PLAQUETARIA POR AFÉRESIS TERAPÉUTICA	362.700	181.350				
07 02 308	ERITROFÉRESIS POR AFÉRESIS TERAPÉUTICA	362.700	181.350				
07 02 309	FOTOFÉRESIS TERAPÉUTICA	1.486.670	743.330				
	II.- BANCO DE TEJIDOS						
	PRECURSORES HEMATOPOYETICOS						
07 03 001	BÚSQUEDA E IDENTIFICACIÓN DE DONANTE NO EMPARENTADO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS EN REGISTROS DE DONANTES Y BANCOS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL	1.513.380	756.690				
07 03 002	EXÁMENES CONFIRMATORIOS DE IDONEIDAD DE DONANTE NO EMPARENTADO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS INCLUYENDO SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL	1.002.110	501.050				
07 03 003	PROCURAMIENTO DE INJERTO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS DE MEDULA OSEA O SANGRE PERIFERICA (BANCO INTERNACIONAL)	32.857.400	16.428.700				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
07 03 004	PROCURAMIENTO DE INJERTO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE DE CORDON UMBILICAL (BANCO INTERNACIONAL)	40.128.830	20.064.410				
07 03 005	PROCURAMIENTO DE INJERTO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS DE MEDULA OSEA O SANGRE PERIFERICA (BANCO NACIONAL)	30.245.970	15.122.980				
07 03 006	ADQUISICIÓN DE INJERTO SANGRE DE CORDÓN (BANCO NACIONAL)	31.633.340	15.816.670				
	OTROS TEJIDOS (incluye procuramiento y procesamiento)						
07 04 017	PARCHE DE 5X5 CM (25 CM2 C/U) PIEL DE DONANTE	90.060	45.030				
07 04 018	PARCHE DE 5X10 CM (50 CM2 C/U) PIEL DE DONANTE	184.000	92.000				
07 04 019	PARCHE DE 10X10 CM (100 CM2 C/U) PIEL DE DONANTE	304.230	152.110				
07 04 020	PARCHE DE 10X10 CM (100 CM2 C/U) AMNIOS	131.490	65.740				
07 04 021	PARCHE DE 5X10 CM (50 CM2 C/U) AMNIOS	70.130	35.060				
07 04 022	PARCHE DE 5X5 CM (25 CM2 C/U) AMNIOS	35.070	17.530				
07 04 023	PARCHE DE 2X2 CM (4 CM2 C/U) AMNIOS	5.850	2.920				
07 04 024	CUBO DE TEJIDO ÓSEO (LIOFILIZADO/CONGELADO), C/U	40.280	20.140				
07 04 025	RODAJA DE TEJIDO ÓSEO (LIOFILIZADO/CONGELADO), C/U	231.830	115.910				
07 04 026	TABLILLA DE TEJIDO ÓSEO (LIOFILIZADO/CONGELADO), C/U	68.730	34.360				
07 04 028	MICROFRAGMENTADO O GRANULADO (1 GR) DE TEJIDO ÓSEO (LIOFILIZADO)	292.460	146.230				
07 04 029	FRAGMENTO DE HUESO LARGO (O DE SOPORTE), C/U	655.500	327.750				
07 04 030	VÁLVULAS CARDIACAS, CADA VÁLVULA	791.540	395.770				
07 04 031	HOMOINJERTOS SEGMENTOS VASCULARES, POR SEGMENTO	117.270	58.630				
07 04 032	CÓRNEA DE DONANTE	732.650	366.320				
	GRUPO : 08						
	ANATOMIA PATOLÓGICA						
08 01 001	CITODIAGNÓSTICO CORRIENTE, EXFOLIATIVA (PAPANICOLAU) (POR CADA PLACA)	6.990	3.490	9.090	5.590	11.180	7.680
08 01 002	CITOLOGÍA NO GINECOLÓGICA (POR CADA PLACA O FRASCO) (MÁXIMO 6)	10.180	5.090	13.230	8.140	16.290	11.200

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
08 01 003	** ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CON MICROSCOPIA ELECTRÓNICA (POR CADA GRILLA)	40.980	20.490	53.270	32.780	65.570	45.080
08 01 004	** ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CON TÉCNICAS DE INMUNOHISTOQUÍMICA O INMUNOFLUORESCENCIA (POR CADA ANTICUERPO INVESTIGADO)	30.260	15.130	39.340	24.210	48.420	33.290
08 01 005	** ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CON TÉCNICAS HISTOQUÍMICAS, NIVELES, DECALCIFICACIÓN (POR CADA LÁMINA)	22.120	11.060	28.760	17.700	35.390	24.330
08 01 006	CONSULTA INTRAOPERATORIA (POR CADA MUESTRA / TEJIDO O ASISTENCIA A PABELLÓN) (NO INCLUYE BIOPSIA DIFERIDA)	29.390	14.690	38.210	23.510	47.020	32.320
08 01 007	ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CON TINCIÓN CORRIENTE DE BIOPSIA DIFERIDA CON ESTUDIO SERIADO (MÍNIMO 10 MUESTRAS) DE UN ÓRGANO O PARTE DE ÉL (NO INCLUYE ESTUDIO CON TÉCNICA HABITUAL DE OTROS ÓRGANOS INCLUIDOS EN LA MUESTRA)	29.390	14.690	38.210	23.510	47.020	32.320
08 01 008	ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE BIOPSIA DIFERIDA (POR CADA MUESTRA Y/O TEJIDO) (INCLUYE HASTA 3 LÁMINAS)	15.230	7.610	19.800	12.180	24.370	16.750
08 01 009	NECROPSIA DE ADULTO O NIÑO, CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CORRIENTE.	77.450	38.720	100.690	61.960	123.920	85.190
08 01 010	NECROPSIA DE FETO O RECIÉN NACIDO, CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CORRIENTE.	66.300	33.150	86.190	53.040	106.080	72.930
08 01 011	PCR TIEMPO REAL PARA MARCADORES TUMORALES EN CORTES HISTOLÓGICOS (INCLUYE MICRODISECCIÓN Y EXTRACCIÓN DE ADN)	480.870	240.430				
08 01 012	TÉCNICA INMUNOHISTOQUÍMICA PARA MARCADORES TUMORALES (ALK-PDL1-ROS1) C/U	167.180	83.590				
08 01 013	HIBRIDACIÓN IN SITU EN CORTE DE TEJIDO EN PARAFINA, BÚSQUEDA DE ALTERACIONES.	295.760	147.880				
** Estos exámenes pueden ser solicitados por el anatomopatólogo.							
GRUPO : 09							
PSIQUETRIA Y PSICOLOGIA CLINICA							
I.- PSIQUETRIA							
09 01 001	CONTROL PACIENTE PSIQUETRICO CRÓNICO;MÁX.2 CONTROLES AL MES	28.670	14.330	37.270	22.930	45.870	31.530
09 01 002	DESINTOXICACIÓN O DESHABITUACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS (INCLUYE TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN, DEL SÍNDROME DE PRIVACIÓN Y DE LAS COMPLICACIONES MÉDICAS); POR DÍA (MÁXIMO 15')	28.670	14.330	37.270	22.930	45.870	31.530
09 01 003	SESIÓN DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE (HASTA 6 SESIONES POR CICLO O SESIONES DE MANTENCIÓN) C/ SESIÓN	28.670	14.330	37.270	22.930	45.870	31.530
09 01 005	ATENCIÓN PSIQUETRICA O PSICOTERAPIA DE FAMILIA, INDIVIDUAL, DE RELAJACIÓN O DE MANEJO (CON FAMILIA U OTROS);(CADA SESIÓN MÍNIMO 45')	28.670	14.330	37.270	22.930	45.870	31.530
09 01 010	PSICOTERAPIA DE PAREJA (POR CADA MIEMBRO DE LA PAREJA)	14.340	7.170	18.640	11.470	22.940	15.770

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	
II.- PSICOLOGIA CLINICA								
A.- ATENCION PSICOLOGO								
09 02 001	CONSULTA PSICÓLOGO CLÍNICO (SESIONES 45')	12.880	6.440	16.740	10.300	20.610	14.170	
09 02 002	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	12.880	6.440	16.740	10.300	20.610	14.170	
09 02 003	SESIÓN DE PSICOTERAPIA DE PAREJA (CON AMBOS MIEMBROS)	12.880	6.440	16.740	10.300	20.610	14.170	
B.- TELEREHABILITACION PSICOLOGIA CLINICA								
09 08 101	TELEREHABILITACIÓN: PSICÓLOGO CLÍNICO (SESIONES 45')	10.950	5.470	14.240	8.760	17.520	12.040	
09 08 102	TELEREHABILITACIÓN: PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	10.950	5.470	14.240	8.760	17.520	12.040	
09 08 103	TELEREHABILITACIÓN: SESIÓN DE PSICOTERAPIA DE PAREJA (CON AMBOS MIEMBROS)	10.950	5.470	14.240	8.760	17.520	12.040	
GRUPO : 10								
ENDOCRINOLOGIA.								
PRUEBAS FUNCIONALES.								
Incluyen la vigilancia de la administración de los medicamentos propios de cada prueba, la toma de muestras, el control clínico del paciente y el tratamiento de las complicaciones médicas de cada prueba (no incluyen fármacos ni los exámenes que correspondan)								
10 01 005	DE ESTIMULACIÓN O FRENACIÓN CON ACTH, CLOMIFENO, GLUCOSA, GNRH, GONADOTROFINAS, L-DOPA, METOCLOPRAMIDA, METOPIRONA, TRH, THS, O SIMILARES, C/U.	3.680	1.840	4.780	2.940	5.890	4.050	
10 01 007	DE HIPOGLICEMIA CON INSULINA O TOLBUTAMIDA O SIMILAR.	5.440	2.720	7.070	4.350	8.700	5.980	
10 01 009	DE PRIVACIÓN ACUOSA, CON O SIN ADH	6.840	3.420	8.890	5.470	10.940	7.520	
10 01 012	TEST DE SOBRECARGA O INFUSIÓN SALINA INTRAVENOSA (TEST CONFIRMATORIO HIPERALDOSTERONISMO)	2.530	1.260	3.290	2.020	4.050	2.780	
10 01 013	PRUEBA DE ESTIMULACIÓN CON GLUCAGÓN (2 MUESTRAS)	7.440	3.720					

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3				
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF			
GRUPO : 11														
NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA														
I.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS EN NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA.														
Punciones c/s toma de muestras c/s inyección medicamentosa:														
11 01 001	1	RELLENADO DE BOMBAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN LCR	1		13.640	6.820	17.730	10.910	21.820	15.000				
11 01 002	4	PUNCIÓN SUBDURAL	1		12.900	6.450	16.770	10.320	20.640	14.190				
11 01 003	4	PUNCIÓN LUMBAR C/S MANOMETRÍA C/S QUECKENSTED	1		9.290	4.640	12.080	7.430	14.860	10.210				
11 01 140		ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE, TRATAMIENTO MÉDICO FARMACOLÓGICO ANUAL (INCLUYE INMUNOMODULADORES)			12.411.670	6.205.830								
11 01 141		ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE, TRATAMIENTO REHABILITACIÓN			301.080	150.540								
11 01 142		ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE, TRATAMIENTO BROTE			1.372.920	686.460								
ELECTRODIAGNOSTICOS:														
11 01 004		E.E.G. DE 16 O MÁS CANALES (INCLUYE EL CÓD. 11-01-006)			25.920	12.960	33.700	20.740	41.470	28.510				
11 01 005		ELECTROCORTICOGRAFÍA			34.530	17.260	44.890	27.620	55.250	37.980				
11 01 006		ELECTROENCEFALOGRAMA (E.E.G.) STANDARD Y/O ACTIVADO 'SIN PRIVACIÓN DE SUEÑO' (INCLUYE MONO Y BIPOLARES, HIPERVENTILACIÓN, C/S REACTIVIDAD AUDITIVA, VISUAL, LUMÍNICA, POR DROGAS U OTRAS). EQUIPO DE 8 CANALES			22.480	11.240	29.220	17.980	35.970	24.730				
11 01 007		ESTÉREO-ELECTROENCEFALOGRAFÍA (INCLUYE UNO O MAS ELECTRODOS ADICIONALES)			39.500	19.750	51.350	31.600	63.200	43.450				
11 01 008		MONITOREO EEG INVASIVO CON ELECTRODOS SUBDURALES			17.080	8.540	22.200	13.660	27.330	18.790				
11 01 040		E.E.G. EN VIGILIA, SUEÑO Y POST-PRIVACIÓN DE SUEÑO (INCLUYE CÓDIGO 11-01-006). EQUIPO DE 8 CANALES			36.270	18.130	47.150	29.010	58.030	39.890				
11 01 041		EEG EN VIGILIA, SUEÑO Y POST-PRIVACIÓN DE SUEÑO (INCLUYE CÓDIGO 11-01-004) EQUIPO DE 16 O MAS CANALES			37.930	18.960	49.310	30.340	60.690	41.720				
11 01 042		EEG DIGITAL 20 CANALES (CON ACTIVACIONES HV Y FE) ESTÁNDAR O POST PRIVACIÓN DE SUEÑO DE 20 A 30 MINUTOS DURACIÓN			30.600	15.300	39.780	24.480	48.960	33.660				
11 01 043		EEG DIGITAL 32 CANALES (CON ACTIVACIONES HV Y FE) ESTÁNDAR O POST PRIVACIÓN DE SUEÑO DE 20 A 30 MINUTOS DURACIÓN			39.590	19.790	51.470	31.670	63.340	43.540				
11 01 046		ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL DE 32 CANALES CON MAPEO (MAPPING), ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FRECUENCIAS Y DE EVENTOS POR ÁREAS (INCLUYE ESTÍMULOS COGNITIVOS)			43.190	21.590	56.150	34.550	69.100	47.500				

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 01 044		MONITOREO E.E.G. CONTINUO DE 24 HRS.				63.870	31.930	83.030	51.090	102.190	70.250
11 01 050		POLISOMNOGRAFÍA BASAL HOSPITALIZADO				87.620	43.810	113.910	70.100	140.190	96.380
11 01 051		POLISOMNOGRAFÍA NOCHE DIVIDIDA				94.360	47.180	122.670	75.490	150.980	103.800
11 01 052		POLISOMNOGRAFÍA BASAL AMBULATORIA O DOMICILIARIA				87.770	43.880	114.100	70.210	140.430	96.540
11 01 053		POLISOMNOGRAFÍA CON TITULACIÓN DE CPAP Y/O VMNI NOCHE COMPLETA				100.980	50.490	131.270	80.780	161.570	111.080
		ELECTROMIOGRAFIAS									
11 01 009		ELECTROMIOGRAFÍA DE FIBRA ÚNICA				26.380	13.190	34.290	21.100	42.210	29.020
11 01 010		ELECTROMIOGRAFIAS CUALQUIER REGIÓN, POR EJ.: MÚSCULOS FACIALES, FARINGE, PARAVERTEBRALES, VEJIGA Y PERINÉ, TEST DE MIASENTÍA (INCLUYE EL ESTUDIO CLÍNICO Y MUESTREO SUFFICIENTES PARA DIAGNOSTICAR NATURALEZA DEL TRASTORNO Y ESTADO EVOLUTIVO), C/U				15.920	7.960	20.700	12.740	25.470	17.510
11 01 011		POTENCIALES EVOCADOS EN CORTEZA (POR EJ.: AUDITIVO, OCULAR O CORPORALES), C/U				20.840	10.420	27.090	16.670	33.340	22.920
11 01 012		VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA (INCLUYE REFLEJO H, ONDA F Y OTROS)				13.010	6.500	16.910	10.400	20.820	14.310
		PROCEDIMIENTOS PARA EXAMENES RADIOLOGICOS									
		(Si un mismo médico realiza ambos procedimientos, cobrará ambos códigos).									
		ANGIOGRAFIAS									
11 01 013		CARÓTIDA-VERTEBRAL POR CATETERIZACIÓN DE LA SUBCLAVIA, AXILAR, HUMERAL O FEMORAL. (A.C. 04-02-029)	1			34.290	17.140	44.580	27.430	54.860	37.710
		VENTRICULO-ENCEFALOGRAFIAS (no incluyen la trepanación):									
		MIELOGRAFIAS									
11 01 025	4	POR PUNCIÓN LUMBAR, CON MEDIO DE CONTRASTE GASEOSO O HIDROSOLUBLE (A.C. 04-02-050) INFILTRACIONES (BLOQUEOS) DE NERVIOS Y/O RAICES NERVIOSAS	1			16.430	8.210	21.360	13.140	26.290	18.070
11 01 026	3	BLOQUEO NERVIO PERIFÉRICO EN PUNTO MOTOR	1			13.630	6.810	17.720	10.900	21.810	14.990
11 01 027	3	BLOQUEO NERVIO TRONCULAR	1			18.120	9.060	23.560	14.500	28.990	19.930
11 01 028		INFILTRACIÓN O BLOQUEO DE RAMAS DEL TRIGÉMINO O DEL FACIAL	1			9.580	4.790	12.450	7.660	15.330	10.540
11 01 029		INFILTRACIÓN O BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO	1			9.830	4.910	12.780	7.860	15.730	10.810

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 01 030		INFILTRACIÓN O BLOQUEO EPIDURAL, CERVICAL, LUMBAR O SIMILARES, CADA SESIÓN	1			14.810	7.400	19.250	11.840	23.700	16.290
11 01 031	3	INFILTRACIÓN O BLOQUEO INTERCOSTALES (CUALQUIER NÚMERO)	1			13.630	6.810	17.720	10.900	21.810	14.990
11 01 032		RIZOTOMÍA QUÍMICA POR MEDIO DE INYECCIÓN INTRATECAL.	1			27.210	13.600	35.370	21.760	43.540	29.930
11 01 033	3	INFILTRACIÓN O BLOQUEO SUBOCCIPITAL U OTROS NERVIOS CERVICALES	1			9.830	4.910	12.780	7.860	15.730	10.810
		ALCOHOLIZACION O FENOLIZACION DE NERVIOS PERIFERICOS (cualquier número):									
11 01 034	3	ALCOHOLIZACIÓN O FENOLIZACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS: INTRAMUSCULAR	1			13.220	6.610	17.190	10.580	21.150	14.540
11 01 035	3	ALCOHOLIZACIÓN O FENOLIZACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS: INTRATECAL	1			22.850	11.420	29.710	18.280	36.560	25.130
11 01 036	3	ALCOHOLIZACIÓN O FENOLIZACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS: TRONCULAR	1			18.620	9.310	24.210	14.900	29.790	20.480
		II.- INTERVENCIONES QUIRURGICAS. NEUROCIRUGIA									
		A.- CUERO CABELLUDO									
		(Heridas tumores y quistes benignos, absceso, flegmón del cuero cabelludo, véase tegumentos)									
		LESIONES VASCULARES:									
11 03 001	7	MALFORMACIONES VASCULARES DEL CUERO CABELLUDO INCLUYE ANEURISMA CIRSOIDEO	2	55.140	37.910	145.790	72.890	189.530	116.630	233.260	160.360
11 03 002	7	SINUS PERICRANI, TRAT. QUIR.	2	53.470	36.760	141.410	70.700	183.830	113.120	226.260	155.550
		B.- CRANEO									
11 03 003	9	HUNDIMIENTO SIMPLE, REPARACIÓN DE	2	56.590	38.900	149.650	74.820	194.550	119.720	239.440	164.610
		DEFECTO ÓSEO:									
11 03 004	10	CRANEOPLASTÍA CON AUTOINJERTO	2	58.050	39.910	153.520	76.760	199.580	122.820	245.630	168.870
11 03 005	10	CRANEOPLASTÍA CON PRÓTESIS (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	58.050	39.910	153.520	76.760	199.580	122.820	245.630	168.870
11 03 006	10	TUMORES DE CALOTA, EXTIRP. DE	2	55.140	37.910	146.180	73.090	190.030	116.940	233.890	160.800
11 03 007	9	OSTEOMIELITIS, LIMPIEZA QUIRÚRGICA	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
11 03 008	9	CRANIECTOMÍAS DESCOMPRESIVAS	2	96.750	66.510	203.300	101.650	264.290	162.640	325.280	223.630

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 03 009	9	REPARACIÓN DE FRACTURA CRECEDORA	2	116.400	80.020	306.810	153.400	398.850	245.440	490.900	337.490
		CRANEOESTENOSIS:									
11 03 010	9	CRANEOTOMÍAS LINEALES	2	119.890	82.420	316.460	158.230	411.400	253.170	506.340	348.110
11 03 011	12	CRANIECTOMÍAS C/S REMODELACIÓN ÓSEA	2	207.490	142.650	544.210	272.100	707.470	435.360	870.740	598.630
		CIRUGÍA REPARADORA CRÁNEO-ÓRBITO-FACIAL:									
		- AVANCE FRONTO-ORBITARIO BILATERAL EN CRANEOESTENOSIS COMPLEJAS									
		- REPARACIÓN DE HIPERTELORISMO									
		- REPARACIÓN DE MENINGOENCEFALOCELE FRONTOETMOIDAL									
		- CIRUGÍA REPARADORA EN DISPLASIA FIBROSA FRONTOETMOIDAL O ESFENOIDAL									
		(PARTICIPAN TRES O MÁS EQUIPOS DE ESPECIALISTAS; COMO 1ER. CIRUJANO: NEUROCIRUJANO, DE CABEZA Y CUELLO, DE PLÁSTICA, MÁXICO-FACIAL, OFTALMÓLOGO, OTORRINOLARINGÓLOGO U OTROS).									
11 03 012	14	HONORARIOS DEL 1ER. CIRUJANO RESPONSABLE Y SUS AYUDANTES	2	225.380	154.950	591.180	295.590	768.530	472.940	945.890	650.300
11 03 013		HONORARIOS C/U DE LOS OTROS 1ROS. CIRUJANOS Y AYUDANTES	2			445.310	222.650	578.900	356.240	712.500	489.840
		C.- ENCEFALO Y ENVOLTURAS									
		Para cirugía endovascular no individualizada, se aplicarán los códigos y valores de las técnicas convencionales, aumentando en dos dígitos el código adicional.									
11 03 014	10	HEMATOMA O ABSCESO EXTRADURAL, VACIAMIENTO DE	2	145.220	99.840	351.870	175.930	457.430	281.490	562.990	387.050
11 03 015	11	REPARACIÓN DE FÍSTULA DE LCR	2	94.340	64.860	235.630	117.810	306.320	188.500	377.010	259.190
11 03 016	10	HEMATOMA, EMPIEMA O COLECCIÓN SUBDURAL, VACIAMIENTO DE	2	145.220	99.840	351.870	175.930	457.430	281.490	562.990	387.050
11 03 017	12	QUISTES ARACNOÏDALES ENCEFÁLICOS, TRAT. QUIR. (SUPRASELLARES, TEMPORALES, CEREBELOSOS, ETC.)	2	119.380	82.070	314.200	157.100	408.460	251.360	502.720	345.620
11 03 018	9	VENTRICULOSTOMÍA O INSTALACIÓN DE DERIVATIVA VENTRICULAR EXTERNA O INSTALACIÓN DE CAPTOR PARA MEDICIÓN DE PIC O PUNCIÓN BIOPSIA O RESERVORIO PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 03 019	12	ABSCESO CEREBRAL, TRAT. QUIR.	2	179.470	123.380	473.660	236.830	615.760	378.930	757.860	521.030
11 03 020	9	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO ABIERTO O PENETRANTE (HERIDA A BALA U OTRO ELEMENTO PENETRANTE)	2	119.890	82.420	316.460	158.230	411.400	253.170	506.340	348.110
11 03 021	10	HUNDIMIENTO EXPUESTO, REPAR. DE	2	94.340	64.860	198.190	99.090	257.650	158.550	317.100	218.000
11 03 022	12	LOBECTOMÍAS POR CONTUSIÓN CEREBRAL	2	165.020	113.450	394.690	197.340	513.100	315.750	631.500	434.150
11 03 023	12	HEMATOMA INTRACEREBRAL, VACIAMIENTO DE TUMORES Y/O QUISTES Y/O CAVERNOMA (EXTIRPACIÓN DE)	2	145.220	99.840	377.520	188.760	490.780	302.020	604.030	415.270
11 03 024	12	DE BASE DE CRÁNEO, RESECCIÓN DE TUMORES Y/O QUISTES Y/O CAVERNOMA	3	266.110	182.950	691.780	345.890	899.310	553.420	1.106.850	760.960
11 03 025	12	INTRAORBITARIOS, RESECCIÓN DE TUMORES Y/O QUISTES Y/O CAVERNOMA	3	259.440	178.360	674.380	337.190	876.690	539.500	1.079.010	741.820
11 03 026	12	ENCEFÁLICOS Y DE HIPÓFISIS, RESECCIÓN DE TUMORES Y/O QUISTES Y/O CAVERNOMA LESIONES VASCULARES, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:	3	266.110	182.950	691.780	345.890	899.310	553.420	1.106.850	760.960
11 03 027	13	ANEURISMAS, MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS ENCEFÁLICAS U ORBITARIAS, FISTULAS DURALES FÍSTULA CARÓTIDO CAVERNOSA:	3	217.700	149.670	638.880	319.440	830.540	511.100	1.022.210	702.770
11 03 028	10	FÍSTULA CARÓTIDO CAVERNOSA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR	2	117.860	81.030	312.260	156.130	405.940	249.810	499.620	343.490
11 03 029	12	FÍSTULA CARÓTIDO CAVERNOSA, TRAT. QUIR. ANASTOMOSIS Y REVASCULARIZACIÓN CEREBRAL:	3	133.730	91.940	390.980	195.490	508.270	312.780	625.570	430.080
11 03 030	10	REVASCULARIZACIÓN INTRACRANEANA INDIRECTA (ENDODUROSINANGIOSIS, MULTITREPANACIÓN, EMÁS, ETC)	2	133.730	91.940	324.130	162.060	421.370	259.300	518.610	356.540
11 03 031	13	ANASTOMOSIS Y REVASCULARIZACIÓN CEREBRAL EXTRA-INTRACRANEANA (CIRUGÍA DE CARÓTIDA: VER CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA) CIRUGÍA DERIVATIVA DE LCR:	2	259.440	178.360	666.090	333.040	865.920	532.870	1.065.740	732.690
11 03 032	11	INSTALACIÓN DE DERIVATIVAS DE LCR (NO INCLUYE VALOR DE LA VÁLVULA)	2	96.750	66.510	241.690	120.840	314.200	193.350	386.700	265.850
11 03 033	7	REVISIÓN O EXTERIORIZACIÓN DE DERIVATIVA	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
11 03 034	10	VENTRICULOCISTERNOSTOMÍA	2	94.340	64.860	239.850	119.920	311.810	191.880	383.760	263.830
11 03 035	12	FENESTRACIÓN, SEPTOSTOMÍA O COAGULACIÓN PLEXOS COROÍDEOS (TRAT. ENDOSCÓPICO) MALFORMACIONES:	2	94.340	64.860	239.850	119.920	311.810	191.880	383.760	263.830

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 03 036	12	CIRUGÍA DESCOMPRESIVA DE FOSA POSTERIOR U OCCIPITO-VERTEBRAL EN MALFORMACIÓN DE CHIARI Y/O SIRINGOMIELIA	3	141.200	97.070	416.940	208.470	542.020	333.550	667.100	458.630
11 03 037	12	MENINGO Y MENINGOENCEFALOCELE OCCIPITAL, REPAR. DE NERVIOS CRANEANOS:	3	141.540	97.310	417.940	208.970	543.320	334.350	668.700	459.730
11 03 038	12	CIRUGÍA DESCOMPRESIVA NEUROVASCULAR	2	183.870	126.410	465.590	232.790	605.270	372.470	744.940	512.140
11 03 039	7	NEUROTOMÍAS	1	80.510	55.350	169.930	84.960	220.910	135.940	271.890	186.920
11 03 040	7	NEUROLISIS O MICROCOMPRESIÓN PERCUTÁNEA CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA:	2	94.340	64.860	239.850	119.920	311.810	191.880	383.760	263.830
11 03 041	12	CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA (CUALQUIER TÉCNICA) ESTEREOTAXIA Y CIRUGÍA FUNCIONAL	3	145.220	99.840	428.720	214.360	557.340	342.980	685.950	471.590
11 03 042	12	BIOPSIA ESTEREOTÁXICA CEREBRAL CON MARCO DE ESTEREOTAXIA O NEURONAVEGADOR	2	193.620	133.110	466.310	233.150	606.200	373.040	746.100	512.940
11 03 043	12	TERMOCOAGULACIÓN DE ZONAS CEREBRALES CON RADIOFRECUENCIA O ULTRASONIDO FOCALIZADO CON TÉCNICA ESTEREOTÁXICA PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON, TEMBLOR ESENCIAL, PSICOCIRUGÍA Y OTROS	2	205.040	140.960	542.380	271.190	705.090	433.900	867.810	596.620
11 03 045	12	IMPLANTACIÓN DE ESTIMULADORES INTRACRANEANOS D.- COLUMNAS Y MEDULA (ADEMÁS VER GRUPO 21 COLUMNAS)	2	137.650	94.630	365.930	182.960	475.710	292.740	585.490	402.520
11 03 046	11	INSTALACIÓN DE ESTIMULADORES MEDULARES	2	89.150	61.290	226.660	113.330	294.660	181.330	362.660	249.330
11 03 047	12	DISRAFIAS ESPINALES; MENINGOCELE, MIELOMENINGOCELE, DIASTEMATOMIELIA, LIPOMA, LIPOMENINGOCELE, MEDULA ANCLADA, ETC.	2	141.200	97.070	416.940	208.470	542.020	333.550	667.100	458.630
11 03 048	7	INFILTRACIÓN FACETARIA COLUMNAS Y RADICULAR	1	87.390	60.080	184.490	92.240	239.840	147.590	295.180	202.930
11 03 049	11	HERNIA NÚCLEO PULPOSO, ESTENORRÁQUIS, ARACNOIDITIS, FIBROSIS PERIRRADICULAR CERVICAL, DORSAL O LUMBAR, TRAT. QUIR.	2	182.720	125.620	481.730	240.860	626.250	385.380	770.770	529.900
11 03 050	11	LAMINECTOMÍA DESCOMPRESIVA	2	169.260	116.360	404.870	202.430	526.330	323.890	647.790	445.350
11 03 069	11	FIJACIÓN DE COLUMNAS (CERVICAL-DORSAL-LUMBAR) CUALQUIER VÍA ABORDAJE, C/S OSTEOSINTESIS.	2	153.660	105.640	400.840	200.420	521.090	320.670	641.340	440.920
11 03 051	9	HERIDAS RAQUIMEDULARES, TRAT. QUIR.	2	117.620	80.860	310.830	155.410	404.080	248.660	497.330	341.910
11 03 052	10	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR ESPINAL EXTRADURAL	2	141.540	97.310	343.020	171.510	445.930	274.420	548.830	377.320

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 03 053	12	EXTIRPACIÓN DE TUMOR O QUISTE MEDULAR O INTRARRAQUÍDEO	2	165.020	113.450	417.930	208.960	543.310	334.340	668.690	459.720
11 03 054	12	MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA O FÍSTULA DURAL MEDULAR, TRAT. QUIR.	2	180.740	124.260	476.800	238.400	619.840	381.440	762.880	524.480
11 03 055	7	CORDOTOMÍA PERCUTÁNEA	1	111.360	76.560	226.660	113.330	294.660	181.330	362.660	249.330
11 03 056	9	MIELOTOMÍA, DREZTOMÍA	2	155.940	107.210	372.960	186.480	484.850	298.370	596.740	410.260
11 03 057	9	RIZOTOMÍA (CUALQUIER TÉCNICA)	1	135.790	93.350	287.000	143.500	373.100	229.600	459.200	315.700
		E.- NERVIOS PERIFERICOS Y PLEXOS									
11 03 058	7	TUMOR DE NERVIO PERIFÉRICO, EXTIRP. DE	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
11 03 059	10	REPARACIÓN DE PLEXOS C/S NEUROTIZACIÓN CON TÉCNICA MICROQUIRÚRGICA O INJERTOS INTERFASCICULARES	2	193.620	133.110	457.700	228.850	595.010	366.160	732.320	503.470
11 03 060	10	SECCIÓN DE NERVIO, REPARACIÓN CON INJERTO	2	94.110	64.700	230.940	115.470	300.220	184.750	369.500	254.030
11 03 061	8	SECCIÓN DE NERVIO, REPARACIÓN SIN INJERTO	2	78.540	53.990	204.850	102.420	266.310	163.880	327.760	225.330
11 03 068	7	NEURECTOMÍA, CUALQUIER LOCALIZACIÓN, CADA ZONA QUIRÚRGICA	2	53.180	36.560	135.270	67.630	175.850	108.210	216.430	148.790
11 03 062	10	NEUROLISIS CON TÉCNICA MICROQUIRÚRGICA	2	89.150	61.290	218.760	109.380	284.390	175.010	350.020	240.640
11 03 063	6	NEUROLISIS EXTERNA	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
11 03 064	8	SÍNDROME DEL ESCALENO, TRAT. QUIR.	2	70.530	48.490	185.670	92.830	241.370	148.530	297.070	204.230
11 03 065	8	SÍNDROME DE COSTILLA CERVICAL, TRAT. QUIR.	2	126.350	86.860	333.050	166.520	432.970	266.440	532.880	366.350
11 03 066	7	LIBERACIÓN QUIRÚRGICA DE NERVIO PERIFÉRICO EXTRACRANEANO (TRAT. QUIR. DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, TARSO U OTRO)	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
11 03 067	7	LIBERACIÓN DE NERVIO CUBITAL A NIVEL DEL CODO, CUALQUIER TÉCNICA	2	72.530	49.860	184.550	92.270	239.920	147.640	295.280	203.000
11 03 083	4	LIBERACIÓN QUIRÚRGICA DE NERVIO PERIFÉRICO EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO TEC. WALANT (ANESTESIA LOCAL SIN TORNIQUETE)	2			153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
		GRUPO : 12									
		OFTALMOLOGIA									
		I.- PROCEDIMIENTOS									
		A.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS									
12 01 001		& CAMPIMETRÍA DE PROYECCIÓN, UNILATERAL (PROC.AUT.)				7.430	3.710	9.660	5.940	11.890	8.170

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 01 042		& CAMPIMETRÍA COMPUTARIZADA, UNILATERAL				17.020	8.510	22.130	13.620	27.230	18.720
12 01 002		& COORDIMETRÍA, TEST DE HESS U OTRO, UNILATERAL				3.790	1.890	4.930	3.030	6.060	4.160
12 01 003		& CUANTIFICACIÓN DE LAGRIMACIÓN (TEST DE SCHIRMER), UNI O BILATERAL				2.300	1.150	2.990	1.840	3.680	2.530
12 01 004		& CURVA DE TENSIÓN APLANÁTICA (POR CADA DÍA), UNILATERAL				5.800	2.900	7.540	4.640	9.280	6.380
12 01 005		& DIPLOSCOPIA CUANTITATIVA, BILATERAL				3.340	1.670	4.340	2.670	5.340	3.670
12 01 006		& ELECTROMIOGRAFÍA MÚSCULOS OCULARES ADULTOS, UNILATERAL				15.630	7.810	20.320	12.500	25.010	17.190
12 01 007		& ELECTROMIOGRAFÍA MÚSCULOS OCULARES NIÑOS, UNILATERAL				14.520	7.260	18.880	11.620	23.230	15.970
12 01 008		& ELECTROOCULOGRAFÍA, BILATERAL				12.910	6.450	16.780	10.320	20.660	14.200
12 01 009		& EXPLORACIÓN SENSORIOMOTORA: ESTRABISMO, ESTUDIO COMPLETO, BILATERAL				13.470	6.730	17.510	10.770	21.550	14.810
12 01 010		& PERIMETRÍA DE GOLDMAN O PERIMETRÍA CINÉTICA, UNILATERAL				11.510	5.750	14.960	9.200	18.420	12.660
12 01 011		& PRUEBAS DE PROVOCACIÓN PARA GLAUCOMA (PRUEBA DE OSCURIDAD U OTRAS), UNI O BILATERAL				7.510	3.750	9.760	6.000	12.020	8.260
12 01 012		& RETINOGRÁFÍA, BILATERAL				8.650	4.320	11.250	6.920	13.840	9.510
12 01 014		& TONOMETRÍA APLANÁTICA UNILATERAL				1.930	960	2.510	1.540	3.090	2.120
12 01 015		& TRATAMIENTO ORTÓPTICO Y/ O PLEÓPTICO (POR SESIÓN), BILATERAL				4.270	2.130	5.550	3.410	6.830	4.690
12 01 027		EXAMEN OPTOMÉTRICO C/S PRESCRIPCIÓN DE LENTES				12.970	6.480				
12 01 045		& PAQUIMETRÍA				35.260	17.630				
		IRIS Y RETINA									
12 01 016	2	ANGIOGRAFÍA DE RETINA O DE IRIS, (CON FLUORESCEÍNA O SIM.), UNILATERAL	1			14.980	7.490	19.470	11.980	23.970	16.480
12 01 017	2	ANGIOSCOPIA RETINAL Y/O IRIS (CON FLUORESCEÍNA O SIMILAR), UNILATERAL (PROC.AUT.)	1			3.770	1.880	4.900	3.010	6.030	4.140
12 01 018	2	& ELECTRORRETINOGRÁFÍA, UNILATERAL	1			11.640	5.820	15.130	9.310	18.620	12.800
12 01 019	1	EXPLORACIÓN VITREORRETINAL, AMBOS OJOS	1			6.970	3.480	9.060	5.570	11.150	7.660
12 01 020	1	& ECOBIOMETRÍA CON CÁLCULO DE LENTE INTRAOCULAR, BILATERAL	1			23.890	11.940	31.060	19.110	38.220	26.270
12 01 023		& POTENCIAL VISUAL EVOCADO EN ADULTOS, BILATERAL				17.830	8.910	23.180	14.260	28.530	19.610

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 01 024		& POTENCIAL VISUAL EVOCADO EN NIÑOS, BILATERAL				17.650	8.820	22.950	14.120	28.240	19.410
12 01 043		& TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTARIZADA, UNILATERAL				28.980	14.490	37.670	23.180	46.370	31.880
12 01 044		& TOMOGRAFÍA COHERENCIA ÓPTICA, C/ OJO				54.960	27.480				
		& Estos procedimientos pueden ser hechos y cobrados por tecnólogos méd., por prescripción escrita de médico cirujano									
		PROCEDIMIENTOS PARA EXAMENES RADIOLOGICOS									
		(Si un mismo médico realiza ambos procedimientos, cobrará ambos códigos).									
		B.- PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS									
		(Además anestesia mínima si corresponde)									
		Cuerpo extraño conjuntival y/o corneal, extracción de :									
12 01 029	2	CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN ADULTOS	1			9.050	4.520	11.770	7.240	14.480	9.950
12 01 030	3	CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN NIÑOS	1			13.980	6.990	18.170	11.180	22.370	15.380
		Vía lagrimal, cateterismo o sondaje de:									
12 01 031	3	VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN ADULTOS	1			13.630	6.810	17.720	10.900	21.810	14.990
12 01 032		VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN LACTANTES	1			22.660	11.330	29.460	18.130	36.260	24.930
12 01 033		VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAJE EN NIÑOS	1			17.580	8.790	22.850	14.060	28.130	19.340
12 01 034	2	TOCACIÓN CORNEAL C/YODO Y/O ÉTER U OTROS, EN NIÑOS O ADULTOS	1			6.480	3.240	8.420	5.180	10.370	7.130
		Criocoagulación conjuntival, corneal o palpebral:									
12 01 035	2	CRICOAGULACIÓN CONJUNTIVAL, CORNEAL O PALPEBRAL EN ADULTOS	1			13.630	6.810	17.720	10.900	21.810	14.990
12 01 036	2	CRICOAGULACIÓN CONJUNTIVAL, CORNEAL O PALPEBRAL EN NIÑOS	1			15.130	7.560	19.670	12.100	24.210	16.640
12 01 037	3	GLAUCOMA, CICLODIATERMIA Y/O CICLOCRIOTERAPIA	1			50.410	25.200	65.530	40.320	80.660	55.450
12 01 038		INYECCIÓN RETROBULBAR	1			9.050	4.520	11.770	7.240	14.480	9.950
12 01 039	3	PESTAÑAS, EXTIRP. POR ELECTROCOAGULACIÓN (CUALQUIER NÚMERO)	1			15.130	7.560	19.670	12.100	24.210	16.640
12 01 040	3	PUNTOS LAGRIMALES; ELECTROTERMOCOAGULACIÓN	1			13.630	6.810	17.720	10.900	21.810	14.990

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 01 041	3	SONDAJE VÍA LAGRIMAL EN NIÑOS (BAJO ANESTESIA GENERAL)	1	53.310	36.650	68.320	34.160	88.820	54.660	109.310	75.150
II.- INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
(Además, véase Cirugía plástica y reparadora, y Cirugía de cabeza y cuello)											
Todas las intervenciones se refieren a un ojo y sus anexos, salvo que se especifique otra cosa.											
A.- VIA LAGRIMAL											
12 02 001	2	INTUBACIÓN VÍA LAGRIMAL	1			70.870	35.430	92.130	56.690	113.390	77.950
12 02 002	4	PUNTOS LAGRIMALES, PLASTÍA DE	1			49.560	24.780	64.430	39.650	79.300	54.520
12 02 003	4	RECONSTITUCIÓN DE CANALÍCULOS	1	66.770	45.900	113.400	56.700	147.420	90.720	181.440	124.740
B.- SACO Y/O GLÁNDULA LAGRIMAL											
12 02 004	2	ABSCESO, VACIAMIENTO Y/O DRENAJE DE SACO Y/O GLÁNDULA LAGRIMAL	1			30.770	15.380	40.000	24.610	49.230	33.840
12 02 005	4	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA	2	66.770	45.900	173.930	86.960	226.110	139.140	278.290	191.320
12 02 006	3	EXTIRPACIÓN DE SACO Y/O GLÁNDULA LAGRIMAL	1			94.410	47.200	122.730	75.520	151.060	103.850
12 02 007	6	RECONSTITUCIÓN VÍA LAGRIMAL EN AUSENCIA DEL SACO	2	89.150	61.290	232.080	116.040	301.700	185.660	371.330	255.290
12 02 008	6	EXTIRPACIÓN TOTAL O PARCIAL DE LA GLÁNDULA LAGRIMAL	2	94.340	64.860	239.850	119.920	311.810	191.880	383.760	263.830
12 02 009	6	TUMOR MALIGNO DEL SACO, TRAT. QUIR. COMPLETO	2	66.770	45.900	173.930	86.960	226.110	139.140	278.290	191.320
C.- PÁRPADO Y CEJA (SUPERIOR O INFERIOR)											
12 02 010	2	ABSCESO, TRAT. QUIR. PÁRPADO O CEJA	1			28.350	14.170	36.860	22.680	45.360	31.180
12 02 011	3	BIOPSIA DE PÁRPADO Y/O ANEXOS (PROC. AUT.)	1			41.330	20.660	53.730	33.060	66.130	45.460
12 02 012	3	BLEFAROCHALASIS, PLASTÍA DE	1			92.020	46.010	119.630	73.620	147.230	101.220
12 02 013	5	BLEFAROFIMOSIS, PLASTÍA DE	1			178.590	89.290	232.170	142.870	285.740	196.440
12 02 014	3	BLEFARORRAFIA CON BLEFAROTOMÍA POSTERIOR	1			49.560	24.780	64.430	39.650	79.300	54.520
12 02 015	3	CANTOPLASTÍA	1			70.870	35.430	92.130	56.690	113.390	77.950
12 02 016	3	CHALAZIÓN Y OTROS TUMORES BENIGNOS (UNO O MÁS, UNILATERAL), TRAT. QUIR. COMPLETO	1			55.130	27.560	71.670	44.100	88.210	60.640

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 02 035	5	BIOPSIA DE GLOBO OCULAR (PROC. AUT.)	1			85.020	42.510	110.530	68.020	136.030	93.520
12 02 036	7	ENUCLEACIÓN O IMPLANTE DE PRÓTESIS OCULAR (PROC. AUT.)	1	89.150	61.290	155.870	77.930	202.630	124.690	249.390	171.450
12 02 037	8	ENUCLEACIÓN CON IMPLANTE	1	111.360	76.560	212.500	106.250	276.250	170.000	340.000	233.750
12 02 038	7	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMPLETO DEL ESTRABISMO UNILATERAL O BILATERAL	2	111.360	76.560	253.770	126.880	329.900	203.010	406.030	279.140
12 02 039	7	EXANTERACIÓN OCULAR (PROC. AUT.)	1	89.150	61.290	155.870	77.930	202.630	124.690	249.390	171.450
12 02 040	5	SUTURA DE LESIÓN TRAUMÁTICA DE GLOBO O MUSCULOS OCULARES (PROC. AUT.)	1			110.170	55.080	143.220	88.130	176.270	121.180
		G.- CORNEA Y ESCLEROTICA									
12 02 041	5	CIRUGÍA REFRACTIVA, QUERATOTOMÍA RADIAL O SIMILAR CON BISTURÍ DE DIAMANTE	2	54.850	37.710	145.460	72.730	189.100	116.370	232.740	160.010
12 02 042	3	CRYOTERAPIA Y RECESIÓN CONJUNTIVAL	1			78.680	39.340	102.280	62.940	125.890	86.550
12 02 044	4	EXTRACCIÓN QUIR. DE CUERPO EXTRAÑO EN CORNEA Y/O ESCLERA	1			33.040	16.520	42.950	26.430	52.860	36.340
12 02 045	9	GLAUCOMA, TRAT. QUIR. POR CUALQUIER TÉCNICA	2	89.150	61.290	218.760	109.380	284.390	175.010	350.020	240.640
12 02 046	5	HERIDA CORNEAL O CORNEO-ESCLERAL O DEHISCENCIA DE SUTURA	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
12 02 047	6	QUERATECTOMÍA LAMINAR	2	66.540	45.740	141.130	70.560	183.470	112.900	225.810	155.240
12 02 048	8	QUERATOPLASTÍA. INJERTO LAMELAR O PENETRANTE TRAT. QUIR. COMPLETO	2	142.430	97.920	302.930	151.460	393.810	242.340	484.690	333.220
12 02 049	9	QUERATOPRÓTESIS, IMPLANTACIÓN DE (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	148.540	102.120	330.410	165.200	429.530	264.320	528.660	363.450
12 02 050	6	RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL	2	66.770	45.900	170.010	85.000	221.010	136.000	272.020	187.010
12 02 051	6	REHABILITACIÓN SUPERFICIE OCULAR (CON INJERTO DE MUCOSA)	2	66.770	45.900	170.010	85.000	221.010	136.000	272.020	187.010
12 02 070	6	SINEQUIOTOMÍA (PROC. AUT.)	1			94.410	47.200	122.730	75.520	151.060	103.850
12 02 073	10	OPERACIÓN TRIPLE (INJERTO, FACOÉRESIS E IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR) (NO INCLUYE VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	227.890	156.670	502.390	251.190	653.110	401.910	803.820	552.620
		H.- IRIS Y CUERPO CILIAR									
12 02 053	5	IRIDECTOMÍA PERIFÉRICA Y/U ÓPTICA, (PROC. AUT.)	1	65.090	44.750	110.470	55.230	143.610	88.370	176.750	121.510
12 02 054	7	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN TUMORAL DEL IRIS O CUERPO CILIAR	2	92.860	63.840	214.020	107.010	278.230	171.220	342.430	235.420
12 02 074	7	HERNIA DE IRIS Y/O FÍSTULAS, REPARACIÓN DE	1	66.770	45.900	113.400	56.700	147.420	90.720	181.440	124.740

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
I.- COROIDES, CAMARA POSTERIOR Y RETINA											
12 02 055	4	DESGARRO CON O SIN DESPRENDIMIENTO, DIATERMO Y/O CRIOSFERA Y/O FOTOCOAGULACIÓN (INCLUYE ENDOFOTOCOAGULACIÓN INTRAQUIRÚRGICA)	1	66.770	45.900	113.400	56.700	147.420	90.720	181.440	124.740
12 02 056	8	DESPRENDIMIENTO RETINAL, CIRUGÍA CONVENCIONAL (EXOIMPLANTES)	2	111.360	76.560	295.080	147.540	383.600	236.060	472.130	324.590
12 02 058	4	TUMOR RETINAL O COROIDAL, DIATERMO Y/O CRIOSFERA Y/O FOTOCOAGULACIÓN DE	1	68.530	47.110	116.330	58.160	151.230	93.060	186.130	127.960
12 02 059	4	VASCULOPATÍA RETINAL (EXCEPTO RETINOPATÍA PROLIFERATIVA) DIATERMO Y/O CRIOSFERA Y/O FOTOCOAGULACIÓN (INCLUYE ENDOFOTOCOAGULACIÓN INTRAQUIRÚRGICA)	1	65.090	44.750	134.950	67.470	175.440	107.960	215.920	148.440
12 02 060	8	VITRECTOMÍA C/RETINOTOMÍA (C/S INYECCIÓN DE GAS O SILICONA)	2	155.940	107.210	404.390	202.190	525.710	323.510	647.020	444.820
12 02 061	8	VITRECTOMÍA CON INYECCIÓN DE GAS O SILICONA	2	133.730	91.940	331.970	165.980	431.560	265.570	531.150	365.160
12 02 062	8	VITRECTOMÍA CON VITREÓFAGO (PROC. AUT)	2	111.360	76.560	291.150	145.570	378.500	232.920	465.840	320.260
12 02 075	7	RETINOPEXIA NEUMÁTICA	1	108.480	74.580	230.040	115.020	299.050	184.030	368.060	253.040
12 02 077	6	DESPRENDIMIENTO COROÍDEO O HEMORRAGIA COROÍDEA, TRAT. QUIR.	1	66.770	45.900	113.400	56.700	147.420	90.720	181.440	124.740
 J.- CRISTALINO Y CUERPO CILIAR											
12 02 063	7	- FACOÉRESIS INTRACAPSULAR O CATARATA SECUNDARIA O DISCISIÓN Y ASPIRACIÓN DE MASAS	2	105.940	72.830	241.700	120.850	314.210	193.360	386.720	265.870
12 02 064	8	- FACOÉRESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	188.180	129.370	384.380	192.190	499.690	307.500	615.010	422.820
12 02 065	10	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRAOCULAR	2	155.940	107.210	371.410	185.700	482.830	297.120	594.260	408.550
12 02 066	5	ASPIRACIÓN ESFERULAR C/S CAPSULOTOMÍA	1	53.470	36.760	113.560	56.780	147.630	90.850	181.700	124.920
12 02 076	8	EXTRACCIÓN O CORRECCIÓN DE DESPLAZAMIENTO DE LENTE INTRAOCULAR	1	104.100	71.570	217.140	108.570	282.280	173.710	347.420	238.850
 ** Estas prestaciones se autorizan a cirujanos dentistas especialistas en cirugía bucal y maxilofacial											
 III.- INTERVENCIONES CON LASER											
12 02 057	4	RETINOPATÍA PROLIFERATIVA, (DIABÉTICA, HIPERTENSIVA, EALES Y OTRAS) PANFOTOCOAGULACIÓN TRAT. COMPLETO (INCLUYE ENDOFOTOCOAGULACIÓN INTRAQUIRÚRGICA)	1			224.300	112.150	291.590	179.440	358.880	246.730
12 02 067	4	DISCISIÓN DE CÁPSULA POSTERIOR	1			113.370	56.680	147.380	90.690	181.390	124.700

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3					
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF				
12 02 068	4	IRIDOTOMÍA	1			113.370	56.680	147.380	90.690	181.390	124.700				
12 02 069	4	TRABECULOPLASTÍA O IRIDOPLASTÍA	1			113.370	56.680	147.380	90.690	181.390	124.700				
12 02 078	5	CIRUGÍA FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA DE CÓRNEA, CUALQUIER TÉCNICA	1			467.330	233.660	607.530	373.860	747.730	514.060				
GRUPO : 13															
OTORRINOLARINGOLOGIA															
I.- PROCEDIMIENTOS.															
(Además anestesia cód. 22-01-001 si corresponde)															
A.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS.-															
BOCA															
13 01 001	ELECTROGUSTOMETRÍA					5.030	2.510	6.540	4.020	8.050	5.530				
FOSAS NASALES Y CAVIDADES PERINASALES															
13 01 002	& RINOMANOMETRÍA C/S VASOCONTRICTOR					9.670	4.830	12.570	7.730	15.470	10.630				
13 01 003	4	NASOFARINGOLARINGOFIBROSCOPIA	1			17.190	8.590	22.350	13.750	27.500	18.900				
13 01 005	SINUSOSCOPÍA DE CADA SENO MAXILAR POR PUNCIÓN, C/S BIOPSIA, C/S TOMA DE MUESTRAS				1	9.280	4.640	12.060	7.420	14.850	10.210				
LARINGE															
Laringoscopia y/o traqueoscopia directa c/s toma de muestra, c/s biopsia															
13 01 006	LARINGOSCOPÍA Y/O TRAQUEOSCOPÍA DIRECTA C/S TOMA DE MUESTRA, C/S BIOPSIA. CON MICROSCOPIO				1	21.400	10.700	27.820	17.120	34.240	23.540				
13 01 007	LARINGOSCOPÍA Y/O TRAQUEOSCOPÍA DIRECTA C/S TOMA DE MUESTRA, C/S BIOPSIA. SIN MICROSCOPIO				1	18.680	9.340	24.280	14.940	29.890	20.550				
OIDO															
Audiograma (incluye audiometría tonal pura, de la palabra y pruebas supraliminales).															
13 01 021	# AUDIOMETRÍA ADULTOS					8.650	4.320	11.250	6.920	13.840	9.510				
13 01 008	# AUDIOMETRÍA NIÑOS					10.120	5.060	13.160	8.100	16.190	11.130				
13 01 050	# AUDIOMETRÍA CAMPO LIBRE. NIÑOS Y ADULTOS					10.830	5.410								

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
13 01 009		# IMPEDANCIOMETRÍA				6.460	3.230	8.400	5.170	10.340	7.110
13 01 010		# CALIBRACIÓN DE AUDÍFONOS O IMPLANTES				5.420	2.710	7.050	4.340	8.670	5.960
13 01 011		# POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL CLÍNICOS				18.990	9.490	24.690	15.190	30.380	20.880
13 01 012		# CÓCLEOVESTIBULAR CON ELECTRONISTAGMOGRAFÍA				17.370	8.680	22.580	13.890	27.790	19.100
13 01 015		# ELECTRONISTAGMOGRAFÍA O VIDEOELECTRONISTAGMOGRAFÍA C/S NISTAG.DE POSICIÓN				6.350	3.170	8.260	5.080	10.160	6.980
13 01 016		# FUNCIÓN TUBARIA				4.880	2.440	6.340	3.900	7.810	5.370
13 01 017		# PRUEBA CALÓRICA O PRUEBA CALÓRICA MÍNIMA (PROC.AUT.)				4.530	2.260	5.890	3.620	7.250	4.980
13 01 019		# TEST DE GLICEROL (CON 3 AUDIOMETRÍAS)				17.110	8.550	22.240	13.680	27.380	18.820
13 01 020		# EXAMEN FUNCIONAL DE VIII PAR				19.210	9.600	24.970	15.360	30.740	21.130
13 01 045		# EMISIONES OTOACÚSTICAS				11.970	5.980				
13 01 046		# POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL ACORTADOS				21.260	10.630				

& : Estas prestaciones pueden ser hechas y cobradas por tecnólogos médicos, por prescripción escrita de un médico cirujano.

#.- Estas prestaciones pueden ser hechas y cobradas por tecnólogos médicos y fonoaudiólogos, por prescripción escrita de un médico cirujano

B.- PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS.-

FOSAS NASALES Y CAVIDADES PERINASALES

13 01 024		SEÑOS PERINASALES, PUNCIÓN EVACUADORA C/S TOMA DE MUESTRAS, C/S INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS; CADA PUNCION	1			6.780	3.390	8.810	5.420	10.850	7.460
13 01 025	2	**TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR (PROC. AUT.)	1			4.800	2.400	6.240	3.840	7.680	5.280
13 01 026	2	**TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR	1			13.980	6.990	18.170	11.180	22.370	15.380
13 01 027		VACIAMIENTO CAVID. PERINASALES (PROETZ Y SIM.) (10 SESIONES)	1			26.230	13.110	34.100	20.980	41.970	28.850
13 01 028	1	CAUTERIZACIÓN UNI O BILATERAL DE VASOS EN FOSA NASAL ANTERIOR	1			13.980	6.990	18.170	11.180	22.370	15.380
		Cuerpo extraño en fosas nasales, extracción de:									
13 01 029	2	CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NASALES, EXTRACCIÓN DE: - EN ADULTOS	1			6.480	3.240	8.420	5.180	10.370	7.130

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
13 01 030	2	CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NASALES, EXTRACCIÓN DE: - EN NIÑOS LARINGE Y TRAQUEA Cuerpo extraño en laringe y/o tráquea, extracción de (incluye la endoscopia con tubo rígido)	1			14.810	7.400	19.250	11.840	23.700	16.290
13 01 035	3	CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE Y/O TRÁQUEA, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE LA ENDOSCOPIA CON TUBO RÍGIDO) - EN ADULTOS	1			26.370	13.180	34.280	21.090	42.190	29.000
13 01 036	3	CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE Y/O TRÁQUEA, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE LA ENDOSCOPIA CON TUBO RÍGIDO) - EN NIÑOS HIPOFARINGE Y/O ESOFAGO	1			30.780	15.390	40.010	24.620	49.250	33.860
13 01 037	2	DILATACIÓN ESOFÁGICA POR SESIÓN Cuerpo extraño extracción (por tubo rígido)	1			6.840	3.420	8.890	5.470	10.940	7.520
13 01 038	2	CUERPO EXTRAÑO EXTRACCIÓN EN HIPOFARINGE Y/O ESÓFAGO (POR TUBO RÍGIDO) - EN NIÑOS	1			27.940	13.970	36.320	22.350	44.700	30.730
13 01 039	2	CUERPO EXTRAÑO EXTRACCIÓN EN HIPOFARINGE Y/O ESÓFAGO (POR TUBO RÍGIDO) - EN ADULTOS OIDO	1			27.940	13.970	36.320	22.350	44.700	30.730
13 01 040	2	LESIONES DEL OÍDO EXTERNO Y/O MEDIO, CURACIÓN BAJO MICROSCOPIO (PROC. AUT.)	1			4.550	2.270	5.920	3.640	7.280	5.000
13 01 041		TROMPA DE EUSTAQUIO, INSUFLACIÓN INSTRUMENTAL (PROC. AUT.) Cuerpo extraño en oído, extracción de (incluye tapón de cerumen) (proc. aut.)	1			4.550	2.270	5.920	3.640	7.280	5.000
13 01 042	2	CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE TAPÓN DE CERUMEN) (PROC. AUT.) - EN ADULTOS	1			4.550	2.270	5.920	3.640	7.280	5.000
13 01 043	2	CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE TAPÓN DE CERUMEN) (PROC. AUT.) - EN NIÑOS	1			13.630	6.810	17.720	10.900	21.810	14.990
13 01 044		BIOPSIA OÍDO (PROC. AUT.) II.- INTERVENCIONES QUIRURGICAS	1			13.630	6.810	17.720	10.900	21.810	14.990

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

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

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
OIDO EXTERNO											
13 02 001		ABSCESO Y/O HEMATOMAS OÍDO EXTERNO, TRAT. QUIR.	1			21.190	10.590	27.550	16.950	33.900	23.300
13 02 002	3	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	1			46.180	23.090	60.030	36.940	73.890	50.800
13 02 003	4	FÍSTULA PREAURICULAR COMPLICADA, TRAT. QUIR.	2	55.040	37.840	145.930	72.960	189.710	116.740	233.490	160.520
13 02 004	3	EXTIRPACIÓN DE TUMOR DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	1			29.160	14.580	37.910	23.330	46.660	32.080
13 02 005	4	TUMOR MALIGNO OÍDO EXTERNO, TRAT. QUIR.	2	68.530	47.110	145.360	72.680	188.970	116.290	232.580	159.900
OIDO MEDIO											
13 02 006	7	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOSTOMÍA	2	91.760	63.080	172.450	86.220	224.190	137.960	275.920	189.690
13 02 007	7	MASTOIDECTOMÍA C/S SECCIÓN CUERDA DEL TÍMPANO	2	91.760	63.080	192.730	96.360	250.550	154.180	308.370	212.000
13 02 008	3	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MUCOSITIS TIMPÁNICA, OTITIS MEDIA CON EFUSIÓN UNI O BILATERAL	1	53.470	36.760	113.560	56.780	147.630	90.850	181.700	124.920
13 02 009	7	OPERACIÓN RADICAL DE OÍDO	2	66.770	45.900	170.010	85.000	221.010	136.000	272.020	187.010
13 02 011	8	RECONSTITUCIÓN FUNCIONAL DE OÍDO RADICALIZADO	2	86.560	59.510	216.980	108.490	282.070	173.580	347.170	238.680
13 02 012	7	TIMPANOPLASTÍA FUNCIONAL (CUALQUIER TIPO) C/S MASTOIDECTOMÍA	2	68.720	47.240	174.950	87.470	227.440	139.960	279.920	192.440
OIDO MEDIO Y EXTERNO											
13 02 013	7	RECONSTITUCIÓN PLÁSTICA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO CARTILAGINOSO	2	86.850	59.710	217.730	108.860	283.050	174.180	348.370	239.500
13 02 014	7	EXOSTOSIS U OSTEOMA OÍDO MEDIO O EXTERNO, RESECCIÓN POR CUALQUIER VÍA	2	66.770	45.900	154.320	77.160	200.620	123.460	246.910	169.750
13 02 015	7	NEURECTOMÍA DE JACOBSON	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
13 02 016	7	RECONSTITUCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, C/S TIMPAANOPLASTÍA (INCLUYE REVISIÓN DE CADENA OSICULAR)	2	89.150	61.290	187.290	93.640	243.480	149.830	299.660	206.010
13 02 017	7	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR GLÓMICO TIMPÁNICO	3	89.150	61.290	223.500	111.750	290.550	178.800	357.600	245.850
OIDO INTERNO Y NERVIO ACUSTICO											
13 02 018	7	LABERINTECTOMÍA	2	70.670	48.580	179.900	89.950	233.870	143.920	287.840	197.890
13 02 019	8	NEURINOMA DEL ACÚSTICO, TRAT. QUIR. VÍA TRANSLABERÍNTICA Y/O FOSA MEDIA	3	120.900	83.120	316.060	158.030	410.880	252.850	505.700	347.670
13 02 074	12	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA IMPLANTE COCLEAR	2			2.293.980	1.146.990				

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
13 02 038	2	ABSCESOS Y HEMATOMA DEL TABIQUE NASAL, TRAT. QUIR.	1			34.140	17.070	44.380	27.310	54.620	37.550
13 02 039	4	ARTERIA ESFENOPALATINA, CAUTERIZACIÓN POR VÍA NASAL	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
13 02 040	6	ARTERIA MAXILAR INTERNA, LIGADURA DE (POR VÍA TRANSMAXILAR)	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
13 02 041	4	LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES ANTERIORES	1	53.470	36.760	113.560	56.780	147.630	90.850	181.700	124.920
13 02 042	4	TURBINECTOMÍA O CAUTERIZACIÓN DE CORNETES, CUALQUIER TÉCNICA	1			38.530	19.260	50.090	30.820	61.650	42.380
13 02 043	5	CONDUCTO Y/O SENO LAGRIMAL, OBSTRUCCIÓN DEL, TRAT. QUIR. POR VÍA NASAL	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
13 02 044	7	ETMOIDECTOMÍA ENDO O EXONASAL	2	70.510	48.470	149.580	74.790	194.450	119.660	239.330	164.540
13 02 045	5	**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FISTULAS BUCO-SINUSALES O BUCO-NASALES Y/O RETIRO CUERPOS EXTRANOS DEL SENO MAXILAR	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
13 02 046	2	FRACT. NASAL RECIENTE, CERRADA O EXPUESTA, REDUCCIÓN C/S INMOVILIZACIÓN	1			31.550	15.770	41.020	25.240	50.480	34.700
13 02 047	6	NERVIO VIDIANO, SECCIÓN DEL (POR CUALQUIER VÍA)	2	68.530	47.110	174.390	87.190	226.710	139.510	279.020	191.820
13 02 048	4	PERFORACIÓN DEL TABIQUE, TRAT. QUIR.	1	56.480	38.830	119.880	59.940	155.840	95.900	191.810	131.870
13 02 049	3	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PÓLIPO NASAL	1			38.180	19.090	49.630	30.540	61.090	42.000
13 02 050	5	RINITIS ATRÓFICA, TRAT. POR INCLUSIÓN SUBMUCOSA, CON CUALQUIER MATERIAL, UNI O BILATERAL	1	53.470	36.760	113.560	56.780	147.630	90.850	181.700	124.920
13 02 051	6	RINOFIMA, TRAT. QUIR.	2	66.770	45.900	146.350	73.170	190.260	117.080	234.160	160.980
13 02 052	6	RINOPLASTÍA Y/O SEPTOPLASTÍA, CUALQUIER TÉCNICA	2	72.530	49.860	193.060	96.530	250.980	154.450	308.900	212.370
13 02 053	6	SENO ESFENOIDAL, ABERTURA POR CUALQUIER VÍA	2	86.080	59.180	175.980	87.990	228.770	140.780	281.570	193.580
13 02 054	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE SENO FRONTAL, CUALQUIER VÍA	2	70.510	48.470	149.580	74.790	194.450	119.660	239.330	164.540
13 02 055	6	ANTROSTOMÍA SENO MAXILAR, CUALQUIER VÍA	2	68.530	47.110	145.360	72.680	188.970	116.290	232.580	159.900
13 02 056	2	SINEQUIA NASAL, TRAT. QUIR.	1			21.740	10.870	28.260	17.390	34.780	23.910
13 02 057	5	TUMOR NASAL, EXTIRP. POR RINOTOMÍA LATERAL	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
13 02 058	5	VACIAMIENTO ETMOIDAL POR VÍA NASAL C/S POLIPECTOMÍA	1	68.530	47.110	107.810	53.900	140.150	86.240	172.500	118.590
		LARINGE Y TRAQUEA									
13 02 059	4	ARITENOIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	1	68.720	47.240	108.170	54.080	140.620	86.530	173.070	118.980

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
13 02 060	6	ARITENOIDECTOMÍA VÍA EXTERNA	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
13 02 061	6	DECORTICACIÓN DE CUERDAS VOCALES C/MICROSCOPIO	1	68.720	47.240	116.690	58.340	151.700	93.350	186.700	128.350
13 02 073	3	ESTENOSIS LARINGOTRAQUEALES Y FARÍNGEAS, TRAT. QUIR. POR VÍA ENDOSCÓPICA (INCLUYE LASER) Cuerdas vocales, tumores benignos, trat. quir.	1	51.790	35.600	74.810	37.400	97.250	59.840	119.700	82.290
13 02 062	3	TUMOR BENIGNO DE CUERDAS VOCALES, TRAT. QUIRÚRGICO POR VÍA ABIERTA	1	66.770	45.900	113.400	56.700	147.420	90.720	181.440	124.740
13 02 063	3	TUMOR BENIGNO DE CUERDAS VOCALES, TRAT. QUIRÚRGICO POR VÍA ENDOSCÓPICA	1	70.510	48.470	119.720	59.860	155.640	95.780	191.550	131.690
13 02 064	5	CORDECTOMÍA, RESECCIÓN DE SINEQUIA Y OTRAS MALFORMACIONES, TRAT. QUIRÚRGICO POR VÍA EXTERNA	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
13 02 065	6	ESTENOSIS LARINGOTRAQUEALES Y/O FARÍNGEAS, TRAT. QUIR. POR VÍA ABIERTA (INCLUYE RECONSTRUCCIÓN LARINGOTRAQUEAL)	2	119.890	82.420	316.460	158.230	411.400	253.170	506.340	348.110
13 02 066	8	LARINGECTOMÍA PARCIAL O SUBTOTAL (CUALQUIER TÉCNICA)	3	111.360	76.560	299.020	149.510	388.730	239.220	478.430	328.920
13 02 067	10	LARINGECTOMÍA TOTAL MÁS FARINGECTOMÍA PARCIAL	3	137.650	94.630	398.350	199.170	517.860	318.680	637.360	438.180
13 02 068	13	LARINGECTOMÍA TOTAL MÁS FARINGECTOMÍA TOTAL Y/O ESOFAGECTOMÍA CERVICAL	3	173.760	119.460	548.770	274.380	713.400	439.010	878.030	603.640
13 02 069	5	LARINGOCELE, TRAT. QUIR.	2	52.100	35.820	138.140	69.070	179.580	110.510	221.020	151.950
13 02 070	2	PAPILOMAS LARÍNGEOS, TRAT. QUIR. (POR SESIÓN)	1			55.130	27.560	71.670	44.100	88.210	60.640
13 02 071	5	PARÁLISIS DE CUERDAS VOCALES, TRAT. QUIR. CUALQUIER TÉCNICA	2	68.880	47.350	146.080	73.040	189.900	116.860	233.730	160.690
13 02 072	5	TRAQUEOSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
**Estas prestaciones se autorizan a Cirujanos dentistas especialistas en Cirugía maxilofacial'.											
III.- FONOAUDIOLOGIA											
A.- ATENCION FONOAUDIOLOGO											
13 03 010		EVALUACIÓN INTEGRAL DE FONOAUDIOLOGO				12.170	6.080	15.820	9.730	19.470	13.380
13 03 011		REHABILITACIÓN INTEGRAL DE FONOAUDIOLOGO				5.630	2.810	7.320	4.500	9.010	6.190
B.- TELEREHABILITACION FONOAUDIOLOGÍA											
13 08 010		TELEREHABILITACIÓN: EVALUACIÓN INTEGRAL DE FONOAUDIOLOGO				10.350	5.170	13.460	8.280	16.560	11.380
13 08 011		TELEREHABILITACIÓN: REHABILITACIÓN INTEGRAL DE FONOAUDIOLOGO				4.780	2.390	6.210	3.820	7.650	5.260

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
14 02 011	6	PAROTIDECTOMÍA SUPRAFACIAL CON DISECCIÓN Y PRESERVACIÓN DEL NERVIO FACIAL	2	68.720	47.240	145.820	72.910	189.570	116.660	233.310	160.400
14 02 012	7	PAROTIDECTOMÍA TOTAL, CON DISECCIÓN Y PRESERVACIÓN DEL NERVIO FACIAL.	2	89.150	61.290	216.400	108.200	281.320	173.120	346.240	238.040
14 02 013	9	PAROTIDECTOMÍA TOTAL AMPLIADA (INCLUYE MÚSCULOS, GANGLIOS, ARTICULACIONES Y RAMA VERTICAL DE LA MANDÍBULA)	3	178.370	122.630	468.940	234.470	609.620	375.150	750.300	515.830
14 02 014	9	TOTALIZACIÓN DE PAROTIDECTOMÍA PREVIA O PAROTIDECTOMÍA DEL LÓBULO PROFUNDO GLANDULA SUBMANDIBULAR	3	89.150	61.290	210.950	105.470	274.240	168.760	337.520	232.040
14 02 015	8	EXTIRPACIÓN SUBMANDIBULAR AMPLIADA (INCLUYE PISO DE BOCA, ARCO MANDIBULAR ,MÚSCULOS Y ARTICULACIONES)	3	178.370	122.630	468.940	234.470	609.620	375.150	750.300	515.830
14 02 016	6	EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL SUBMANDIBULAR SUB-LINGUAL (Una o ambas)	2	68.720	47.240	145.820	72.910	189.570	116.660	233.310	160.400
14 02 017	5	**EXTIRPACIÓN GLÁNDULA SALIVAL SUBLINGUAL	1	54.850	37.710	116.490	58.240	151.440	93.190	186.380	128.130
14 02 018	8	EXTIRPACIÓN SUBLINGUAL AMPLIADA (INCLUYE PISO DE BOCA, ARCO MANDIBULAR, MUSCULOS, GANGLIOS Y ARTICULACIONES) OTROS	3	178.370	122.630	468.940	234.470	609.620	375.150	750.300	515.830
14 02 019	3	**ABCESO PAROTÍDEO SUBMAXILAR Y/O CERVICAL PROFUNDO, TRAT. QUIR.	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
14 02 020	5	**CONDUCTOS SALIVALES DE EXCRECIÓN, REIMPLANTACIÓN ORO-FARÍNGEA	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
14 02 021	3	**CIERRE DE FÍSTULA SALIVAL: REPARACIÓN DEL CONDUCTO DE EXCRECIÓN	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
14 02 022	2	**EXTIRPACIÓN DE QUISTE O MUCOCELE DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR DE LABIOS	1	54.850	37.710	55.760	27.880	72.490	44.610	89.220	61.340
14 02 023	6	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO TORTICOLIS CONGÉNITA OTRAS ESTRUCTURAS PROFUNDAS DE CUELLO	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
14 02 024	6	QUISTES Y/O FÍSTULAS DEL CONDUCTO TIROGLOSO, Y/O BRANQUIAL, Y/O HIGROMA, Y/O FISTULA PREAURICULAR COMPLICADA, Y/U OTROS QUISTES Y/O TUMORES BENIGNOS, TRAT. QUIR.	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
14 02 025	7	TUMORES DEL CUERPO CAROTÍDEO, TRAT. QUIR. (INCL. PROC. VASCULAR) PIEL Y MUCOSAS	2	91.420	62.850	184.070	92.030	239.290	147.250	294.510	202.470
14 02 026	2	BIOPSIA QUIR., MUCOSA ORONASOFARÍNGEA (PROC. AUT.)	1			22.410	11.200	29.130	17.920	35.860	24.650
14 02 027	2	BIOPSIA QUIR., PIEL Y MUCOSA CARA (PROC. AUT.)	1			28.350	14.170	36.860	22.680	45.360	31.180

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
TUMORES MALIGNOS:											
14 02 028	6	RESECCIÓN CUTÁNEA AMPLIADA (INCLUYE MUSCULATURA, GANGLIOS Y HUESOS SUBYACENTES; DESPLAZAMIENTO DE COLGAJOS)	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
14 02 029	3	RESECCIÓN CUTÁNEA SIMPLE (SUTURA PRIMARIA)	1			46.180	23.090	60.030	36.940	73.890	50.800
14 02 030	6	TUMOR MALIGNO DE LABIO SUPERIOR O INFERIOR, RESECCIÓN TOTAL DEL LABIO Y CIRUGÍA REPARADORA	2	66.770	45.900	177.830	88.910	231.180	142.260	284.530	195.610
14 02 031	6	TUMOR MALIGNO DE LABIO SUPERIOR O INFERIOR, RESECCIÓN PARCIAL DEL LABIO Y CIRUGÍA REPARADORA NARIZ	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
14 02 032	5	RESECCIÓN PARCIAL Y CIRUGÍA REPARADORA NARIZ	2	54.850	37.710	145.460	72.730	189.100	116.370	232.740	160.010
14 02 033	6	RESECCIÓN TOTAL Y CIRUGÍA REPARADORA NARIZ CAVIDADES PARANASALES Y HUESO TEMPORAL	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
14 02 034	8	EXTIRPACIÓN AMPLIADA DE NARIZ INCLUYENDO PARTE ESQUELETO FACIAL (NASO-ETMOIDIANA)	2	89.150	61.290	179.420	89.710	233.250	143.540	287.070	197.360
14 02 035	12	EXANTERACIÓN ORBITARIA AMPLIADA (INCLUYE ETMOIDES, HUESO FRONTAL, BASE DE CRÁNEO ANTERIOR Y REGIÓN MÁXILO-MALAR)	3	212.210	145.890	514.600	257.300	668.980	411.680	823.360	566.060
14 02 036	11	EXTIRPACIÓN TOTAL AMPLIADA DEL HUESO TEMPORAL MAXILECTOMIA	3	200.540	137.870	486.270	243.130	632.150	389.010	778.030	534.890
14 02 037	7	**MAXILECTOMIA PARCIAL Y REPARACIÓN PROTÉSICA	2	68.530	47.110	182.430	91.210	237.160	145.940	291.890	200.670
14 02 038	7	**MAXILECTOMÍA PARCIAL (INCLUYE PALADAR ÓSEO; REPARACIÓN CON COLGAJO)	2	84.740	58.260	222.280	111.140	288.960	177.820	355.650	244.510
14 02 039	12	MAXILECTOMÍA RADICAL AMPLIADA (INCLUYE EXANTERACIÓN ORBITARIA Y DE FOSA CRANEAL ANTERIOR O MEDIA)	3	200.540	137.870	486.270	243.130	632.150	389.010	778.030	534.890
14 02 040	10	MAXILECTOMÍA RADICAL CLÁSICA (INCLUYE EXANTERACIÓN ORBITARIA Y REPARACIÓN CON COLGAJO)	3	178.370	122.630	500.360	250.180	650.470	400.290	800.580	550.400
14 02 041	10	MAXILECTOMÍA RADICAL CLÁSICA (INCLUYE EXANTERACIÓN ORBITARIA Y REPARACIÓN PROTÉSICA) CAVIDAD ORAL Y OROFARINGEA	3	178.370	122.630	421.630	210.810	548.120	337.300	674.610	463.790
14 02 042	6	** GLOSECTOMÍA PARCIAL, REPARACIÓN PRIMARIA	2			149.540	74.770	194.400	119.630	239.260	164.490
14 02 043	7	RESECCIÓN AMPLIA DE TUMOR MALIGNO CAVIDAD ORAL Y OROFARINGEA Y DISECCIÓN GANGLIONAR CERVICAL RESECCIÓN DE MANDIBULA	2	87.300	60.020	545.470	272.730	709.110	436.370	872.750	600.010
14 02 044	7	** HEMIMANDIBULECTOMÍA	2	94.340	64.860	226.480	113.240	294.420	181.180	362.370	249.130

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
14 02 045	9	** MANDIBULECTOMÍA TOTAL	3	133.730	91.940	354.050	177.020	460.270	283.240	566.480	389.450
14 02 046	13	OPERACIÓN 'COMANDO' (INCLUYE EXTIRP. DEL TUMOR, HEMIMANDIBULECTOMÍA Y DISECCIÓN GANGLIONAR RADICAL DE CUELLO)	3	200.540	137.870	533.420	266.710	693.450	426.740	853.470	586.760
14 02 047	5	**RESECCIÓN PARCIAL DE MANDÍBULA	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
14 02 048	8	EXTIRPACIÓN DE TUMOR INTRAORAL AMPLIA EN TERCIO POSTERIOR CAVIDAD ORAL (REGIÓN FARINGEA) HIPOFARINGE Y ESOFAGO CERVICAL	3	205.040	140.960	542.660	271.330	705.460	434.130	868.260	596.930
14 02 050	6	FARINGECTOMÍA PARCIAL CIRUGIA OSTEOTOMICA SOBRE LOS MAXILARES	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
14 02 051	6	**GENIOPLASTÍA	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
14 02 052	6	**OSTEOTOMIAS SEGMENTARIAS DEL MAXILAR O MANDÍBULA	2	68.530	47.110	145.360	72.680	188.970	116.290	232.580	159.900
14 02 053	7	**OSTEOTOMIAS TOTALES DEL MAXILAR O MANDIBULA (TIPO LE FORT I O SAGITAL DE RAMA) TRAUMATOLOGIA MAXILO FACIAL FRACTURAS DEL MALAR, MAXILAR SUPERIOR, MANDIBULA Y ORBITARIAS, UNICAS O MULTIPLES, EXCLUIDA NARIZ.	2	96.750	66.510	254.560	127.280	330.930	203.650	407.300	280.020
		Reducción:									
14 02 054	4	**REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS MAXILOFACIALES	1			83.710	41.850	108.820	66.960	133.940	92.080
14 02 055	5	**REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MAXILOFACIALES Y ESTABILIZACIÓN CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	2	72.530	49.860	184.550	92.270	239.920	147.640	295.280	203.000
14 02 056	4	**REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MAXILOFACIALES CON OSTEOSÍNTESIS ÚNICA	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
14 02 057	10	RECONSTRUCCIONES COMPLEJAS DE LA CARA SIMULTÁNEAS CON PROC. NEUROQUIRÚRGICO (CRANEOtomías MÁS ABORDAJES Y TRAT. FACIAL), TIEMPO FACIAL	2	193.620	133.110	457.700	228.850	595.010	366.160	732.320	503.470
14 02 058	7	RECONSTRUCCIONES DE PARTES DURAS Y BLANDAS DE LA CARA, MEDIANTE ABORDAJES MÚLTIPLES Y HEMICORONAL O CORONAL	2	117.860	81.030	312.260	156.130	405.940	249.810	499.620	343.490
14 02 059	4	**REMOCIÓN DE ARCOS DENTARIOS O LIGADURAS DE ALAMBRE	1			51.240	25.620	66.610	40.990	81.980	56.360
14 02 060	3	** REMOCIÓN SIMPLE (PROC.AUT.)	1			47.200	23.600	61.360	37.760	75.520	51.920

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

GRUPO : 15

CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3				
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF			
(Además anestesia cód. 22-01-001 si corresponde)														
Heridas de la cara (cortantes y/o contusas), sutura plástica (proc. aut.)														
15 02 001	4	HERIDAS DE LA CARA COMPLICADAS: 1 O VARIAS DE MÁS DE 5 CMS. Y/O UBICADAS EN BORDES DE PÁRPADOS, LABIOS O ALA NASAL Y/O QUE COMPROMETEN MUSCULOS, CONDUCTOS, VASOS O NERVIOS	2			153.780	76.890	199.910	123.020	246.050	169.160			
15 02 002	2	HERIDAS DE LA CARA SIMPLES: 1 O VARIAS DE HASTA 5 CMS. QUE SÓLO COMPROMETEN PIEL	1			38.530	19.260	50.090	30.820	61.650	42.380			
15 02 003	4	IMPLANTE DE SILICONA FACIAL (CUALQUIER ZONA O ZONAS)	1			106.230	53.110	138.100	84.980	169.970	116.850			
		Cicatrices (cualquier localización o tamaño), resecc. plastica de (proc. aut.)												
15 02 004	3	RESECCIÓN PLÁSTICA DE HASTA 2 CICATRICES (CUALQUIER LOCALIZACIÓN O TAMAÑO)	2			149.540	74.770	194.400	119.630	239.260	164.490			
15 02 005	4	RESECCIÓN PLÁSTICA DE 3 O MÁS CICATRICES (CUALQUIER LOCALIZACIÓN O TAMAÑO)	2			170.880	85.440	222.140	136.700	273.410	187.970			
		Injertos piel parcial y/o mucosa (incluye tratamiento zonas dadora y receptora)												
15 02 006	3	INJERTOS HASTA 1% SUPERFICIE CORPORAL RECEPTORA	1			36.400	18.200	47.320	29.120	58.240	40.040			
15 02 007	4	INJERTOS HASTA 5% SUPERFICIE CORPORAL RECEPTORA	1			59.840	29.920	77.790	47.870	95.740	65.820			
15 02 008	5	INJERTOS HASTA 10% SUPERFICIE CORPORAL RECEPTORA	1			111.070	55.530	144.390	88.850	177.710	122.170			
15 02 009	6	INJERTOS POR CADA 10% (O SU FRACCIÓN) ADICIONAL HASTA 50%	1			44.440	22.220	57.770	35.550	71.100	48.880			
15 02 010	13	INJERTOS 51% Y MÁS DE SUPERFICIE CORPORAL RECEPTORA	2	157.230	108.090	356.430	178.210	463.360	285.140	570.290	392.070			
15 02 011	8	PIEL TOTAL, CUALQUIER TAMAÑO (INCLUYE TRATAMIENTO ZONA DADORA Y RECEPTORA)	2			145.330	72.660	188.930	116.260	232.530	159.860			
		Toma de injertos												
15 02 012	4	TOMA DE INJERTOS CARTÍLAGO (AURICULAR, COSTAL O SIMILARES) C/U	2			153.780	76.890	199.910	123.020	246.050	169.160			
15 02 013	5	TOMA DE INJERTOS-ÓSEO (COSTAL, ILÍACO, TIBIAL O SIMILARES) C/U.	2			176.720	88.360	229.740	141.380	282.750	194.390			
		COLGAJOS (Si se utilizan colgajos para corregir o resecar lesiones benignas o malignas sólo se cobrará el colgajo)												
		Plastias en Z												
15 02 014	4	PLASTÍAS EN Z, HASTA 3	2			149.540	74.770	194.400	119.630	239.260	164.490			
15 02 015	5	PLASTÍAS EN Z, 4 Y MÁS	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960			

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
15 02 031	5	** CORRECCIÓN QUIRÚRGICA SECUNDARIA DE QUEILOPLASTIA	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
15 02 032	5	** QUEILOPLASTIA PRIMARIA, UN LADO (PROC. QUIR. COMPLETO POR CUALQUIER TÉCNICA)	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
		AFECCIONES CONGENITAS									
15 02 033	5	** CIERRE DE PALADAR DURO Y/O CIERRE DE COMUNICACIÓN ORO-NASAL	2	65.090	44.750	138.040	69.020	179.450	110.430	220.860	151.840
15 02 034	5	** CIERRE MUCOSO VESTÍBULO ORAL O GINGIVO-PERIOSTIO-PLASTIA	2	70.670	48.580	149.940	74.970	194.920	119.950	239.900	164.930
15 02 035	5	** PLASTIA DE VELO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
15 02 036	5	** CIERRE DE MACROSTOMÍA, UNILATERAL	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
15 02 037	7	** TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANOMALÍAS CRÁNEO FACIALES	2	111.360	76.560	251.890	125.940	327.460	201.510	403.020	277.070
		RECONSTRUCCION OSTEOPLASTICA REBORDE ALVEOLAR									
15 02 038	6	** RECONSTRUCCIÓN OSTEOPLÁSTICA REBORDE ALVEOLAR BILATERAL EN UN TIEMPO	2	96.750	66.510	228.980	114.490	297.670	183.180	366.370	251.880
15 02 039	5	** RECONSTRUCCIÓN OSTEOPLÁSTICA REBORDE ALVEOLAR UNILATERAL	2	70.670	48.580	163.300	81.650	212.290	130.640	261.280	179.630
		HIPERTELORISMO									
15 02 040	11	DISTOPLASIAS ORBITARIAS: MOVILIZACIÓN UNILATERAL O VERTICAL TIEMPO FACIAL	3	178.370	122.630	421.630	210.810	548.120	337.300	674.610	463.790
15 02 041	11	EXPANSIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE UN MICRO-ORBITISMO	3	178.370	122.630	421.630	210.810	548.120	337.300	674.610	463.790
15 02 042	12	SÍNDROME DE APERT CROZON O SIMILAR: AVANCE FRONTO-ORBITO-MAXILAR VÍA INTRACRANEANA, TIEMPO FACIAL	3	200.540	137.870	486.270	243.130	632.150	389.010	778.030	534.890
15 02 043	12	SÍNDROME DE APERT CROZON O SIMILAR: OSTEOTOMÍA TIPO LE FORT III O SIMILAR	3	200.540	137.870	486.270	243.130	632.150	389.010	778.030	534.890
15 02 044	6	CORRECCIÓN TELECANTO	2	66.770	45.900	162.120	81.060	210.760	129.700	259.390	178.330
15 02 045	11	MOVILIZACIÓN ORBITARIA EXTRACRANEANA	3	178.370	122.630	421.630	210.810	548.120	337.300	674.610	463.790
15 02 046	13	MOVILIZACIÓN ORBITARIA INTRACRANEANA, TIEMPO FACIAL	3	200.540	137.870	486.270	243.130	632.150	389.010	778.030	534.890
		CIRUGIA DE LA MAMA									
		(Un lado) (Véase Ginecología y Obstetricia, cód. 20-02-001 al 20-02-005)									
15 02 047	5	GINECOMASTIA, CORRECCIÓN PLÁSTICA	2	58.050	39.910	154.930	77.460	201.410	123.940	247.890	170.420
15 02 048	6	MAMOPLASTÍA DE AUMENTO (UNILATERAL)	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
15 02 049	6	MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN	2	85.920	59.070	188.290	94.140	244.780	150.630	301.260	207.110
15 02 050	6	MASTOPEXIA C/S IMPLANTE DE PRÓTESIS (NO INCLUYE VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	68.720	47.240	138.120	69.060	179.560	110.500	220.990	151.930
15 02 051	5	RECONSTRUCCIÓN AREOLA Y/O PEZÓN C/S PLASTÍA (PROC. AUT.)	2			153.780	76.890	199.910	123.020	246.050	169.160
15 02 052	7	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA	2	91.420	62.850	200.170	100.080	260.220	160.130	320.270	220.180
		ABDOMEN Y PELVIS									
15 02 053	6	ABDOMINOPLASTIA	3	94.340	64.860	217.290	108.640	282.480	173.830	347.660	239.010
		TRATAMIENTO DE ESCARAS DE DECUBITO									
15 02 054	7	ESCARECTOMÍA CON RESECCIÓN ÓSEA C/S COLGAJO DE ROTACIÓN	2	68.530	47.110	137.670	68.830	178.970	110.130	220.270	151.430
15 02 055	7	TRATAMIENTO DE ESCARAS DE DECUBITO, CON RESECCIÓN ÓSEA Y COLGAJOS MUSCULARES O MUSCULOCUTÁNEOS	2	111.360	76.560	251.890	125.940	327.460	201.510	403.020	277.070
		EXTREMIDADES									
		Sindactilia, trat. quir. cada espacio									
15 02 056	5	SINDACTILIA, TRAT. QUIR. CADA ESPACIO CON INJERTO	2			145.330	72.660	188.930	116.260	232.530	159.860
15 02 057	4	SINDACTILIA, TRAT. QUIR. CADA ESPACIO SIN INJERTO	1			58.350	29.170	75.860	46.680	93.360	64.180
15 02 058	5	POLIDACTILIA, EXTRIPACIÓN Y PLASTÍA UNILATERAL	1			145.330	72.660	188.930	116.260	232.530	159.860
15 02 059	6	LIPECTOMÍA GLÚTEA, UNILATERAL	2			138.000	69.000	179.400	110.400	220.800	151.800
15 02 060	6	LIPECTOMÍA TROCANTÉREA, UNILATERAL	2			141.660	70.830	184.160	113.330	226.660	155.830
		PROCEDIMIENTOS EN ESCARAS									
		(Quemaduras, loxoscelismo o similar)									
		Escarotomía									
15 02 061	4	ESCAROTOMÍA HASTA 10 % SUPERFICIE CORPORAL	1			27.360	13.680	35.570	21.890	43.780	30.100
15 02 062	2	ESCAROTOMÍA POR CADA 10 % ADICIONAL (O SU FRACCIÓN)	1			21.190	10.590	27.550	16.950	33.900	23.300
		Escarectomía									
15 02 063	3	ESCARECTOMÍA HASTA 1 % SUPERFICIE CORPORAL	1			59.840	29.920	77.790	47.870	95.740	65.820

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
15 02 064	4	ESCARECTOMÍA HASTA 5 % SUPERFICIE CORPORAL	1			85.410	42.700	111.030	68.320	136.660	93.950
15 02 065	5	ESCARECTOMÍA HASTA 10% SUPERFICIE CORPORAL	1	58.050	39.910	123.270	61.630	160.250	98.610	197.230	135.590
15 02 066	6	ESCARECTOMÍA POR CADA 10% ADICIONAL (O SU FRACCIÓN) (SE COBRARÁ CÓD. AD. UNA SOLA VEZ POR SUPERFICIE ENTRE EL 11% Y 50%).	1			68.380	34.190	88.890	54.700	109.410	75.220
** Estas prestaciones se autorizan a Cirujanos dentistas especialistas.											
GRUPO : 16											
DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS											
PROCEDIMIENTOS											
En consulta o sala de procedimiento. La curación simple de heridas está incluida en la consulta. Cuando sea necesaria anestesia general para cualquiera de estos procedimientos, deberá usarse anestesia cód. 22-01-001 y fundamentarse en el programa respectivo. La calificación de maligno o benigno preoperatorio es sólo presuntiva.											
16 01 110	1	CURETAJE DE LESIONES VIRALES Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES POR SESIÓN	1			27.120	13.560	35.260	21.700	43.390	29.830
16 01 111	2	APLICACIÓN DE INMUNOMODULADORES, QUÍMICOS Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES POR SESIÓN	1			18.540	9.270	24.100	14.830	29.660	20.390
16 01 112	2	FOTOTERAPIA UVB, UVA LOCALIZADA, POR SESIÓN	1			6.340	3.170	8.240	5.070	10.140	6.970
16 01 113	2	FOTOTERAPIA UVB, BANDA ANGOSTA Y UVA POR SESIÓN EN CABINA	1			9.280	4.640	12.060	7.420	14.850	10.210
16 01 115	2	IMPLANTES SUBCUTÁNEOS, INSTALACIÓN O RETIRO	1			21.580	10.790	28.050	17.260	34.530	23.740
16 01 116	2	CRITERAPIA HASTA 5 LESIONES POR SESIÓN	1			18.250	9.120	23.730	14.600	29.200	20.070
16 01 117	2	CRITERAPIA 6 A 10 LESIONES POR SESIÓN	1			28.540	14.270	37.100	22.830	45.660	31.390
16 01 118		TUMOR MALIGNO POR CRIOCIRUGÍA (POR CADA LESIÓN) POR SESIÓN	1			51.620	25.810	67.110	41.300	82.590	56.780
16 01 119	2	INYECCIÓN INTRACUTÁNEA EN ÁREAS HASTA 9 CM2 POR SESIÓN	1			19.020	9.510	24.730	15.220	30.430	20.920
16 01 120	1	TRATAMIENTO ABRASIVO CUTÁNEO MECÁNICO POR SESIÓN	1			36.160	18.080	47.010	28.930	57.860	39.780
16 01 121	1	TRATAMIENTO ABRASIVO CUTÁNEO QUÍMICO POR SESIÓN	1			27.120	13.560	35.260	21.700	43.390	29.830
16 01 122	1	TRICOGRAMA	1			21.690	10.840	28.200	17.350	34.700	23.850
16 01 124	2	TRATAMIENTO POR LÁSER, IPL O SIMILAR POR ÁREA HASTA 16 CM2 POR SESIÓN	1			46.390	23.190	60.310	37.110	74.220	51.020
16 01 125		TERAPIA FOTODINÁMICA (NO INCLUYE MEDICAMENTO) POR SESIÓN				46.090	23.040	59.920	36.870	73.740	50.690

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
16 01 126	1	DERMATOSCOPIA DIGITAL CON REGISTRO GRÁFICO O DIGITAL HASTA 5 LESIONES	1			23.260	11.630	30.240	18.610	37.220	25.590
CIRURGIAS											
En sala de procedimientos o pabellón quirúrgico. El uso de anestesia por otro profesional deberá ser fundamentada y se utilizará la anestesia cód. 22-01-001. La calificación de maligno o benigno preoperatoria es sólo presuntiva.											
16 02 201	2	** BIOPSIA DE PIEL Y/O MUCOSA POR CURETAJE O SECCIÓN TANGENCIAL C/S ELECTRO POR 1 LESIÓN	1			47.830	23.910	62.180	38.260	76.530	52.610
Extirpación, reparación o biopsia, total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión											
16 02 202	2	CABEZA, CUELLO, GENITALES HASTA 3 LESIONES: EXTIRPACIÓN, REPARACIÓN O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTÁNEAS POR EXCISIÓN	1			82.300	41.150	106.990	65.840	131.680	90.530
16 02 203	2	RESTO DEL CUERPO HASTA 3 LESIONES: EXTIRPACIÓN, REPARACIÓN O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTÁNEAS POR EXCISIÓN	1			56.270	28.130	73.150	45.010	90.030	61.890
16 02 204	2	CABEZA, CUELLO Y GENITALES DESDE 4 Y HASTA 6 LESIONES: EXTIRPACIÓN, REPARACIÓN O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTÁNEAS POR EXCISIÓN	1			164.640	82.320	214.030	131.710	263.420	181.100
16 02 205	2	RESTO DEL CUERPO DESDE 4 Y HASTA 6 LESIONES: EXTIRPACIÓN, REPARACIÓN O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTÁNEAS POR EXCISIÓN	1			112.580	56.290	146.350	90.060	180.130	123.840
16 02 206	2	EXTIRPACIÓN DE LESIONES BENIGNAS POR SEC TANGENCIAL, CURETAJE Y/O FULGURACIÓN HASTA 15 LESIONES	1			56.270	28.130	73.150	45.010	90.030	61.890
16 02 207	2	TRATAMIENTO POR ELECTRO DE HEMANGIOMAS O TELANGECTASIAS HASTA 15 LESIONES	1			56.270	28.130	73.150	45.010	90.030	61.890
Tumor maligno por excisión total o parcial, con o sin sutura, por cada lesión											
16 02 211	3	CABEZA, CUELLO, GENITALES: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR MALIGNO POR ESCISIÓN TOTAL O PARCIAL, CON O SIN SUTURA, POR CADA LESIÓN O MELANOMA CUALQUIER LOCALIZACIÓN	2			171.460	85.730	222.900	137.170	274.340	188.610
16 02 212	3	RESTO DEL CUERPO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR MALIGNO POR ESCISIÓN TOTAL O PARCIAL, CON O SIN SUTURA, POR CADA LESIÓN	2			137.180	68.590	178.330	109.740	219.490	150.900
Ampliación de márgenes quirúrgicos de tumor maligno extirpado previamente											
16 02 213	2	CABEZA, CUELLO, GENITALES O MELANOMA CUALQUIER UBICACIÓN: AMPLIACIÓN DE MÁRGENES QUIRÚRGICOS DE TUMOR MALIGNO EXTIRPADO PREVIAMENTE	2			137.180	68.590	178.330	109.740	219.490	150.900

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 01 003		ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO Haz de His, registro de (incluye colocación de sonda intracardíaca y registros pertinentes, además control permanente del especialista y tratamiento de las complicaciones médicas)				30.300	15.150	39.390	24.240	48.480	33.330
17 01 004		REGISTRO DE HAZ DE HIS, EN ADULTOS O NIÑOS				40.760	20.380	52.990	32.610	65.220	44.840
17 01 006		E.C.G. CONTINUO (TEST HOLTER O SIMILARES, POR EJ. VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA Y/O ALTA RESOLUCIÓN DEL ST Y/O DEPOLARIZACIÓN TARDÍA); 20 A 24 HORAS DE REGISTRO				35.140	17.570	45.680	28.110	56.220	38.650
17 01 007		ECOCARDIOGRAMA DOPPLER, CON REGISTRO (INCLUYE CÓD. 17-01-008)				70.930	35.460	92.210	56.740	113.490	78.020
17 01 045		ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL DOPPLER COLOR				74.710	37.350	97.120	59.760	119.540	82.180
17 01 055	3	ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL DOPPLER COLOR TRANSESOFÁGICO	1			86.070	43.030	111.890	68.850	137.710	94.670
17 01 008		ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL (INCLUYE REGISTRO MODO M, PAPEL FOTOSENSIBLE Y FOTOGRAFÍA), EN ADULTOS O NIÑOS (PROC. AUT.)				44.350	22.170	57.660	35.480	70.960	48.780
17 01 009		MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL CONTINUO				24.550	12.270	31.920	19.640	39.280	27.000
17 01 056		ECOCARDIOGRAMA FETAL PROCEDIMIENTOS HEMODINAMICOS (Incluye control permanente del especialista y tratamiento de las complicaciones médicas; no incluye estudio químico de gases; además anestesia cód. 22-01-001 si corresponde)				83.500	41.750				
17 01 010		SONDEO CARDÍACO DERECHO C/S TERMODILUCIÓN, EN ADULTOS O NIÑOS	1			43.750	21.870	56.880	35.000	70.000	48.120
17 01 011		SONDEO CARDÍACO IZQUIERDO Y DERECHO, EN ADULTOS O NIÑOS	1			54.730	27.360	71.150	43.780	87.570	60.200
17 01 012		SONDEO CARDÍACO IZQUIERDO, EN ADULTOS O NIÑOS COLOCACION DE CATETER	1			46.450	23.220	60.390	37.160	74.320	51.090
17 01 013	4	CATETERISMO EN RECIÉN NACIDO POR ARTERIA UMBILICAL	1			19.610	9.800	25.490	15.680	31.380	21.570
17 01 014		INSTALACIÓN DE CATÉTER SWAN-GANZ O SIMILAR, EN ADULTOS O NIÑOS (PROC. AUT.)	1			49.160	24.580	63.910	39.330	78.660	54.080
17 01 078	4	INSTALACIÓN DE CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO (CATÉTER DE QMT)	1			270.450	135.220	351.590	216.360	432.720	297.490

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 01 079	4	RETIRO DE CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO (CATÉTER DE QMT)	1			135.220	67.610	175.790	108.180	216.350	148.740
		OTROS									
17 01 015		DOPPLER CON ERGOMETRÍA (POR SESIÓN)				12.040	6.020	15.650	9.630	19.260	13.240
17 01 016		DOPPLER SIMPLE DE VASOS PERIFÉRICOS (POR SESIÓN)				4.850	2.420	6.310	3.880	7.760	5.330
17 01 017		PLETISMOGRAFÍA EN REPOSO, ESFUERZO C/U (POR SESIÓN)				15.630	7.810	20.320	12.500	25.010	17.190
17 01 018		REGISTRO ECOARTERIAL O ECOVENOSO PERIFÉRICO C/U (POR SESIÓN)				21.640	10.820	28.130	17.310	34.620	23.800
		PROCEDIMIENTOS PARA EXAMENES RADIOLOGICOS									
		(Si un mismo médico efectúa ambos procedimientos, cobrará ambos códigos; además anestesia mínima si corresponde)									
17 01 019	4	CINECORONARIOGRAFÍA DERECHA Y/O IZQUIERDA (INCLUYE VENTRICULOGRAFÍA IZQUIERDA) (A.C. 04-02-030)	1			71.030	35.510	92.340	56.820	113.650	78.130
17 01 020	4	VENTRICULOGRAFÍA DERECHA (INCLUYE SONDEO CARDÍACO DERECHO), EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-033)	1			43.750	21.870	56.880	35.000	70.000	48.120
17 01 021	4	VENTRICULOGRAFÍA IZQUIERDA (INCLUYE EL SONDEO CARDÍACO IZQUIERDO) , EN ADULTOS O NIÑOS (A.C.04-02-033) ARTERIOGRAFIAS:(TECNICA DE SELDINGER O SIMILAR)	1			49.160	24.580	63.910	39.330	78.660	54.080
17 01 022		AORTOGRAFÍA, EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-024)	1			29.550	14.770	38.420	23.640	47.280	32.500
17 01 023		ARTERIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES (CADA EXTREMIDAD) EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-025)	1			26.830	13.410	34.880	21.460	42.930	29.510
17 01 061		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA PULMONAR EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			39.430	19.710	51.260	31.540	63.090	43.370
17 01 062		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA RENAL EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			39.430	19.710	51.260	31.540	63.090	43.370
17 01 063		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA TRONCO CELÍACO EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			39.430	19.710	51.260	31.540	63.090	43.370
17 01 064		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA ARTERIA GLÚTEA EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			39.430	19.710	51.260	31.540	63.090	43.370
17 01 065		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA HIPOGÁSTRICA EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			39.430	19.710	51.260	31.540	63.090	43.370
17 01 066		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA HEPÁTICA EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			39.430	19.710	51.260	31.540	63.090	43.370
17 01 067		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA MESENTÉRICA EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			39.430	19.710	51.260	31.540	63.090	43.370
17 01 068		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA ARTERIA LUMBAR EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			39.430	19.710	51.260	31.540	63.090	43.370
17 01 069		ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA O SUPERSELECTIVA ARTERIA VESICAL EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-019 Ó 04-02-020 Ó 04-02-027, S/CORRESPONDA)	1			39.430	19.710	51.260	31.540	63.090	43.370

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
VENOGRARIAS											
17 01 025		CAVOGRAFÍA (A.C. 04-02-035)	1			26.830	13.410	34.880	21.460	42.930	29.510
17 01 026		FLEBOGRAFÍA DE CADA EXTREMIDAD (A.C.04-02-038)	1			15.450	7.720	20.090	12.360	24.720	16.990
17 01 027		FLEBOGRAFÍA YUGULAR, SUPRARRENAL, PORTOGRAFÍA TRANSHEPÁTICAS, LUMBAR, ESPERMÁTICA, O SIMILAR, C/U (A.C. 04-02-041)	1			26.830	13.410	34.880	21.460	42.930	29.510
OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOLOGICOS											
17 01 030		PUNCIÓN EVACUADORA DE PERICARDIO, C/S TOMA DE MUESTRA C/S INYECCIÓN DE MEDICAMENTO	1			16.430	8.210	21.360	13.140	26.290	18.070
17 01 031	5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL CORONARIA PROCEDIMIENTO CARDIOLÓGICO (A.C.04-02-022)	2			98.420	49.210	127.950	78.740	157.470	108.260
17 01 032	5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL PERIFÉRICA PROCEDIMIENTO CARDIOLÓGICO (A.C.04-02-023)	1			79.970	39.980	103.960	63.970	127.950	87.960
17 01 033	3	BIOPSIA ENDOMICOCÁRDICA (PROC. COMPLETO)	1			71.870	35.930	93.430	57.490	114.990	79.050
17 01 034		CARDIOVERSIÓN	1			24.590	12.290	31.970	19.670	39.340	27.040
17 01 035		COLOCACIÓN DE SONDA MARCAPASO TRANSITORIO (PROC. COMPLETO)	1			34.630	17.310	45.020	27.700	55.410	38.090
17 01 037	3	PUNCIÓN SUBCLAVIA O YUGULAR CON COLOCACIÓN DE CATÉTER	1			19.610	9.800	25.490	15.680	31.380	21.570
17 01 038	3	SEPTOSTOMÍA DE RASHKIND O CON CONTROLADA CON BALÓN	1			109.330	54.660	142.130	87.460	174.930	120.260
17 01 039	3	TROMBÓLISIS ARTERIAL PERIFÉRICA	1			82.010	41.000	106.610	65.600	131.220	90.210
17 01 040	3	TROMBÓLISIS INTRACORONARIA	1			174.840	87.420	227.290	139.870	279.740	192.320
17 01 041	4	VALVULOPLASTÍA MITRAL (A.C. 04-02-033)	1			210.340	105.170	273.440	168.270	336.540	231.370
17 01 042	4	VALVULOPLASTÍA AÓRTICA Y/O PULMONAR, C/U (A.C. 04-02-033)	1			136.240	68.120	177.110	108.990	217.980	149.860
17 01 043	4	ANGIOPLASTÍA DE COARTACIÓN AÓRTICA (A.C. 04-02-033)	1			136.240	68.120	177.110	108.990	217.980	149.860
17 01 046	4	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO ENDOCARDÍACO DE LAS ARRITMIAS	1			71.030	35.510	92.340	56.820	113.650	78.130
17 01 050	4	ABLACIÓN CON CORRIENTE CONTINUA O RADIOFRECUENCIA DE NÓDULO AURICULO-VENTRICULAR	1			71.030	35.510	92.340	56.820	113.650	78.130
17 01 051	4	ABLACIÓN CON CORRIENTE CONTINUA O CON RADIOFRECUENCIA DE VÍAS ACCESORIAS Y OTROS	1			113.580	56.790	147.650	90.860	181.730	124.940
II.- CIRUGIA CARDIOVASCULAR.											

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

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3				
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF			
A. CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA														
1.- OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA ARTERIAL														
17 03 001	8	EMBOLECTOMÍA Y/O TROMBECTOMÍA, UNILATERAL, MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR (PROC. AUT.)	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190			
17 03 002	7	FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÉNITA O TRAUMÁTICA, REPAR. QUIR.	2	117.550	80.810	274.100	137.050	356.330	219.280	438.560	301.510			
17 03 075	6	FÍSTULA ARTERIOVENOSA PROTÉSICA	2	72.530	49.860	467.670	233.830	607.970	374.130	748.270	514.430			
17 03 076	10	TRANSPOSICIÓN DE VENA BASÍLICA PARA HEMODIÁLISIS	2	141.540	97.310	376.320	188.160	489.220	301.060	602.110	413.950			
17 03 003	7	FÍSTULA ARTERIOVENOSA NATIVA (VENA AUTÓLOGA)	2	72.530	49.860	373.300	186.650	485.290	298.640	597.280	410.630			
17 03 005	10	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE VASOS ARTERIALES Y/O VENOSOS INTRA-ABDOMINALES O INTRA-TORÁCICOS C/S INJERTO (BIOLÓGICOS O SINTÉTICOS)	3	145.220	99.840	351.870	175.930	457.430	281.490	562.990	387.050			
17 03 006	8	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE VASOS ARTERIALES Y/O VENOSOS PERIFÉRICOS C/S INJERTO (BIOLOGICOS O SINTETICOS)	2	94.340	64.860	231.490	115.740	300.940	185.190	370.380	254.630			
		Aneurismas, trat. quir.												
17 03 007	12	ANEURISMA AÓRTICO-ABDOMINAL TRAT. QUIR.	3	241.950	166.340	555.210	277.600	721.770	444.160	888.340	610.730			
17 03 008	7	ANEURISMAS PERIFÉRICOS, TRAT. QUIR.	2	111.630	76.740	284.020	142.010	369.230	227.220	454.430	312.420			
17 03 009	14	ANEURISMA TÓRACO-ABDOMINAL TRAT. QUIR.	3	290.270	199.560	720.830	360.410	937.080	576.660	1.153.330	792.910			
		Puentes (by pass) y otros												
17 03 010	10	PUENTE AORTO-BIFEMORAL; PUENTES DE TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS	3	201.070	138.230	487.520	243.760	633.780	390.020	780.030	536.270			
17 03 011	10	PUENTE AORTO-UNIFEMORAL	3	155.940	107.210	372.960	186.480	484.850	298.370	596.740	410.260			
17 03 012	12	PUENTE AORTO-VISCERAL (RENAL, MESENTÉRICO O SIMILAR); C/U	3	165.020	113.450	436.340	218.170	567.240	349.070	698.140	479.970			
17 03 013	12	PUENTE AORTO-ILÍACO	3	171.490	117.900	415.720	207.860	540.440	332.580	665.150	457.290			
17 03 014	10	ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA, SUBCLAVIA, VERTEBRAL, FEMORAL, O SIMILAR C/S INJERTO (PROC. AUT.)	3	165.020	113.450	394.690	197.340	513.100	315.750	631.500	434.150			
17 03 015	10	ENDARTERECTOMÍA FEMORAL COMÚN, SUPERFICIAL O PROFUNDA, POPLÍTEA U OTRAS C/S INJERTO (PROC. AUT.)	3	91.760	63.080	241.320	120.660	313.720	193.060	386.110	265.450			
17 03 016	11	ENDARTERECTOMÍA RENAL, C/S INJERTO (PROC. AUT.)	3	111.360	76.560	283.280	141.640	368.260	226.620	453.250	311.610			
17 03 017	10	PUENTE FÉMORO-TIBIAL O DISTALES	3	155.940	107.210	372.960	186.480	484.850	298.370	596.740	410.260			
17 03 018	10	PUENTE FÉMORO-POPLÍTEO	3	155.940	107.210	372.960	186.480	484.850	298.370	596.740	410.260			

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 03 019	8	LIGADURA TRONCOS ARTERIALES, (PROC. AUT.)	2	91.900	63.180	146.050	73.020	189.870	116.840	233.680	160.650
17 03 020	10	OTRAS DERIVACIONES: FÉMORO - FEMORAL, AXILO - HUMERAL, AXILO - FEMORAL, CARÓTIDOSUBCLAVIO, AXILO - AXILAR O SIMILARES; C/U 2.- OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA VENOSO	3	151.900	104.430	301.960	150.980	392.550	241.570	483.140	332.160
17 03 021	12	ANASTOMOSIS PORTOCAVA U OTRAS PORTOSISTÉMICAS	3	188.740	129.760	496.260	248.130	645.140	397.010	794.020	545.890
17 03 022	12	ANASTOMOSIS VENOSAS INTRAABDOMINALES	3	155.940	107.210	372.960	186.480	484.850	298.370	596.740	410.260
17 03 023		DENUDACIÓN VENOSA (PROC. AUT.)	1			58.350	29.170	75.860	46.680	93.360	64.180
17 03 024	9	DERIVACIONES VENOSAS DE EXTREMIDADES PUENTES VENOSOS	2	114.260	78.550	266.320	133.160	346.220	213.060	426.110	292.950
17 03 025	8	IMPLANTE FILTROS VENOSOS	3	117.860	81.030	299.780	149.890	389.710	239.820	479.650	329.760
17 03 066	5	INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO DE LARGA DURACIÓN TUNELIZADO (INCLUYE CATÉTER)	1	72.530	49.860	270.450	135.220	351.590	216.360	432.720	297.490
17 03 074	4	RETIRO DE CATÉTER VENOSO DE LARGA DURACIÓN TUNELIZADO	1			135.220	67.610	175.790	108.180	216.350	148.740
17 03 080	7	IMPLANTE Y RETIRO DE IMPLANTE VENOSO (FILTRO DE VENA CAVA) POR VÍA ENDOVASCULAR	3	72.530	49.860	725.610	362.800	943.290	580.480	1.160.980	798.170
17 03 026	5	LIGADURA CAYADO SAFENA INTERNA, UNILATERAL	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
17 03 027	5	LIGADURA OTROS TRONCOS VENOSOS (POPLÍTEO, FEMORAL, ILÍACAS, HUMERAL, AXILAR, OTROS); LIGADURA DE VENAS COMUNICANTES Y/O PERFORANTES, Y/O RESECCIÓN DE PAQUETES VARICOSOS, CUALQUIER TÉCNICA (UNA EXTREMIDAD); C/U	2	89.150	61.290	141.660	70.830	184.160	113.330	226.660	155.830
17 03 028	8	LIGADURA VENA CAVA INFERIOR	3	92.860	63.840	273.020	136.510	354.930	218.420	436.830	300.320
17 03 029	6	RESECCIÓN CUTÁNEO-APONEURÓTICA UNILATERAL (INCLUYE FASCIOTOMÍA INTERNA O POSTERIOR)	2	64.850	44.580	165.060	82.530	214.580	132.050	264.100	181.570
17 03 030	6	SAFENECTOMÍA INTERNA Y/O EXTERNA, UNILATERAL, O ENDOABLACIÓN POR CUALQUIER TÉCNICA (LÁSER, RADIOFRECUENCIA O SIMILAR).	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
17 03 031	6	TROMBECTOMÍA DE VENAS PROFUNDAS	2	70.510	48.470	149.580	74.790	194.450	119.660	239.330	164.540
17 03 081	4	ABLACIÓN TRONCOS VENOSOS CON TÉCNICA TÉRMICA (LASER, RADIOFRECUENCIA U OTRAS)	1			222.500	111.250	289.250	178.000	356.000	244.750
17 03 082	4	ABLACIÓN TRONCOS VENOSOS CON TÉCNICA NO TÉRMICA NO TUMESCENTE (CIANOCRILATO, FÁRMACO MECÁNICO U OTRAS) 3.- OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA LINFATICO	1			191.630	95.810	249.120	153.300	306.610	210.790
		LINFATICOS									
17 03 032	7	ANASTOMOSIS INFOVENOSAS	2	91.420	62.850	216.370	108.180	281.280	173.090	346.190	238.000

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 03 033	7	LINFEDEMA, TRAT. QUIR. UNA EXTREMIDAD GANGLIOS	2	114.260	78.550	298.660	149.330	388.260	238.930	477.860	328.530
17 03 034	3	DRENAJE QUIRÚRGICO ADENITIS	1			56.560	28.280	73.530	45.250	90.500	62.220
17 03 035	3	BIOPSIA QUIR. GANGLIONAR (CUALQUIER REGIÓN PERIFÉRICA SUPERFICIAL O PROFUNDA) (PROC. AUT.) DISECCIÓN Y EXTRIPACION GANGLIONAR REGIONAL (PROC. AUT.):	1			117.990	58.990	153.390	94.390	188.780	129.780
17 03 036	9	DISECCIÓN Y EXTRIPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: AXILO-SUPRACLAVICULAR	3	133.730	91.940	324.130	162.060	421.370	259.300	518.610	356.540
17 03 037	9	DISECCIÓN Y EXTRIPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: CÉRVICO-TORÁCICA	3	105.330	72.410	267.940	133.970	348.320	214.350	428.700	294.730
17 03 038	9	DISECCIÓN Y EXTRIPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: ILEOINGUINAL	3	127.630	87.740	331.960	165.980	431.550	265.570	531.140	365.160
17 03 039	9	DISECCIÓN Y EXTRIPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: INGUINOESCROTALES	3	117.860	81.030	274.760	137.380	357.190	219.810	439.620	302.240
17 03 040	10	DISECCIÓN Y EXTRIPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: LUMBO-AÓRTICOS	3	170.220	117.020	402.550	201.270	523.320	322.040	644.080	442.800
17 03 041	10	DISECCIÓN Y EXTRIPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: MEDIASTÍNICOS	3	160.500	110.340	383.820	191.910	498.970	307.060	614.110	422.200
17 03 042	6	DISECCIÓN Y EXTRIPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: POPLÍTEOS	3	69.360	47.680	209.290	104.640	272.080	167.430	334.860	230.210
17 03 043	8	VACIAMIENTO (DISECCIÓN) RADICAL CUELLO (V.R.C.) CLÁSICO IPSILATERAL	3	114.610	78.790	291.530	145.760	378.990	233.220	466.450	320.680
17 03 044	5	DISECCIÓN Y EXTRIPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: YUGULAR SIMPLE 4.- SIMPATECTOMIA:	2	55.040	37.840	145.930	72.960	189.710	116.740	233.490	160.520
17 03 045	9	SIMPATECTOMÍA CÉRVICO-TORÁCICA	3	120.900	83.120	307.530	153.760	399.790	246.020	492.050	338.280
17 03 046	9	SIMPATECTOMÍA LUMBAR B. CIRUGIA CARDIACA PERICARDIO Y CORAZON	3	117.860	81.030	233.170	116.580	303.120	186.530	373.070	256.480
 En operaciones sobre el corazón, el honorario del cardiólogo por control intraoperatorio y hasta 15 días del postoperatorio, será el 25% del honorario del primer cirujano. Los honorarios del médico perfusionista, cuando corresponda equivaldrán al 20% del cirujano principal.											
17 03 047	12	ANASTOMOSIS VASCULARES SISTÉMICOPULMONARES (BLALOCK-POTT-GLENN O SIMILARES)	3	178.370	122.630	468.940	234.470	609.620	375.150	750.300	515.830
17 03 048	5	CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASO, SIN CAMBIO DE ELECTRODO	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 03 049	12	COARTACIÓN AÓRTICA INFANTIL (PREDUCTAL) TRAT. QUIR.	3	222.850	153.210	440.630	220.310	572.820	352.500	705.010	484.690
17 03 050	12	COARTACIÓN AÓRTICA, TRAT. QUIR.	3	178.370	122.630	468.940	234.470	609.620	375.150	750.300	515.830
17 03 051	10	CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE, TRAT. QUIR.	3	188.740	129.760	446.180	223.090	580.030	356.940	713.890	490.800
17 03 052	11	FÍSTULA CORONARIA, TRAT. QUIR.	3	178.370	122.630	421.630	210.810	548.120	337.300	674.610	463.790
17 03 053	8	IMPLANTACIÓN DE MARCAPASO C/ELECTROD. INTRAVEN. O EPICÁRDICO	2	72.530	49.860	171.680	85.840	223.180	137.340	274.690	188.850
17 03 054	11	OPERACIÓN SOBRE ANILLOS VALVULARES O VASCULARES	3	141.540	97.310	343.020	171.510	445.930	274.420	548.830	377.320
17 03 055	10	OPERACIONES SOBRE ARTERIA PULMONAR, CONSTRICCIÓN POR CINTA	3	133.730	91.940	324.130	162.060	421.370	259.300	518.610	356.540
17 03 056	10	PERICARDIECTOMÍA Y/O EXTRIP. DE QUISTES Y/O TUMORES	3	182.960	125.780	489.090	244.540	635.820	391.270	782.540	537.990
17 03 057	10	PERICARDIORRAFIA O MIOPERICARDIORRAFIA EN HERIDAS PENETRANTES	3	178.370	122.630	421.630	210.810	548.120	337.300	674.610	463.790
17 03 058	10	PERICARDIOTOMÍA	2	96.750	66.510	254.560	127.280	330.930	203.650	407.300	280.020
17 03 077	6	EXTRACCIÓN DE ELECTRODO ENDOCavitario, CON O SIN EXTRACCIÓN DE GENERADOR DE MARCAPASO O DESFIBRILADOR	2	72.530	49.860	171.680	85.840	223.180	137.340	274.690	188.850
OPERACIONES CARDIACAS (Incluyen la toma de puentes venosos)											
Con circulación extracorpórea:											
17 03 061	14	- (Y) DE COMPLEJIDAD MAYOR: INCLUYE REEMPLAZO VALVULAR MÚLTIPLE, TRES O MÁS PUENTES AORTOCORONARIOS Y/O ANASTOMOSIS CON ARTERIA MAMARIA, CORRECCIÓN DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS (POR EJEMPLO: FALLOT; ATRESIA TRICUSPIDEA; DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO; TRANSPOSICIÓN GRANDES VASOS; VENTRÍCULO ÚNICO O SIMILARES), ANEURISMA AÓRTICO TORÁCICO, TRANSPLANTE CARDIÁCO Y CUALQUIER OPERACIÓN CARDIÁCA EN LACTANTES	4	338.720	232.870	923.600	461.800	1.200.680	738.880	1.477.760	1.015.960
17 03 062	14	- (Y) DE COMPLEJIDAD MEDIANA: INCLUYE COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR, REEMPLAZO UNIVALVULAR, UNO O DOS PUENTES AORTOCORONARIOS; ANEURISMA VENTRICULAR, CORRECCIÓN DE WOLF-PARKINSON WHITE Y OTRAS ARRITMIAS	4	266.110	182.950	666.100	333.050	865.930	532.880	1.065.760	732.710
17 03 063	14	- (Y) DE COMPLEJIDAD MENOR: INCLUYE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR SIMPLE, ESTENOSIS PULMONAR VALVULAR, ESTENOSIS MITRAL O SIMILAR (Y) Estas prestaciones poseen cuarto cirujano y su valor corresponde al 20% del primer cirujano	4	217.700	149.670	529.760	264.880	688.690	423.810	847.620	582.740
III.- CIRUGIA DE TORAX											
PARED TORACICA.											
17 04 001	10	CIRUGÍA DEL OPÉRCULO TORÁCICO (RESECCIÓN DE PRIMERA COSTILLA, CUALQUIER ABORDAJE); UNILATERAL	3	117.550	80.810	216.840	108.420	281.890	173.470	346.940	238.520

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 04 002	10	CIRUGÍA TÓRAX ABIERTO TRAUMÁTICO Y/O FIJACIÓN TÓRAX VOLANTE, OSTEOSÍNTESIS COSTALES MÚLTIPLES Y DE ESTERNÓN (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	145.220	99.840	367.220	183.610	477.390	293.780	587.550	403.940
17 04 003	9	FENESTRACIÓN O TORACOPLASTÍA	2	111.360	76.560	220.330	110.160	286.430	176.260	352.530	242.360
17 04 004	9	REPARACIÓN PECTUM EXCAVATUM O CARINATUM, (PROC. AUT.)	3	75.310	51.770	227.210	113.600	295.370	181.760	363.540	249.930
17 04 005	8	RESECCIÓN DE COSTILLAS Y/O PARED COSTAL Y/O CARTÍLAGO Y/O ESTERNÓN S/PLASTÍA (PROC. AUT.)	2	72.530	49.860	167.530	83.760	217.790	134.020	268.050	184.280
17 04 006	8	RESECCIÓN DE PARED COSTAL C/PLASTÍA (TORACOPLASTÍA OSTEOLÁSTICA DE YORK O SIMILAR)	2	79.280	54.500	209.290	104.640	272.080	167.430	334.860	230.210
17 04 007	10	TORACOFRENOLAPARATOMÍA EXPLORADORA C/S REPARACIÓN VÍSCERAS TORÁCICAS Y ABDOMINALES	3	111.360	76.560	291.150	145.570	378.500	232.920	465.840	320.260
17 04 008	10	TORACOFRENOTOMÍA EXPLORADORA	3	89.150	61.290	234.490	117.240	304.840	187.590	375.180	257.930
17 04 009	9	TORACOTOMÍA EXPLORADORA, C/S BIOPSIA, C/S DEBRIDACIÓN, C/S DRENAJE	2	94.340	64.860	198.190	99.090	257.650	158.550	317.100	218.000
17 04 010	6	TORACOTOMÍA MÍNIMA C/S RESECCIÓN COSTAL, C/S BIOPSIA, C/S DRENAJE	2			145.330	72.660	188.930	116.260	232.530	159.860
		MEDIASTINO									
17 04 011	8	MEDIASTINOTOMÍA EXPLORADORA ANT. O POST. C/S BIOPSIA PROC. AUT	2	70.670	48.580	154.880	77.440	201.340	123.900	247.810	170.370
		Drenaje quir. de mediastino (proc. aut.):									
17 04 012	7	DRENAGE QUIR. DE MEDIASTINO, VÍA CERVICAL	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
17 04 013	8	DRENAGE QUIR. DE MEDIASTINO, VÍA TORÁCICA	2	81.300	55.890	213.140	106.570	277.080	170.510	341.020	234.450
		Timectomía									
17 04 014	7	TIMECTOMÍA VÍA CERVICAL	3	69.360	47.680	209.290	104.640	272.080	167.430	334.860	230.210
17 04 015	8	TIMECTOMÍA VÍA TORÁCICA MEDIOESTERNAL	3	91.420	62.850	256.660	128.330	333.660	205.330	410.660	282.330
17 04 016	9	CONDUCTO TORÁCICO, LIGADURA QUIRÚRGICA	2	91.900	63.180	241.740	120.870	314.260	193.390	386.780	265.910
17 04 017	10	TUMORES O QUISTES DE MEDIASTINO (ANTERIOR O POSTERIOR) TRAT. QUIR. C/S DISECCIÓN GANGLIONAR	3	141.540	97.310	417.940	208.970	543.320	334.350	668.700	459.730
		DIAFRAGMA									
17 04 018	10	CIRUGÍA DEL DIAFRAGMA CON CIRUGÍA DE VÍSCERAS ABDOMINALES O TORÁCICAS	3	114.610	78.790	307.740	153.870	400.060	246.190	492.380	338.510
17 04 064	10	FRENOPARÁLISIS TRAT. QUIR.	2	117.860	81.030	313.690	156.840	407.800	250.950	501.900	345.050

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 04 019	9	HERIDAS TRAUMÁTICAS DEL DIAFRAGMA, TRAT. QUIR.	3	89.150	61.290	203.000	101.500	263.900	162.400	324.800	223.300
17 04 020	10	HERNIOPLASTÍA DIAFRAGMÁTICA POR VÍA TORÁCICA C/ PRÓTESIS (NO INCLUYE VALOR DE LA PRÓTESIS)	3	94.340	64.860	248.150	124.070	322.600	198.520	397.040	272.960
17 04 021	9	HERNIOPLASTÍA DIAFRAGMÁTICA POR VÍA TORÁCICA, SIN PRÓTESIS	3	89.150	61.290	218.760	109.380	284.390	175.010	350.020	240.640
17 04 022	10	TUMORES, MALFORMACIONES O QUISTES DEL DIAFRAGMA (NO INCLUYE VALOR DE LA PRÓTESIS) TRAT. QUIR. PLEURA	3	89.150	61.290	234.490	117.240	304.840	187.590	375.180	257.930
17 04 023	9	CUERPO EXTRAÑO PLEURAL, EXTRAC. QUIR.	2	94.340	64.860	198.190	99.090	257.650	158.550	317.100	218.000
17 04 024	11	DECORTICACIÓN PLEUROPULMONAR (PLEURECTOMÍA PARCIAL O TOTAL)	3	96.750	66.510	211.820	105.910	275.370	169.460	338.910	233.000
17 04 025	6	PLEURODESIS POR PLEUROTOMÍA	1			83.270	41.630	108.250	66.610	133.230	91.590
17 04 026	10	PLEURODESIS POR TORACOTOMÍA	2	94.340	64.860	198.190	99.090	257.650	158.550	317.100	218.000
17 04 027	4	PLEUROTOMÍA ÚNICA O DOBLE	1			59.840	29.920	77.790	47.870	95.740	65.820
17 04 028	10	TRATAMIENTO RESECTIVO DE TUMORES PLEURALES TRAQUEA Y BRONQUIO	3	94.340	64.860	206.480	103.240	268.420	165.180	330.370	227.130
(Ver además Otorrinolaringología)											
17 04 029	10	BRONCOTOMÍA O TRAQUEOBRONCOTOMÍA EXPLORADORA O TERAPÉUTICA POR TORACOTOMÍA (PROC. AUT.)	2	89.150	61.290	234.490	117.240	304.840	187.590	375.180	257.930
17 04 030	11	CIRUGÍA RUPTURA TRAQUEOBRONQUIAL O TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FÍSTULA BRONQUIAL POR ESTERNOTOMÍA MEDIA	3	133.730	91.940	449.980	224.990	584.970	359.980	719.970	494.980
17 04 031	10	PLASTÍA DE TRÁQUEA Y/O BRONQUIOS C/S RESECCIÓN, C/S PRÓTESIS (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	3	178.370	122.630	468.940	234.470	609.620	375.150	750.300	515.830
17 04 032	11	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FÍSTULA BRONQUIAL POR TORACOTOMÍA	3	133.730	91.940	308.430	154.210	400.960	246.740	493.490	339.270
17 04 033	9	TUMORES TRAQUEALES, EXTIRPACIÓN PULMON (Cada lado)	3	188.740	129.760	496.260	248.130	645.140	397.010	794.020	545.890
17 04 034	10	ABSCESO PULMONAR, DRENAJE POR TORACOTOMÍA	2	89.150	61.290	187.290	93.640	243.480	149.830	299.660	206.010
17 04 035	9	BIOPSIA PULMONAR POR TORACOTOMÍA	2	91.900	63.180	193.080	96.540	251.000	154.460	308.930	212.390
17 04 036	9	BULAS, TRAT. QUIR.	2	96.750	66.510	203.300	101.650	264.290	162.640	325.280	223.630
17 04 037	11	CIRUGÍA DE QUISTE HIDATÍDICO SIN RESECCIÓN PULMONAR	2	155.940	107.210	372.960	186.480	484.850	298.370	596.740	410.260

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 04 038	9	CUERPO EXTRAÑO INTRAPULMONAR, EXTIRP. QUIR.	2	89.150	61.290	226.660	113.330	294.660	181.330	362.660	249.330
17 04 039	8	HERIDAS DE PULMÓN, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	2	89.150	61.290	195.110	97.550	253.640	156.080	312.180	214.620
17 04 040	11	LOBECTOMÍA O BILOBECTOMÍA	3	169.260	116.360	404.870	202.430	526.330	323.890	647.790	445.350
17 04 041	11	METÁSTASIS BILATERAL PULMÓN, TRAT. QUIR. POR ESTERNOTOMÍA	3	159.950	109.960	382.590	191.290	497.370	306.070	612.140	420.840
17 04 042	10	METÁSTASIS UNILATERAL PULMÓN	2	117.860	81.030	258.200	129.100	335.660	206.560	413.120	284.020
17 04 043	11	NEUMONECTOMÍA C/S RESECCIÓN DE PARED COSTAL	3	183.870	126.410	483.460	241.730	628.500	386.770	773.540	531.810
17 04 045	10	QUISTECTOMÍA SIMPLE DE PULMÓN	2	117.860	81.030	258.200	129.100	335.660	206.560	413.120	284.020
17 04 046	10	RESECCIONES SEGMENTARIAS ANATÓMICAS DE PULMÓN	3	145.220	99.840	351.870	175.930	457.430	281.490	562.990	387.050
		ESOFAGO									
		Cuerpos extraños, extracción por esofagotomía (proc. aut.)									
17 04 047	6	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO POR VÍA CERVICAL	2	66.770	45.900	146.350	73.170	190.260	117.080	234.160	160.980
17 04 048	9	CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO, EXTRACCIÓN POR ESOFAGOTOMÍA, VÍA TORÁCICA	3	89.150	61.290	234.490	117.240	304.840	187.590	375.180	257.930
17 04 049	6	ESOFAGOSTOMÍA CERVICAL (PROC. AUT.)	2	70.670	48.580	154.880	77.440	201.340	123.900	247.810	170.370
		Tumores benignos y/o quistes. trat. quir.									
17 04 050	9	TUMORES BENIGNOS Y/O QUISTES ESOFÁGICOS, TRAT. QUIR., VÍA CERVICAL	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
17 04 051	9	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORES ESOFÁGICOS BENIGNOS Y/O QUISTES VÍA TORÁCICA	3	86.850	59.710	228.440	114.220	296.970	182.750	365.500	251.280
		Divertículos, trat. quir.									
17 04 052	8	DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS, TRAT. QUIR., VÍA CERVICAL	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
17 04 053	8	DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS, TRAT. QUIR., VÍA TORÁCICA	3	94.340	64.860	248.150	124.070	322.600	198.520	397.040	272.960
17 04 054	8	ACHALASIA, TRAT. QUIR.	3	117.860	81.030	299.780	149.890	389.710	239.820	479.650	329.760
17 04 055	12	ATRESIA ESOFÁGICA, TRAT. QUIR.	3	141.540	97.310	417.940	208.970	543.320	334.350	668.700	459.730
17 04 056	12	ESOFAGECTOMÍA CON RESTITUCIÓN DEL TRÁNSITO MEDIANTE ESTÓMAGO O INTESTINO; PARCIAL O TOTAL	3	188.740	129.760	546.210	273.100	710.070	436.960	873.940	600.830
17 04 057	12	ESOFAGECTOMÍA TOTAL CON ESOFAGOSTOMÍA, GASTROSTOMÍA Y YEYUNOSTOMÍA	3	133.730	91.940	402.820	201.410	523.670	322.260	644.510	443.100

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3						
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF					
17 04 058	12	ESOFAGOGASTRECTOMÍA PROXIMAL	3	155.940	107.210	451.620	225.810	587.110	361.300	722.590	496.780					
17 04 059	8	PRÓTESIS O TUBO ENDOESOFÁGICO, COLOCACIÓN DE (PROC. AUT.)	3	70.670	48.580	217.350	108.670	282.560	173.880	347.760	239.080					
17 04 060	11	RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO EN SEGUNDO TIEMPO (ESTÓMAGO O INTESTINO) DE OPERACIÓN COD. 17-04-057	3	155.940	107.210	294.270	147.130	382.550	235.410	470.830	323.690					
17 04 061	9	SUTURA HERIDA O PERFORACIÓN ESÓFAGO CERVICAL	2	133.730	91.940	308.430	154.210	400.960	246.740	493.490	339.270					
17 04 062	11	SUTURA HERIDA O PERFORACIÓN ESÓFAGO TORÁCICO	3	155.940	107.210	372.960	186.480	484.850	298.370	596.740	410.260					
17 04 063	8	VÁRICES ESOFÁGICOS, LIGADURA DIRECTA	3	92.860	63.840	273.020	136.510	354.930	218.420	436.830	300.320					
IV.- NEUMOLOGIA.-																
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DEL APARATO RESPIRATORIO.																
Espirometrías																
17 07 001	ESPIROMETRÍA BASAL					7.330	3.660	9.530	5.860	11.730	8.060					
17 07 002	ESPIROMETRÍA BASAL Y CON BRONCODILATADOR					12.230	6.110	15.900	9.780	19.570	13.450					
17 07 003	PRUEBA DE PROVOCACIÓN CON ALERGENO (INCLUYE ALERGENO)					22.040	11.020	28.650	17.630	35.260	24.240					
17 07 004	PROVOCACIÓN CON EJERCICIO, TEST DE					18.750	9.370	24.380	15.000	30.000	20.620					
17 07 005	TEST DE PROVOCACIÓN CON METACOLINA (PC20) (INCLUYE ESPIROMETRÍA BASAL Y TRATAMIENTO DE EFECTOS ADVERSOS DE LA METACOLINA)					20.350	10.170	26.460	16.280	32.560	22.380					
17 07 051	CURVA DOSIS RESPUESTA A BRONCODILATADORES.					17.170	8.580	22.320	13.730	27.470	18.880					
MEDICION DE LA VENTILACION																
(Incluye las tomas de muestras y la determinación de los gases espirados).																
17 07 007	ANÁLISIS DE GAS ESPIRADO					8.420	4.210	10.950	6.740	13.470	9.260					
17 07 008	CAPACIDAD DE DIFUSIÓN, ESTUDIO DE					13.480	6.740	17.520	10.780	21.570	14.830					
17 07 009	CAPACIDAD FÍSICA DEL TRABAJO					18.380	9.190	23.890	14.700	29.410	20.220					
17 07 010	CURVA DE LAVADO DE NITRÓGENO (N)					18.130	9.060	23.570	14.500	29.010	19.940					
17 07 011	CURVA DE RELACIÓN FLUJO-VOLUMEN BASAL					9.280	4.640	12.060	7.420	14.850	10.210					
17 07 012	DISTENSIBILIDAD PULMONAR, (COMPLIANCE), ESTUDIO DE					16.140	8.070	20.980	12.910	25.820	17.750					

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
Ano-recto-sigmoidoscopia (con tubo rígido de hasta 30 cms.) (ARScopia)											
18 01 004	2	ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPÍA EN ADULTOS	1			15.130	7.560	19.670	12.100	24.210	16.640
18 01 005	2	ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPÍA EN NIÑOS (ADEMÁS ANESTESIA CÓD. 22-01-001 SI CORRESPONDE)	1			22.660	11.330	29.460	18.130	36.260	24.930
18 01 006	3	COLONOSCOPÍA LARGA (INCLUYE SIGMOIDOSCOPÍA Y COLONOSCOPÍA IZQUIERDA)	1			54.300	27.150	70.590	43.440	86.880	59.730
18 01 007	3	SIGMOIDOSCOPÍA Y COLONOSCOPÍA IZQUIERDA CON TUBO FLEXIBLE (INCLUYE LA ANO-RECTO-SIGMOIDOSCOPÍA)	1			45.300	22.650	58.890	36.240	72.480	49.830
Endoscopias por otras vías c/s biopsias											
18 01 008		- COLEDOCOSCOPIA INTRAOPERATORIA C/S EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS	1			7.940	3.970	10.320	6.350	12.700	8.730
18 01 009	4	- PERITONEOSCOPIA TRANSPARIETAL (INCLUYE EL NEUMOPERITONEO)	1			30.100	15.050	39.130	24.080	48.160	33.110
OTROS PROCEDIMIENTOS											
18 01 011		MANOMETRÍA ESOFÁGICA CONVENCIONAL				26.530	13.260	34.490	21.220	42.450	29.180
18 01 012		- REFLUJO ÁCIDO, TEST DE (GROSSMAN O SIMILAR) O REFLUJO ALCALINO, TEST DE				18.290	9.140	23.780	14.630	29.260	20.110
18 01 015	2	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO, POR CÁPSULA (DE RUBIN, CROSBY O SIM.)	1			22.660	11.330	29.460	18.130	36.260	24.930
18 01 016		- PUNCIÓN BIOPSIA TRANSPARIETAL DE ÓRGANOS ABDOMINALES C/U	1			22.980	11.490	29.870	18.380	36.770	25.280
18 01 018	3	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA C/S PAPILOTOMÍA	1			66.280	33.140	86.160	53.020	106.050	72.910
18 01 019		DRENAJE DE LA VÍA BILIAR TRANSHEPÁTICA Y/O PERCUTÁNEO (A.C. 04-01-015)	1			30.100	15.050	39.130	24.080	48.160	33.110
18 01 020		FISTULOGRAFÍA (A.C. 04-02-009)	1			9.580	4.790	12.450	7.660	15.330	10.540
18 01 021		NEUMOPERITONEO POR PUNCIÓN TRANSPARIETAL	1			9.580	4.790	12.450	7.660	15.330	10.540
18 01 022		INSTALACIÓN SONDA DE SENGSTAKEN				9.570	4.780	12.440	7.650	15.310	10.520
18 01 023		INSTALACIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA NASOGÁSTRICA				3.650	1.820	4.750	2.920	5.840	4.010
18 01 024		INSTALACIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA ENTERAL				4.010	2.000	5.210	3.200	6.420	4.410
18 01 025	2	DILATACIÓN DE ESTENOSIS BENIGNAS O MALIGNAS DEL TRACTO DIGESTIVO POR BALÓN	1			19.100	9.550	24.830	15.280	30.560	21.010
18 01 026	2	DILATACIÓN DE ESTENOSIS BENIGNAS O MALIGNAS DEL TRACTO DIGESTIVO POR BUJÍA	1			7.930	3.960	10.310	6.340	12.690	8.720
18 01 027	4	INSTALACIÓN PRÓTESIS PLÁSTICA (S) EN VÍA BILIAR O PANCREÁTICA	1			65.580	32.790	85.250	52.460	104.930	72.140

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		ABDOMINAL NO COMPLICADA O DE UN HEMOPERITONEO POSTOPERATORIO O COMO TRATAMIENTO DE UNA PERITONITIS (LAPAROSTOMÍA CONTENIDA -MÁXIMO CUATRO-, RESUTURAS, ETC.)	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
18 02 005	7	ONFALOCELE (HASTA 5 CMS.); TRAT. QUIR.	2	68.450	47.060	159.080	79.540	206.800	127.260	254.530	174.990
18 02 006	7	ONFALOCELE (MÁS DE 5 CMS.); TRAT. QUIR.	2	74.240	51.040	193.570	96.780	251.640	154.850	309.710	212.920
18 02 013	9	GASTROSQUISIS	2	111.360	76.560	263.630	131.810	342.720	210.900	421.810	289.990
		PERITONEO									
18 02 007	8	PERITONITIS DIFUSA AGUDA, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	3	70.670	48.580	217.350	108.670	282.560	173.880	347.760	239.080
		Tumor y/o quiste, trat. quir.									
18 02 008	7	TUMOR Y/O QUISTE PERITONEAL (PARIETAL)	2	66.770	45.900	154.320	77.160	200.620	123.460	246.910	169.750
18 02 009	8	TUMOR Y/O QUISTE RETROPERITONEAL	3	96.750	66.510	258.730	129.360	336.350	206.980	413.970	284.600
		ESTOMAGO									
18 02 010	9	ANTRECTOMÍA Y VAGOTOMÍA TRONCULAR O SELECTIVA (PROC. AUT.)	3	130.270	89.560	300.470	150.230	390.610	240.370	480.750	330.510
18 02 011	10	DESGASTRECTOMÍA Y NEOANASTOMOSIS, C/S VAGUECTOMÍA	3	145.220	99.840	377.520	188.760	490.780	302.020	604.030	415.270
18 02 012	7	GASTROENTEROANASTOMOSIS, CUALQUIER TÉCNICA. (PROC. AUT.)	3	96.750	66.510	254.560	127.280	330.930	203.650	407.300	280.020
18 02 014	6	GASTROTOMÍA Y/O GASTROSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
18 02 015	7	PERFORACIÓN GÁSTRICA AGUDA, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	3	72.530	49.860	222.970	111.480	289.860	178.370	356.750	245.260
18 02 016	7	PILOROPLASTÍA (PROC. AUT.)	2	68.530	47.110	174.390	87.190	226.710	139.510	279.020	191.820
18 02 158	12	CIRUGIA BARIÁTRICA BY PASS GASTRICO POR LAPAROSCOPIA	3	250.350	172.110	650.780	325.390	846.010	520.620	1.041.250	715.860
18 02 159	12	CIRUGIA BARIÁTRICA MANGA GASTRICA POR LAPAROSCOPIA	3	199.630	137.240	562.380	281.190	731.090	449.900	899.810	618.620
		Gastrectomía sub-total distal:									
18 02 017	9	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL CON DISECCIÓN GANGLIONAR	3	137.650	94.630	365.930	182.960	475.710	292.740	585.490	402.520
18 02 018	9	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL SIN DISECCIÓN GANGLIONAR	3	117.860	81.030	308.940	154.470	401.620	247.150	494.300	339.830

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
18 02 019	9	DUMPING Y/O SÍNDROME ASA AFERENTE, TRAT. QUIR.	3	133.730	91.940	347.780	173.890	452.110	278.220	556.450	382.560
18 02 021	11	GASTRECTOMÍA SUB-TOTAL PROXIMAL CON ESÓFAGO-GASTRO-ANASTOMOSIS U OTRA DERIVACIÓN	3	173.760	119.460	410.750	205.370	533.980	328.600	657.200	451.820
18 02 022	11	GASTRECTOMÍA TOTAL	3	183.520	126.170	433.920	216.960	564.100	347.140	694.270	477.310
18 02 023	13	GASTRECTOMÍA TOTAL O SUB-TOTAL AMPLIADA (INCLUYE ESPLENECTOMÍA Y PANCREATECTOMÍA CORPORCAUDAL Y DISECCIÓN GANGLIONAR)	3	200.540	137.870	502.010	251.000	652.610	401.600	803.220	552.210
18 02 024	8	GASTROPEXIA Y/U OTRA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO, C/S VAGOTOMÍA	3	114.610	78.790	271.280	135.640	352.660	217.020	434.050	298.410
18 02 025	8	VAGOTOMÍA SELECTIVA Y SUPERSELECTIVA C/S DREN. GÁSTRICO, C/S PILOROPLASTÍA (PROC. AUT.)	3	89.150	61.290	258.040	129.020	335.450	206.430	412.860	283.840
18 02 079	11	GASTRECTOMÍA TOTAL CON OSTOMÍAS PROXIMAL Y DISTAL	3	106.540	73.240	325.780	162.890	423.510	260.620	521.250	358.360
18 02 080	11	RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO EN 2º TIEMPO DE OPERACIÓN CÓDIGO 18-02-079 HIGADO Y VIAS BILIARES	3	79.680	54.780	256.010	128.000	332.810	204.800	409.620	281.610
18 02 026	8	DRENAJE DE COLECCIONES LÍQUIDAS HEPÁTICAS	3	91.760	63.080	241.320	120.660	313.720	193.060	386.110	265.450
18 02 027	10	COLANGIOENTEROANASTOMOSIS INTRAHEPÁTICA	3	195.360	134.310	473.710	236.850	615.820	378.960	757.940	521.080
18 02 028	8	COLECISTECTOMÍA C/S COLANGIOGRAFÍA OPERATORIA	3	111.360	76.560	259.620	129.810	337.510	207.700	415.390	285.580
18 02 081	10	COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPÍA, PROC. COMPLETO	3	131.010	90.070	349.700	174.850	454.610	279.760	559.520	384.670
18 02 029	8	COLECISTECTOMÍA Y COLEDOCOSTOMÍA (SONDA T Y COLANGIOGRAFÍA POSTOPERATORIA) C/S COLANGIOGRAFÍA OPERATORIA	3	111.360	76.560	291.150	145.570	378.500	232.920	465.840	320.260
18 02 030	8	COLECISTOGASTROANASTOMOSIS O COLECISTOENTEROANASTOMOSIS	3	141.540	97.310	368.010	184.000	478.410	294.400	588.820	404.810
18 02 031	7	COLECISTOSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	66.770	45.900	154.320	77.160	200.620	123.460	246.910	169.750
18 02 032	9	COLÉDOCO O HEPATOENTEROANASTOMOSIS	3	155.940	107.210	372.960	186.480	484.850	298.370	596.740	410.260
18 02 033	8	COLEDOCOSTOMÍA SUPRADUODENAL O HEPATICOSTOMÍA (PROC. AUT.)	3	89.150	61.290	238.330	119.160	309.830	190.660	381.330	262.160
18 02 034	7	COLOCACIÓN DE VÁLVULA PERITONEOYUGULAR DERIVATIVA DE ASCITIS	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
18 02 035	12	DESCONEXIÓN ÁCIGOPORTAL CON TRANSECCIÓN ESOFÁGICA	3	178.370	122.630	468.940	234.470	609.620	375.150	750.300	515.830
18 02 036	12	DESCONEXIÓN ÁCIGOPORTAL SIN TRANSECCIÓN ESOFÁGICA	3	155.940	107.210	372.960	186.480	484.850	298.370	596.740	410.260
18 02 037	8	DRENAJE VÍA BILIAR TRANSHEPÁTICO	2	91.760	63.080	241.320	120.660	313.720	193.060	386.110	265.450
18 02 038	9	ESFINTEROPLASTÍA TRANSDUODENAL, (PROC. AUT.)	3	129.980	89.360	310.830	155.410	404.080	248.660	497.330	341.910

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
18 02 039	10	HEPATECTOMÍA SEGMENTARIA (PROC. AUT.)	3	165.020	113.450	394.690	197.340	513.100	315.750	631.500	434.150
18 02 040	8	HERIDA TRAUMÁTICA DE HÍGADO Y/O VÍA BILIAR, TRAT. QUIR.	3	108.480	74.580	275.980	137.990	358.770	220.780	441.570	303.580
18 02 041	12	LOBECTOMÍA HEPÁTICA (PROC. AUT.)	3	217.700	149.670	527.900	263.950	686.270	422.320	844.640	580.690
18 02 042	9	QUISTE HIDATÍDICO, ÚNICO O MÚLTIPLE, Y/O CISTOYEYUNOANASTOMOSIS, TRAT. QUIR.	3	111.630	76.740	260.560	130.280	338.730	208.450	416.900	286.620
18 02 100	14	(Y) TRASPLANTE HEPÁTICO	4	338.720	232.870	923.600	461.800	1.200.680	738.880	1.477.760	1.015.960
(Y) Estas prestaciones poseen cuarto cirujano y su valor corresponde al 20% del primer cirujano											
PANCREAS											
18 02 043	8	ABSCESOS, QUISTES, PSEUDOQUISTES O SIMILARES DE PÁNCREAS, TRAT. QUIR.	3	92.860	63.840	273.020	136.510	354.930	218.420	436.830	300.320
18 02 044	8	HERIDAS, TRAUMATISMOS DE PÁNCREAS, TRAT.QUIR.	3	89.150	61.290	205.330	102.660	266.930	164.260	328.530	225.860
18 02 045	10	PANCREATECTOMÍA PARCIAL	3	164.620	113.170	393.750	196.870	511.880	315.000	630.000	433.120
18 02 046	12	PANCREATECTOMÍA TOTAL C/S ESPLENECTOMÍA	3	212.210	145.890	597.810	298.900	777.150	478.240	956.500	657.590
18 02 047	12	PANCREATODUODENECTOMÍA	3	212.210	145.890	564.490	282.240	733.840	451.590	903.180	620.930
18 02 048	7	SECUESTRECTOMÍA EN PANCREATITIS AGUDA	3	144.340	99.230	363.070	181.530	471.990	290.450	580.910	399.370
18 02 148	9	YEYUNOPANCREATOSTOMÍA	3	178.370	122.630	421.630	210.810	548.120	337.300	674.610	463.790
BAZO											
18 02 049	9	AUTOIMPLANTE DE BAZO (INCLUYE ESPLENECTOMÍA)	3	92.860	63.840	273.020	136.510	354.930	218.420	436.830	300.320
18 02 050	8	ESPLENECTOMÍA TOTAL O PARCIAL (PROC. AUT.)	3	96.750	66.510	254.560	127.280	330.930	203.650	407.300	280.020
18 02 051	9	OPERACIÓN DE ETAPIFICACIÓN (INCLUYE ESPLENECTOMÍA, BIOPSIAS HEPÁTICAS, DE GANGLIOS ABDOMINALES Y DE CRESTA ILIÁCA)	3	130.270	89.560	315.770	157.880	410.500	252.610	505.230	347.340
18 02 052	8	SUTURA ESPLÉNICA (PROC. AUT.)	3	89.150	61.290	205.330	102.660	266.930	164.260	328.530	225.860
INTESTINOS DELGADO Y GRUESO											
18 02 053	7	APENDICECTOMÍA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC. AUT.)	2	96.750	66.510	181.890	90.940	236.460	145.510	291.020	200.070
18 02 054	7	CIERRE DE COLOSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	68.720	47.240	158.820	79.410	206.470	127.060	254.110	174.700
18 02 055	7	COLOSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	72.530	49.860	184.550	92.270	239.920	147.640	295.280	203.000

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
18 02 056	8	COLOSTOMÍA, COMPLICACIONES TARDÍAS, TRAT. QUIR.	2	91.420	62.850	184.070	92.030	239.290	147.250	294.510	202.470
18 02 057	7	DIVERTÍCULO DE MECKEL, TRAT. QUIR.	2	68.530	47.110	145.360	72.680	188.970	116.290	232.580	159.900
18 02 058	7	ENTERO-ENTEROANASTOMOSIS O ENTEROCOLOANASTOMOSIS (PROC. AUT.)	2	92.350	63.490	220.840	110.420	287.090	176.670	353.340	242.920
18 02 059	6	ENTEROTOMÍA O ENTEROSTOMÍA (YEYUNOSTOMÍA U OTRA) (PROC. AUT.)	2	68.530	47.110	145.360	72.680	188.970	116.290	232.580	159.900
18 02 060	8	ILEOSTOMÍA TERMINAL O EN ASA (PROC. AUT.)	2	72.530	49.860	184.550	92.270	239.920	147.640	295.280	203.000
18 02 061	7	INVAGINACIÓN INTESTINAL, TRAT. QUIR.	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
18 02 062	7	PERSISTENCIA CONDUCTO ONFALOMESENTERICO, TRAT. QUIR.	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
18 02 063	7	QUISTE URACO, TRAT. QUIR.	2	68.880	47.350	146.080	73.040	189.900	116.860	233.730	160.690
		Oclusión intestinal, trat. quir.:									
18 02 065	8	OCLUSIÓN INTESTINAL CON RESECCIÓN	3	83.890	57.670	254.730	127.360	331.150	203.780	407.570	280.200
18 02 066	7	OCLUSIÓN INTESTINAL SIN RESECCIÓN	3	70.670	48.580	217.350	108.670	282.560	173.880	347.760	239.080
18 02 067	9	COLECTOMÍA PARCIAL O HEMICOLECTOMÍA	3	169.260	116.360	404.870	202.430	526.330	323.890	647.790	445.350
18 02 068	10	COLECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL	3	188.740	129.760	496.260	248.130	645.140	397.010	794.020	545.890
18 02 069	10	DESCENSO DE COLON C/CONSERVACIÓN DEL ESFÍNTER, INCLUYE RESECCIÓN DE COLON	3	188.740	129.760	479.600	239.800	623.480	383.680	767.360	527.560
18 02 070	9	HARTMANN, OPERACIÓN DE (O SIMILAR)	3	164.620	113.170	393.750	196.870	511.880	315.000	630.000	433.120
18 02 071	7	PERFORACIÓN Y/O HERIDA DE INTESTINO, ÚNICA O MÚLTIPLE, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	2	96.750	66.510	194.780	97.390	253.210	155.820	311.650	214.260
18 02 072	7	QUISTE Y/O TUMOR DEL MESENTERIO Y/O EPIPLONES, ÚNICO Y/O MÚLTIPLE, TRAT. QUIR.	2	89.150	61.290	179.420	89.710	233.250	143.540	287.070	197.360
18 02 073	9	RECONSTITUCIÓN TRÁNSITO POST OPERACIÓN DE HARTMANN O SIM.	3	165.020	113.450	394.690	197.340	513.100	315.750	631.500	434.150
18 02 074	8	RESECCIÓN DE INTESTINO Y ENTEROANASTOMOSIS (PROC. AUT.)	3	96.750	66.510	291.070	145.530	378.390	232.850	465.710	320.170
18 02 082	8	RESECCIÓN INTESTINAL CON OSTOMÍAS PROXIMAL Y DISTAL	3	78.350	53.860	240.890	120.440	313.160	192.710	385.420	264.970
18 02 075	9	RESECCIÓN INTESTINAL MASIVA POR TROMBOSIS MESENTERICA U OTRA ETILOGÍA	3	180.140	123.840	473.620	236.810	615.710	378.900	757.790	520.980
18 02 076	8	DUPLICACIÓN INTESTINAL, TRAT. QUIR.	2	89.150	61.290	234.490	117.240	304.840	187.590	375.180	257.930
18 02 077	8	MAL ROTACIÓN INTESTINAL, TRAT. QUIR.	2	94.340	64.860	248.150	124.070	322.600	198.520	397.040	272.960

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3				
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF			
III.-CIRUGIA PROCTOLOGICA .														
RECTO Y ANO														
18 03 001	5	ABSCESO ANO RECTAL COMPLEJO , TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340			
18 03 002	4	ABSCESO ANORRECTAL SIMPLE, TRAT. QUIR.	1			59.840	29.920	77.790	47.870	95.740	65.820			
18 03 003	4	ABSCESO SACROCOXÍGEO, DRENAJE	1			33.240	16.620	43.210	26.590	53.180	36.560			
18 03 004	5	BIOPSIA QUIRÚRGICA RECTAL (PROC. AUT.)	1			33.240	16.620	43.210	26.590	53.180	36.560			
Cuerpo extraño rectal:														
18 03 006	8	CUERPO EXTRAÑO RECTAL, EXTRACCIÓN POR VÍA ABDOMINAL	2	89.150	61.290	187.290	93.640	243.480	149.830	299.660	206.010			
18 03 007	4	CUERPO EXTRAÑO RECTAL, EXTRACCIÓN POR VÍA ANAL	1			56.560	28.280	73.530	45.250	90.500	62.220			
Desgarros y heridas anorrectales, trat.quir. de:														
18 03 008	6	DESGARROS Y HERIDAS ANORRECTALES CON COMPROMISO DEL ESFÍNTER	2	66.770	45.900	160.090	80.040	208.120	128.070	256.140	176.090			
18 03 009	5	DESGARROS Y HERIDAS ANORRECTALES SIN COMPROMISO DEL ESFÍNTER	2			139.760	69.880	181.690	111.810	223.620	153.740			
18 03 010	5	ESFINTEROTOMÍA (PROC. AUT.)	1			66.840	33.420	86.890	53.470	106.940	73.520			
18 03 011	6	ESTENOSIS ANAL, PLASTÍA	2			141.660	70.830	184.160	113.330	226.660	155.830			
18 03 012	7	ESTENOSIS RECTAL, PLASTÍA	2			141.660	70.830	184.160	113.330	226.660	155.830			
18 03 013	7	FECALOMA, TRAT. QUIR.	2	86.850	59.710	213.110	106.550	277.040	170.480	340.980	234.420			
Fístula trat. quir. de:														
18 03 014	8	FÍSTULA RECTOVESICAL, TRAT.QUIR.	2	89.150	61.290	234.490	117.240	304.840	187.590	375.180	257.930			
18 03 015	8	FÍSTULA RECTOVAGINAL, RECTOURETRAL O URETROVAGINAL, TRAT.QUIR.	2	89.150	61.290	187.290	93.640	243.480	149.830	299.660	206.010			
18 03 016	6	FÍSTULA ANORRECTAL, TRAT.QUIR.DE CUALQUIER TIPO	2	55.040	37.840	145.930	72.960	189.710	116.740	233.490	160.520			
18 03 017	5	FISURA ANAL, REPAR. QUIR.	1			78.680	39.340	102.280	62.940	125.890	86.550			
18 03 018	6	HEMORROIDECTOMÍA (INCLUYE OTRAS OPERACIONES COMPLEMENTARIAS EN CANAL ANAL)	2	72.530	49.860	175.980	87.990	228.770	140.780	281.570	193.580			
18 03 019	3	HEMORROIDES, TROMBECTOMÍA (PROC. AUT.)	1			23.670	11.830	30.770	18.930	37.870	26.030			

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
Imperforación anal, reconstitución del tránsito											
18 03 020	9	IMPERFORACIÓN ANAL, RECONSTITUCIÓN TRÁNSITO POR VÍA ABDÓMINO-PERINEAL	3	89.150	61.290	234.490	117.240	304.840	187.590	375.180	257.930
18 03 021	7	IMPERFORACIÓN ANAL, RECONSTITUCIÓN TRÁNSITO POR VÍA PERINEAL	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
Incontinencia anal, trat. quir. de											
18 03 023	6	INCONTINENCIA ANAL, TRAT.QUIR. CON CERCLAJE	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
18 03 024	7	INCONTINENCIA ANAL, TRAT.QUIR. CON PLASTÍA MUSCULAR	2	86.850	59.710	182.450	91.220	237.190	145.960	291.920	200.690
Pólipo rectal, trat. quir.											
18 03 025	8	PÓLIPO RECTAL, TRAT.QUIR. POR VÍA ABDOMINAL	2	89.150	61.290	187.290	93.640	243.480	149.830	299.660	206.010
18 03 026	5	PÓLIPO RECTAL, TRAT.QUIR. POR VÍA ANAL	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
Prolapso rectal, trat. quir.											
18 03 027	8	PROLAPSO RECTAL, TRAT.QUIR. POR VÍA ABDOMINAL	3	94.110	64.700	239.270	119.630	311.050	191.410	382.830	263.190
18 03 028	6	PROLAPSO RECTAL, TRAT.QUIR. POR VÍA ANAL	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
18 03 029	12	PANPROCTOCOLECTOMÍA (2 EQUIPOS)	3	222.850	153.210	550.780	275.390	716.010	440.620	881.250	605.860
18 03 030	6	PRURITO ANAL, TRAT. QUIR. POR DENERVACIÓN	1			70.870	35.430	92.130	56.690	113.390	77.950
18 03 031	6	QUISTE SACROCOXÍGEO, TRAT. QUIR.	2	68.720	47.240	145.820	72.910	189.570	116.660	233.310	160.400
18 03 032	11	RESECCIÓN ABDÓMINO-PERINEAL DE ANO Y RECTO (2 EQUIPOS)	3	155.940	107.210	372.960	186.480	484.850	298.370	596.740	410.260
18 03 033	12	RESECCIÓN ABDÓMINO-PERINEAL DE ANO Y RECTO AMPLIADA (2 EQUIPOS) (INCLUYE GENITALES FEMENINOS)	3	178.370	122.630	421.630	210.810	548.120	337.300	674.610	463.790
18 03 034	9	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO	3	137.650	94.630	333.580	166.790	433.650	266.860	533.730	366.940
18 03 035	10	RESECCIÓN PERINEAL DE ANO Y RECTO	2	91.760	63.080	233.260	116.630	303.240	186.610	373.220	256.590
En las resecciones abdómino-perineales de las intervenciones 18-03-029, 18-03-032 y 18-03-033, el valor consignado corresponde al honorario del equipo abdominal.											
18 03 036		A LOS CIRUJANOS DEL EQUIPO PERINEAL EN CADA INTERVENCIÓN ANTERIOR CÓD.18-03-029, 18-03-032, Y 18-03-033	2			249.870	124.930	324.830	199.890	399.790	274.850
18 03 038	5	CONDILOMAS ANALES, TRAT. QUIR.	2	58.050	39.910	115.320	57.660	149.920	92.260	184.510	126.850

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
(Si un mismo médico efectúa ambos procedimientos, cobrará ambos códigos)											
19 01 012		CISTOGRAFÍA POR SONDA (DE RELLENO) O POR PUNCIÓN HIPOGÁSTRICA (A.C. 04-01-027)	1			13.700	6.850	17.810	10.960	21.920	15.070
19 01 013		INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE EN CUERPO CAVERNOso	1			12.630	6.310	16.420	10.100	20.210	13.890
19 01 015	5	URETEROPIELOGRAFÍA ASCENDENTE (DIRECTA) POR CATETERISMO URETERAL UNI O BILATERAL (INCLUYE LA ENDOSCOPIA) (A.C. 04-02-012)	1			49.160	24.580	63.910	39.330	78.660	54.080
19 01 016	3	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA O CISTOURETROGRAFÍA (MICCIONAL) (A.C. 04-02-014)	1			9.030	4.510	11.740	7.220	14.450	9.930
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS											
19 01 018		DILATACIÓN URETRA C/S MASAJE, C/S INSTILACIÓN O INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS: ANTERIOR Y/O POSTERIOR	1			10.510	5.250	13.660	8.400	16.820	11.560
19 01 019	3	INSTILACIÓN VESICAL (INCLUYE COLOCACIÓN DE SONDA) PROC. AUT.	1			8.580	4.290	11.150	6.860	13.730	9.440
19 01 036		INSTILACIÓN VESICAL (INCLUYE COLOCACIÓN DE SONDA Y MICOBACTERIUM BOVIS PARA INSTILACIÓN INTRAVESICAL PROC. AUT.)				395.860	197.930				
19 01 020	2	INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL PENE	1			9.030	4.510	11.740	7.220	14.450	9.930
19 01 022		VAC. VESICAL POR SONDA URETRAL, (PROC. AUT.)				9.930	4.960	12.910	7.940	15.890	10.920
DIALISIS											
(Incluyen aplicación de la técnica, control clínico permanente y el tratamiento de las complicaciones médicas).											
19 01 028		HEMODIÁLISIS CON BICARBONATO CON INSUMOS (POR SESIÓN)				70.820	14.160				
19 01 029		HEMODIÁLISIS CON BICARBONATO CON INSUMOS (TRATAMIENTO MENSUAL)				920.700	184.140				
19 01 025		PERITONEODIÁLISIS POR SESIÓN (INCLUYE INSUMOS)				37.690	7.540				
19 01 026		PERITONEODIÁLISIS CONTINUA EN PACIENTE CRÓNICO (ADULTO O NIÑOS) (TRATAMIENTO MENSUAL)				1.131.510	226.300				
II.- CIRUGIA UROLOGICA Y SUPRARRENAL											
Todas las intervenciones quirúrgicas se refieren a un lado cuando corresponda.											
RIÑON											
19 02 002	11	ARTERIAS RENALES, OPERACIONES SOBRE (PROC. AUT.)	3	165.840	114.010	458.020	229.010	595.430	366.420	732.830	503.820
19 02 003	13	AUTO O HETEROTRASPLANTE RIÑÓN	3	254.110	174.700	694.620	347.310	903.010	555.700	1.111.390	764.080
19 02 004	13	CIRUGÍA DE BANCO, (PROC. COMPLETO) (MICRO-EXTRACORPÓREA), AUTOTRASPLANTE	3	217.650	149.630	665.980	332.990	865.770	532.780	1.065.570	732.580

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
19 02 005	8	LITIASIS RENAL, TRAT. QUIR. PERCUTÁNEO C/S ULTRASONIDO (INCLUYE TODO EL PROCEDIMIENTO)	2	153.940	105.830	406.140	203.070	527.980	324.910	649.820	446.750
19 02 090	10	TRATAMIENTO INTEGRAL LITIASIS URINARIA POR VÍA LITOTripsia EXTRACORPÓREA	1	187.300	128.770	397.840	198.920	517.190	318.270	636.540	437.620
19 02 006	8	LITIASIS RENAL O URETERAL POR CIRUGÍA ABIERTA O LAPAROSCÓPICA, POR PIELOTOMÍA O NEFROTOMÍA MINIMA O ANATRÓFICA.	3	108.100	74.320	313.310	156.650	407.300	250.640	501.300	344.640
19 02 008	7	LUMBOTOMÍA EXPLORADORA C/S DREN., C/S BIOPSIA (PROC. AUT.)	3	68.880	47.350	211.740	105.870	275.260	169.390	338.780	232.910
19 02 009	9	NEFRECTOMÍA PARCIAL CUALQUIER VÍA Y TÉCNICA. INCLUYE DISECCIÓN GANGLIONAR ETAPIFICADORA O REDUCTIVA	3	117.200	80.570	487.640	243.820	633.930	390.110	780.220	536.400
19 02 010	9	NEFRECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER RENAL, TRAUMATISMO RENAL, VÍA ABIERTA, LAPAROSCÓPICA O ROBÓTICA, INCLUYE DISECCIÓN GANGLIONAR ETAPIFICADORA O REDUCTIVA	3	170.220	117.020	473.830	236.910	615.980	379.060	758.130	521.210
19 02 011	8	NEFRECTOMÍA POR PATOLOGÍA BENIGNA O MALFORMACIÓN O TRASPLANTE.	3	120.510	82.850	248.150	124.070	322.600	198.520	397.040	272.960
19 02 012	8	DRENAJE PERCUTÁNEO O ENDOSCÓPICO DE HIDRONEFROSIS. (PROC.AUTÓNOMO)	3	96.750	66.510	228.980	114.490	297.670	183.180	366.370	251.880
19 02 013	8	PIELOTOMÍA EXPLORADORA Y/O TERAPÉUTICA (INCLUYE LA PIELOSTOMÍA Y/O PIELOPLASTÍA) SUPRARRENAL	3	111.360	76.560	338.360	169.180	439.870	270.690	541.380	372.200
19 02 015	8	SUPRARRENALECTOMÍA UNILATERAL URETER	3	111.360	76.560	322.700	161.350	419.510	258.160	516.320	354.970
19 02 016	9	ANASTOMOSIS DE LOS URÉTERES	2	137.890	94.800	334.150	167.070	434.400	267.320	534.640	367.560
19 02 017	8	FÍSTULA URÉTERO-VAGINAL, TRAT. QUIR.	2	111.360	76.560	283.280	141.640	368.260	226.620	453.250	311.610
19 02 018	9	NEFROURETERECTOMÍA EN PATOLOGÍA TUMORAL O MALFORMACIÓN, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA.	3	153.330	105.410	435.980	217.990	566.770	348.780	697.570	479.580
19 02 019	8	URETERECTOMÍA	3	108.480	74.580	291.310	145.650	378.700	233.040	466.100	320.440
19 02 020	7	URÉTERO-LITOTOMÍA ABIERTA	2	89.150	61.290	226.660	113.330	294.660	181.330	362.660	249.330
19 02 021	5	URÉTERO O NEFRO-LITOTOMÍA ENDOSCÓPICA C/URETEROSCOPIA RÍGIDA O FLEXIBLE, CON O SIN FRAGMENTACIÓN	1	117.860	81.030	387.830	193.910	504.180	310.260	620.530	426.610
19 02 022	9	URETERECTOMÍA, URETEROPLASTÍA, URETERORRRAFIA, URETEROLISIS, TRANSURETEROANASTOMOSIS, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA.	2	145.220	99.840	351.870	175.930	457.430	281.490	562.990	387.050
19 02 023	8	URETERORRRAFIA Y/O URETEROLISIS C/U	2	96.750	66.510	254.560	127.280	330.930	203.650	407.300	280.020
19 02 024	9	URETEROSTOMÍA BILATERAL: VESICAL, CUTÁNEA O INTESTINAL	3	165.020	113.450	469.610	234.800	610.490	375.680	751.380	516.570
19 02 025	8	URETEROSTOMÍA UNILATERAL: VESICAL, CUTÁNEA O INTESTINAL	3	117.550	80.810	357.210	178.600	464.370	285.760	571.540	392.930

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
VEJIGA											
19 02 027	8	CISTECTOMÍA PARCIAL Y/O TRAT. QUIR. DE DIVERTÍCULO VESICAL	2	89.150	61.290	218.760	109.380	284.390	175.010	350.020	240.640
19 02 028	11	CISTECTOMÍA RADICAL, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA, INCLUYE LINFADENECTOMÍA AMPLIADA.	3	234.100	160.940	669.890	334.940	870.860	535.910	1.071.820	736.870
19 02 029	9	CISTOPLASTÍA, PROC. COMPLETO	3	155.940	107.210	443.750	221.870	576.880	355.000	710.000	488.120
19 02 030	7	REPARACIÓN VESICAL POR TRAUMA O DAÑO DE CUALQUIER TIPO.	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
19 02 031	7	CISTOSTOMÍA, EXTRACCIÓN DE LITIASIS O CUERPO EXTRAÑO, INSTALACIÓN DE CATÉTER SUPRAPÚBICO, POR VÍA ABIERTA O ENDOSCÓPICA, C/S LÁSER	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
19 02 032	8	EXTROFIA VESICAL, PROC. COMPLETO	2	133.730	91.940	308.430	154.210	400.960	246.740	493.490	339.270
19 02 033	8	FÍSTULA VÉSICO-CUTÁNEA, Y/O VAGINAL, Y/O INTEST., TRAT. QUIR.	2	89.150	61.290	226.660	113.330	294.660	181.330	362.660	249.330
19 02 034	8	CIRUGÍA ABIERTA O ENDOSCÓPICA DE LESIONES CUELLO VESICAL Y/O HEMOVEJIGA PRIMARIA O POST CIRUGÍA PRÓSTATA O VEJIGA	2	66.770	45.900	170.010	85.000	221.010	136.000	272.020	187.010
19 02 035	7	LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS (PROC. AUT.)	2	89.380	61.450	179.890	89.940	233.860	143.910	287.820	197.870
19 02 036	10	OPERACIÓN DE BRICKER	3	193.620	133.110	507.320	253.660	659.520	405.860	811.710	558.050
19 02 037	9	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁNCER VESICAL	1	111.360	76.560	204.600	102.300	265.980	163.680	327.360	225.060
19 02 038	9	RESERVORIO CONTINENTE INTESTINAL EXTERNO O INTERNO	3	155.940	107.210	443.750	221.870	576.880	355.000	710.000	488.120
URETRA											
19 02 040	8	EXTIRPACIÓN DIVERTÍCULO O QUISTE PARA-URETRAL, CUALQUIER VÍA	2	89.150	61.290	234.490	117.240	304.840	187.590	375.180	257.930
19 02 041	7	FLEGMÓN URINOSO, DRENAJE Y CISTOSTOMÍA	2	79.280	54.500	162.120	81.060	210.760	129.700	259.390	178.330
19 02 043	7	URETROPLASTÍA SIN SUBSTITUCIÓN - URETRORRAFÍA	2	91.420	62.850	184.070	92.030	239.290	147.250	294.510	202.470
19 02 044	8	URETROPLASTÍA DE SUBSTITUCIÓN, CADA TIEMPO	2	94.110	64.700	239.270	119.630	311.050	191.410	382.830	263.190
19 02 045	8	INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO O D.I.E. (DISFUNCIÓN INTRÍNSECA DEL ESFÍNTER), CUALQUIER VÍA ÚNICA O COMBINADA, CON O SIN INSTALACIÓN DE MALLAS, ELEMENTOS PROTÉSICOS O ESFÍNTER ARTIFICIAL.	2	85.630	58.870	225.020	112.510	292.530	180.020	360.030	247.520
19 02 047	5	MEATOTOMÍA QUIRÚRGICA C/S RESECCIÓN DE PÓLIPO O CARÚNCULA	1	53.470	36.760	113.560	56.780	147.630	90.850	181.700	124.920
19 02 049	8	URETRECTOMÍA Y/O PLASTIA ABIERTA DE LA URETRA EN CUALQUIERA DE SUS PORCIONES, POR TRAUMA, O ESTENOSIS O CUALQUIER ETIOLOGÍA	2	105.200	72.320	527.800	263.900	686.140	422.240	844.480	580.580
19 02 050	5	FISTULECTOMÍA URETRAL	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
19 02 051	5	URETROSTOMÍA	1	66.770	45.900	113.400	56.700	147.420	90.720	181.440	124.740
19 02 052	5	URETROTOMÍA EXTERNA (PROC. AUT.)	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
19 02 053	5	URETROTOMÍA INTERNA Y/O URETROLITOTOMÍA (PROC. AUT.)	1	66.770	45.900	162.120	81.060	210.760	129.700	259.390	178.330
		PROSTATA Y VESICULAS SEMINALES									
19 02 054	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ABSCESO PROSTÁTICO Y/O VESÍCULAS SEMINALES, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA	2	54.850	37.710	145.460	72.730	189.100	116.370	232.740	160.010
19 02 055	8	ADENOMA O CÁNCER PROSTÁTICO, RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DESOBSTRUCTIVA, CUALQUIER TÉCNICA (UNI, BIPOLAR, LÁSER U OTROS)	1	111.360	76.560	228.170	114.080	296.620	182.530	365.070	250.980
19 02 056	8	ADENOMA PROSTÁTICO, TRAT. QUIR. CUALQUIER VÍA O TÉCNICA ABIERTA	2	111.360	76.560	267.600	133.800	347.880	214.080	428.160	294.360
19 02 057	10	PROSTATECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER PROSTÁTICO, VÍA ABIERTA, LAPAROSCÓPICA O ROBÓTICA, INCLUYE LINFADENECTOMÍA SI CORRESPONDE TESTICULOS Y SUS ANEXOS	3	155.940	107.210	473.830	236.910	615.980	379.060	758.130	521.210
19 02 059	5	BIOPSIA QUIRÚRGICA DE TESTÍCULO Y/O ASPIRACIÓN EPIDIDIMARIA.	2	56.480	38.830	149.700	74.850	194.610	119.760	239.520	164.670
19 02 060	6	DESCENSO TESTICULAR CON O SIN HERNIA, CUALQUIER TIEMPO, CUALQUIER TÉCNICA	2	76.380	52.510	199.190	99.590	258.950	159.350	318.700	219.100
19 02 061	5	DESCENSO TESTÍCULO INGUINAL C/S HERNIOPLASTÍA	2	72.530	49.860	184.550	92.270	239.920	147.640	295.280	203.000
19 02 062	6	ESCROTO, PLASTÍA DE, PROC. COMPLETO	2	54.850	37.710	145.460	72.730	189.100	116.370	232.740	160.010
19 02 063	5	HIDATIDECTOMÍA UNILAT. C/S EVERSIÓN DE LA VAGINAL (PROC. AUT.)	2	54.850	37.710	145.460	72.730	189.100	116.370	232.740	160.010
19 02 064	5	HIDROCELE Y/O HEMATOCELE, INCLUYE QUISTES CORDÓN Y/O EPIDÍDIMO Y/O HIDATIDECTOMÍAS Y/O CIRUGÍA INTRAVAGINAL DEL MISMO LADO	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
19 02 065	5	ORQUIDECTOMÍA UNILATERAL	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
19 02 066	5	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
19 02 067	5	PRÓTESIS TESTICULAR, (PROC. AUT.)	2	56.590	38.900	150.080	75.040	195.100	120.060	240.130	165.090
19 02 068	6	ORQUIDECTOMÍA AMPLIADA POR CÁNCER TESTICULAR	2	66.770	45.900	170.010	85.000	221.010	136.000	272.020	187.010
19 02 069	11	DISECCIÓN GANGLIONAR LUMBOAÓRTICA POR CÁNCER TESTICULAR, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA, UNI O BILATERAL O MODIFICADA. EPIDIDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE	3	173.170	119.050	409.350	204.670	532.160	327.480	654.960	450.280
19 02 070	7	ANASTOMOSIS DEFERENTES O EPIDÍDIMO-DEFERENCIAL	2	91.900	63.180	217.450	108.720	282.690	173.960	347.920	239.190
19 02 071	5	CIRUGÍA DEL EPIDÍDIMO Y CORDÓN (PROC.AUT), INCLUYE CIRUGÍA INTRAVAGINAL Y/O VARICOCELE MISMO LADO	2	66.770	45.900	154.320	77.160	200.620	123.460	246.910	169.750

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
19 02 072	7	PLASTÍA EPIDÍDIMO-DEFERENTE (OPERACIÓN DE MARTÍN O SIM.)	2	89.150	61.290	210.950	105.470	274.240	168.760	337.520	232.040
19 02 073	5	QUISTES DEL CORDÓN, Y/O EPIDÍDIMO, EXTIRPACIÓN; EPIDIDIMOTOMÍA DIAGNÓSTICA Y/O TERAPÉUTICA (PROC. AUT.)	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
19 02 074	5	EXPLORACIÓN ESCROTO AGUDO. INCLUYE HEMATOCELE POR TRAUMA, DESTORSIÓN Y FIJACION TESTICULO, HIDATIDECTOMIA Y EVERSIÓN BILATERAL SI CORRESPONDE	2	70.510	48.470	149.580	74.790	194.450	119.660	239.330	164.540
19 02 075	5	VARICOCELE UNILATERAL Y/O DENERVACIÓN CORDÓN ESPERMÁTICO (INCLUYE QUISTES, HIDÁTIDES E HIDROCELE MISMO LADO)	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
19 02 076	5	VASECTOMÍA BILATERAL, (PROC. AUT.) (LA VASECTOMÍA COMO TIEMPO PREVIO A UNA RESECCION DE PRÓSTATA ESTA INCLUIDA EN LA PROSTATECTOMÍA) PENE	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
19 02 078	6	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE (PROC. AUT.)	2	66.770	45.900	170.010	85.000	221.010	136.000	272.020	187.010
19 02 079	8	AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE, PROC. COMPLETO	2	111.360	76.560	259.620	129.810	337.510	207.700	415.390	285.580
19 02 080	4	BIOPSIA DE PENE (PROC. AUT.)	1			35.480	17.740	46.120	28.380	56.770	39.030
19 02 081	6	CIRUGÍA DEL PRIAPISMO CUALQUIER VÍA O TÉCNICA	2	64.850	44.580	165.060	82.530	214.580	132.050	264.100	181.570
19 02 082	5	CIRCUNCISIÓN (INCLUYE SECCIÓN DE FRENILLO, Y/O DE SINEQUIAS BÁLANO-PREPUCIALES, Y/O INCISIÓN DORSAL C/S MEATOTOMÍA)	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
19 02 083	5	CIRUGÍA TRAUMATISMO PENEANO O CURVATURAS ADQUIRIDAS DE LA ALBUGÍNEA	2	68.530	47.110	158.310	79.150	205.800	126.640	253.300	174.140
19 02 084	4	MEATOTOMÍA HOMBRE Y/O SECCIÓN FRENILLO Y/O INCISIÓN DORSAL, (PROC. AUT.)	1			21.810	10.900	28.350	17.440	34.900	23.990
19 02 085	7	IMPLANTACIÓN PRÓTESIS PENEANA CUALQUIER TIPO O VÍA (NO INCLUYE PRÓTESIS)	2	114.260	78.550	298.660	149.330	388.260	238.930	477.860	328.530
GRUPO : 20											
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA											
I.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS.											
ENDOSCOPIAS C/S BIOPSIAS C/S TOMA DE MUESTRAS.											
20 01 002	1	COLPOSCOPIA	1			9.380	4.690	12.190	7.500	15.010	10.320
20 01 005	4	HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA (PROC. AUT.)	1			22.600	11.300	29.380	18.080	36.160	24.860
OTRAS EXPLORACIONES											
20 01 006	4	AMNIOCENTESIS	1			14.000	7.000	18.200	11.200	22.400	15.400

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
20 01 007	3	CULDOCENTESIS (PUNCIÓN DEL DOUGLAS)	1			17.140	8.570	22.280	13.710	27.420	18.850
20 01 009		& MONITOREO BASAL CON INFORME				6.160	3.080	8.010	4.930	9.860	6.780
20 01 010		MONITOREO FETAL ESTRESANTE, CON CONTROL PERMANENTE DEL ESPECIALISTA Y TRATAMIENTO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES				17.590	8.790	22.870	14.070	28.140	19.340
20 01 021		CORDOCENTESIS				31.020	15.510	40.330	24.820	49.630	34.120
		& Esta prestación puede ser hecha y cobrada por matronas, por prescripción escrita de un médico cirujano									
		PROCEDIMIENTOS PARA EXAMENES RADIOLOGICOS									
		(Si un mismo médico realiza ambos procedimientos, cobrará ambos códigos)									
20 01 012	3	GALACTOGRAFÍA (A.C. 04-02-005)	1			14.810	7.400	19.250	11.840	23.700	16.290
20 01 013	3	HISTEROSALPINGOGRAFÍA (A.C. 04-02-011)	1			18.060	9.030	23.480	14.450	28.900	19.870
		OTROS PROCEDIMIENTOS									
20 01 014	2	BIOPSIA ENDOMETRIO, VULVA, VAGINA, CUELLO, C/U (PROC. AUT.)	1			17.600	8.800	22.880	14.080	28.160	19.360
20 01 015	2	& COLOCACIÓN O EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (NO INCLUYE EL VALOR DEL DISPOSITIVO)	1			11.070	5.530	14.390	8.850	17.710	12.170
20 01 016	2	ELECTRODIATERMO O CRIOCOAGULACIÓN DE LESIONES DEL CUELLO	1			18.060	9.030	23.480	14.450	28.900	19.870
20 01 020		TEST POSTCOITAL				18.060	9.030	23.480	14.450	28.900	19.870
20 01 022	3	PUNCIÓN EVACUADORA DE QUISTES MAMARIOS, C/S TOMA DE MUESTRAS, C/S INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS	1			12.440	6.220	16.170	9.950	19.900	13.680
20 01 023		BIOPSIA ESTEREOTÁXICA DIGITAL DE MAMA				418.260	209.130				
20 01 024		BIOPSIA CORIAL				28.230	14.110	36.700	22.580	45.170	31.050
20 01 025		TOMA DE BIOPSIA CON AGUJA BAJO VISIÓN ECOGRÁFICA DE LA MAMA (BIOPSIA CORE)				216.690	108.340				
20 01 026		INSTALACIÓN O RETIRO DISPOSITIVO SUBDÉRMICO ANTICONCEPTIVO				17.700	8.850				
		& Esta prestación puede ser hecha y cobrada por matronas.									
		II.- CIRUGIA DE LA MAMA (UN LADO)									
		(Véase además Cirugía Plástica y Reparadora cód. 15-02-047 al 15-02-052)									
20 02 001	3	ABSCESO Y/O HEMATOMA DE MAMA, TRAT.QUIR.	1			39.440	19.720	51.270	31.550	63.100	43.380

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
20 02 002	6	MASTECTOMÍA PARCIAL (CUADRANTECTOMÍA O SIMILAR) O TOTAL S/VACIAMENTO GANGLIONAR	3	67.820	46.620	208.100	104.050	270.530	166.480	332.960	228.910
20 02 003	7	MASTECTOMÍA RADICAL O TUMORECTOMÍA C/VACIAMENTO GANGLIONAR O MASTECTOMÍA TOTAL C/VACIAMENTO GANGLIONAR	3	155.940	107.210	372.960	186.480	484.850	298.370	596.740	410.260
20 02 005	5	TUMOR BENIGNO Y/O QUISTE Y/O MAMA SUPERNUMERARIA Y/O ABERRANTE O POLITELIA, O BIOPSIA QUIRÚRGICA EXTEMPORÁNEA, TRAT. QUIR. (PROC. AUT) III.- CIRUGIA GINECOLOGICA Para cirugía videolaparoscópica no individualizada como tal, se aplicarán los códigos y valores de las técnicas convencionales.Para el código adicional, se aplicará, en estos casos, el correspondiente a la prestación convencional aumentado en dos dígitos.	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
(Cuando la prestación requiere laparotomía, ella está incluida en el cód. respectivo)											
20 03 031	7	VIDEOLAPAROSCOPÍA GINECOLÓGICA EXPLORADORA (INCLUYE TOMA DE MUESTRAS PARA BIOPSIAS, PUNCIÓN DE QUISTES Y LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS) (PROC. AUT.)	2	53.470	36.760	122.320	61.160	159.020	97.860	195.710	134.550
OVARIO Y TROMPA DE FALOPIO											
20 03 001	7	OOFORECTOMÍA PARCIAL O TOTAL, UNI O BILATERAL (PROC. AUT.)	2	71.380	49.070	145.930	72.960	189.710	116.740	233.490	160.520
20 03 002	7	ANEXECTOMÍA Y/O VAC. DE ABSCESO TUBO-OVÁRICO, UNI O BILATERAL.	2	89.150	61.290	179.420	89.710	233.250	143.540	287.070	197.360
20 03 003	7	EMBARAZO TUBARIO, TRAT. QUIR.	2	80.580	55.400	210.140	105.070	273.180	168.110	336.220	231.150
20 03 004	7	LIGADURA O SECCIÓN UNI O BILATERAL DE LAS TROMPAS (MADLENER, POMEROY, O SIMILARES) (PROC. AUT.)	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
20 03 005	7	SALPINGECTOMÍA UNI O BILATERAL Esterilidad tubaria, operación plástica, uni o bilateral	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
20 03 006	9	ESTERILIDAD TUBARIA, OPERACIÓN PLÁSTICA UNI O BILATERAL CON MICROCIRUGÍA	2	133.730	91.940	308.430	154.210	400.960	246.740	493.490	339.270
20 03 007	8	ESTERILIDAD TUBARIA, OPERACIÓN PLÁSTICA UNI O BILATERAL SIN MICROCIRUGÍA	2	89.150	61.290	203.000	101.500	263.900	162.400	324.800	223.300
UTERO Y SUS ELEMENTOS DE SOSTEN											
20 03 008	8	MIOMECTOMÍA	2	73.220	50.340	171.080	85.540	222.400	136.860	273.730	188.190
20 03 041	8	EXTRACCIÓN DE DIU INCRUSTADO, POR VÍA ABDOMINAL Histerectomía por vía abdominal,c/s anexectomía uni o bilat.	2	73.420	50.470	171.490	85.740	222.940	137.190	274.380	188.630

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
20 03 009	8	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL POR VÍA ABDOMINAL	3	89.150	61.290	205.330	102.660	266.930	164.260	328.530	225.860
20 03 010	8	HISTERECTOMÍA TOTAL O AMPLIADA POR VÍA ABDOMINAL	3	146.610	100.790	465.520	232.760	605.180	372.420	744.830	512.070
20 03 011	8	LIGAMENTO ANCHO: ABSCESOS Y/O HEMATOMAS Y/O FLEGMONES Y/O QUISTOMAS Y/O VÁRICES U OTROS, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	2	94.340	64.860	206.480	103.240	268.420	165.180	330.370	227.130
20 03 012	5	CONIZACIÓN Y/O AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO, DIAGNÓSTICA Y/O TERAPÉUTICA C/S BIOPSIA	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
20 03 013	13	EXANTERACIÓN PELVIANA ANTERIOR Y/O POSTERIOR	3	245.140	168.530	693.900	346.950	902.070	555.120	1.110.240	763.290
20 03 014	8	HISTERECTOMÍA POR VÍA VAGINAL	3	133.760	91.960	368.440	184.220	478.970	294.750	589.500	405.280
20 03 015	10	HISTERECTOMÍA RADICAL CON DISECCIÓN PELVIANA COMPLETA DE TERRITORIOS GANGLIONARES, INCLUYE GANGLIOS LUMBOAÓRTICOS (OPERACIÓN DE WERTHEIM O SIMILARES)	3	204.260	140.430	585.400	292.700	761.020	468.320	936.640	643.940
20 03 016	8	HISTERECTOMÍA TOTAL C/INTERVENCIÓN INCONTINENCIA URINARIA, CUALQUIER TÉCNICA	3	155.940	107.210	490.960	245.480	638.250	392.770	785.540	540.060
20 03 017	8	HISTEROPEXIA	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
20 03 018	8	PLASTÍA UTERINA (OPERACIÓN DE STRASSMANN O SIMILARES)	2	89.150	61.290	187.290	93.640	243.480	149.830	299.660	206.010
20 03 019	4	POLIPECTOMÍA (UNO O MÁS) (PROC. AUT.)	1			43.340	21.670	56.340	34.670	69.340	47.670
20 03 020	5	SINEQUIA Y/O ESTENOSIS CERVICAL, TRAT. QUIR.	1			80.720	40.360	104.940	64.580	129.150	88.790
20 03 030	5	DESGARRO CERVICAL TRAT. QUIR.	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
20 03 040	5	INCOMPETENCIA CERVICAL TRAT. QUIR.	2			160.170	80.080	208.220	128.130	256.270	176.180
		VAGINA									
20 03 021	5	COLPOCELIOTOMÍA	1			76.660	38.330	99.660	61.330	122.660	84.330
20 03 022	6	INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, TRAT. QUIR. POR VÍA VAGINAL (PROC. AUT.)	2	70.510	48.470	179.460	89.730	233.300	143.570	287.140	197.410
20 03 023	8	PROLAPSO ANTERIOR Y/O POSTERIOR CON REPAR., INCONTINENCIA URINARIA POR VÍA EXTRAVAGINAL O COMBINADA	3	111.360	76.560	259.620	129.810	337.510	207.700	415.390	285.580
20 03 024	7	PROLAPSO ANTERIOR Y/O POSTERIOR C/S TRAT. DE INCONTINENCIA URINARIA POR VÍA VAGINAL, TRAT. QUIR.	2	66.770	45.900	170.010	85.000	221.010	136.000	272.020	187.010
20 03 025	5	QUISTE Y/O DESGARRO Y/O TABIQUE VAGINAL, TRAT. QUIR.	1			78.680	39.340	102.280	62.940	125.890	86.550
		VULVA Y PERINE									
20 03 026	4	BARTOLINITIS, VACIAMIENTO Y DRENAJE (PROC. AUT.)	1			33.240	16.620	43.210	26.590	53.180	36.560

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
20 03 027	5	BARTOLINOCISTONEOSTOMÍA O EXTIRP. DE LA GLÁNDULA Vulvectomía	2	56.480	38.830	149.700	74.850	194.610	119.760	239.520	164.670
20 03 028	8	VULVECTOMÍA RADICAL	3	155.940	107.210	443.750	221.870	576.880	355.000	710.000	488.120
20 03 029	6	VULVECTOMÍA SIMPLE IV.- CIRUGIA Y PROCEDIMIENTOS OBSTETRICOS Aborto	2	111.360	76.560	243.990	121.990	317.190	195.190	390.380	268.380
20 04 001	4	- ABORTO RETENIDO, VACIAMIENTO DE (INCLUYE LA INDUCCIÓN EN LOS CASOS QUE CORRESPONDA)	1	56.320	38.720	119.540	59.770	155.400	95.630	191.260	131.490
20 04 002	4	- RASPADO UTERINO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO POR METRORRAGIA O POR RESTOS DE ABORTO	1	53.310	36.650	106.580	53.290	138.550	85.260	170.530	117.240
20 04 007	2	ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)	1			58.760	29.380	76.390	47.010	94.020	64.640
20 04 008		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO LEY IVE (INCLUYE CONSULTA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Y FÁRMACOS)				19.060	9.530	24.780	15.250	30.500	20.970
20 04 003	6	PARTO PRESENTACIÓN CEFÁLICA O PODÁLICA, C/S EPISIOTOMÍA, C/S SUTURA, C/S FÓRCEPS, C/S INDUCCIÓN, C/S VERSIÓN INTERNA, C/S REVISIÓN, C/S EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA, C/S MONITORIZACIÓN. (ÚNICO O MÚLTIPLE)	1	120.560	64.050	174.840	43.710	227.290	96.160	279.740	148.610
20 04 010		HONORARIO MATRONA POR LA ATENCIÓN EN PREPARTO (DESDE INGRESO A CENTRO ASISTENCIAL POR TRABAJO DE PARTO, YA SEA INICIAL O ACTIVO, HASTA EL PERÍODO EXPULSIVO)				23.240	5.810	30.210	12.780	37.180	19.750
20 04 011		HONORARIO DE MATRONA POR ATENCIÓN INTEGRAL EN CONTROL Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO (PERÍODO EXPULSIVO, ASISTENCIA AL PABELLÓN QUIRÚRGICO EN CASO DE CESÁREA)				61.510	15.380	79.960	33.830	98.420	52.290
20 04 012		HONORARIO MATRONA POR ATENCIÓN EN POST PARTO. (INCLUYE DOS CONTROLES EN PUERPERIO) Operación cesárea				36.910	9.230	47.980	20.300	59.060	31.380
20 04 006	7	CESÁREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMÍA	2	122.690	65.180	231.940	57.980	301.520	127.560	371.100	197.140
20 04 005	8	CESÁREA CON HISTERECTOMÍA	2	111.040	58.990	258.880	64.720	336.540	142.380	414.210	220.050
20 04 009	2	FOTOTERAPIA A RECIÉN NACIDOS	1			1.370	680	1.780	1.090	2.190	1.500

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3				
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF			
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA														
I.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS														
ARTICULARES Y OSTEOMUSCULARES														
21 01 001	2	INFILTRACIÓN LOCAL MEDICAMENTOS (BURSAS, TENDONES, YUXTAARTICULARES Y/O INTRAARTICULARES), Y/O PUNCIÓN EVACUADORA C/S TOMA DE MUESTRA (EN INTERFALÁNGICAS COMPRENDE HASTA DOS POR SESIÓN)	1			7.680	3.840	9.980	6.140	12.290	8.450			
21 01 002	1	PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCIÓN DEL MEDIO DE CONTRASTE)	1			8.340	4.170	10.840	6.670	13.340	9.170			
21 01 003	5	MOVILIZACIÓN ARTICULAR BAJO ANESTESIA GENERAL.	1	54.700	37.600	42.440	21.220	55.170	33.950	67.900	46.680			
II.- PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES QUIRURGICAS GENERALES														
Tanto para procedimientos e intervenciones quirúrgicas generales como segmentarias del párrafo siguiente, si se usan técnicas de reducción y fijaciones externas, percutáneas, con tutores metálicos, o de cirugía videointervencionista, se aplicarán los mismos códigos y valores de las técnicas convencionales.														
En el caso de una intervención que necesite la colocación de un aparato enyesado, o yeso, éste se considera incluido en el honorario del especialista.														
21 04 001	3	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA C/S BIOPSIA, C/S SECCIÓN DE BRIDAS, EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRANO	2			192.230	96.110	249.900	153.780	307.570	211.450			
21 04 002	3	EXOSTOSIS U OSTEOCONDROMA, TRAT. QUIR.	2	56.480	38.830	149.700	74.850	194.610	119.760	239.520	164.670			
21 04 003	3	QUISTES SINOVIALES DE VAINAS FLEXORAS, BURSAS	2			141.300	70.650	183.690	113.040	226.080	155.430			
21 04 004	3	TRACCIÓN HALOCRANEANA O ESTRIBO-CRANEANA (PROC. AUT.)	1			35.480	17.740	46.120	28.380	56.770	39.030			
21 04 005	3	TRACCIÓN HALOCRÁNEO-FEMORAL	2			141.660	70.830	184.160	113.330	226.660	155.830			
21 04 006	2	TRACCIÓN TRANSESQUELÉTICA O DE PARTES BLANDAS EN ADULTOS O EN NIÑOS (PROC. AUT.)	1			21.190	10.590	27.550	16.950	33.900	23.300			
Artrodesis														
21 04 007	4	ARTRODESIS DE CODA O MUÑECA, C/U	2	52.100	35.820	138.140	69.070	179.580	110.510	221.020	151.950			
21 04 008	5	ARTRODESIS DE HOMBRO, CADERA, RODILLA, TOBILLO O SACROILÍACA, C/U	3	68.530	47.110	210.700	105.350	273.910	168.560	337.120	231.770			
21 04 009	4	ARTRODESIS DE MANO O PIE C/U	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340			

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3				
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF			
FRACTURAS EXPUESTAS														
Comprende el aseo quirúrgico, el manejo de partes blandas, la técnica de osteosíntesis empleada y/o la colocación de aparatos enyesados														
21 04 010	6	TRATAMIENTO COMPLETO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE BRAZO, ANTEBRAZO, MUSLO Y PIerna, C/U	2	96.750	66.510	220.370	110.180	286.480	176.290	352.590	242.400			
21 04 011	5	TRATAMIENTO COMPLETO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE MANO O PIE, C/U	2	58.050	39.910	163.600	81.800	212.680	130.880	261.760	179.960			
INFECCIONES OSEAS														
21 04 012	5	** OSTEÍTIS, RASPADO, C/S SECUESTRECTOMÍA	2	58.050	39.910	132.790	66.390	172.630	106.230	212.460	146.060			
21 04 013	6	** OSTEOIELITIS AGUDA HEMATÓGENA, DRENAJE QUIRÚRGICO, C/S DISPOSITIVOS DE OSTEOCLISIS	2	58.050	39.910	163.600	81.800	212.680	130.880	261.760	179.960			
21 04 014	6	OSTEOMIELITIS CRÓNICA HUESOS LARGOS, LEGRADO ÓSEO, C/S OSTEOSÍNTESIS O APARATO DE YESO	2	55.660	38.260	147.980	73.990	192.370	118.380	236.770	162.780			
INFECCIONES ARTICULARES														
Sinovitis, artritis, u osteoartr. sépticas; c/s artroclisis														
21 04 015	6	ARTROTOMÍA HOMBRO O CADERA C/U	2	55.520	38.170	147.520	73.760	191.780	118.020	236.030	162.270			
21 04 016	5	**ARTROTOMÍA DE CODO, MUÑECA, TOBILLO O TEMPOROMANDIBULAR, C/U	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340			
21 04 017	6	PSEUDOARTROSIS INFECTADA HUESOS LARGOS, TRAT. QUIR. CUALQUIER TÉCNICA, C/S DISPOSITIVO DE OSTEOCLISIS, C/S OSTEOSINTESIS O APARATO DE YESO	3	68.530	47.110	210.700	105.350	273.910	168.560	337.120	231.770			
INJERTOS OSEOS														
(Incluye toma e implantación) Procedimiento simultáneo o sucesivo con otra intervención quirúrgica; se agrega al valor de la operación principal														
21 04 018	11	AUTOTRASPLANTE ÓSEO MICROQUIRÚRGICO	3	155.940	107.210	451.620	225.810	587.110	361.300	722.590	496.780			
21 04 019	4	INJERTO ESPONJOSO METAFISIARIO	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960			
21 04 020	4	INJERTOS ESPONJOSOS O CÓRTICO-ESPONJOSOS DE CRESTA ILÍACA	2	56.480	38.830	149.700	74.850	194.610	119.760	239.520	164.670			
21 04 021	7	** TRANSPLANTE ÓSEO (AUTO U HOMOTRANSPLANTE)	3	114.260	78.550	314.740	157.370	409.160	251.790	503.580	346.210			

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 038	4	REGULARIZACIÓN DE MUÑON DE AMPUTACIÓN	2	53.470	36.760	122.320	61.160	159.020	97.860	195.710	134.550
21 04 039	5	OSTEOCONDROSIS O EPIFISITIS, TRAT. QUIR.	2	53.470	36.760	122.320	61.160	159.020	97.860	195.710	134.550
III.- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGMENTARIAS											
Todas las intervenciones quirúrgicas se refieren a un lado											
HOMBRO											
21 04 040	11	AMPUTACIÓN INTERESCÁPULO-TORÁCICA	3	108.480	74.580	314.380	157.190	408.690	251.500	503.010	345.820
21 04 041	10	DESARTICULACIÓN ESCÁPULO-HUMERAL	3	66.770	45.900	205.400	102.700	267.020	164.320	328.640	225.940
21 04 042	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE HOMBRO,(CUALQUIER TÉCNICA)	3	96.750	66.510	220.370	110.180	286.480	176.290	352.590	242.400
21 04 044	7	FRACTURA CUELLO HUMERAL, TRAT. QUIR.	3	70.510	48.470	216.840	108.420	281.890	173.470	346.940	238.520
21 04 045	5	FRACTURA DE CLAVÍCULA, OSTEOSÍNTESIS	2			145.330	72.660	188.930	116.260	232.530	159.860
21 04 046	6	FRACTURA ESCÁPULA, OSTEOSÍNTESIS	2	55.140	37.910	146.180	73.090	190.030	116.940	233.890	160.800
21 04 047	7	LUXACIÓN ACROMIO-CLAVICULAR O ESTERNO-CLAVICULAR, REDUCCIÓN O PLASTÍA CÁPSULOLIGAMENTOSA Y OSTEOSÍNTESIS	2	54.850	37.710	145.460	72.730	189.100	116.370	232.740	160.010
21 04 048	6	LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO, TRAT. QUIR.	3	72.530	49.860	222.970	111.480	289.860	178.370	356.750	245.260
21 04 049	5	LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE HOMBRO, REDUCCIÓN CRUENTA	2	56.590	38.900	150.080	75.040	195.100	120.060	240.130	165.090
21 04 050	7	LUXOFRACTURA, REDUCCIÓN Y OSTEOSÍNTESIS HOMBRO	3	72.530	49.860	222.970	111.480	289.860	178.370	356.750	245.260
21 04 051	7	RUPTURA MANGUITO ROTADORES, TRAT. QUIR. C/S ACROMIECTOMÍA	3	72.530	49.860	222.970	111.480	289.860	178.370	356.750	245.260
21 04 052	6	TRANSPOSICIONES MUSCULARES	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
HUMERO											
21 04 053	7	AMPUTACIÓN BRAZO	2	70.670	48.580	149.940	74.970	194.920	119.950	239.900	164.930
21 04 054	6	FRACTURA SUPRACONDÍLEA NIÑO; TRACCIÓN ESQUELÉTICA, C/S OSTEOSÍNTESIS Y APARATO DE YESO	2	70.510	48.470	149.580	74.790	194.450	119.660	239.330	164.540
21 04 055	6	OSTEOSÍNTESIS DIAFISIARIA DE HÚMERO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
21 04 056	6	OSTEOSÍNTESIS SUPRA O INTERCONDÍLEA (CUALQUIER TÉCNICA)	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
21 04 057	6	OSTEOTOMÍA HÚMERO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	56.590	38.900	150.080	75.040	195.100	120.060	240.130	165.090

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 058	6	PSEUDOARTROSIS C/S OSTEOSÍNTESIS C/S YESO HÚMERO CODO	2	56.590	38.900	150.080	75.040	195.100	120.060	240.130	165.090
21 04 059	7	ARTROPLASTÍA CON FASCIA CODO	2	68.530	47.110	154.800	77.400	201.240	123.840	247.680	170.280
21 04 060	6	CÚPULA RADIAL, RESECCIÓN	2	53.470	36.760	122.320	61.160	159.020	97.860	195.710	134.550
21 04 061	7	CÚPULA RADIAL, (RESECCIÓN CON IMPLANTE DE PRÓTESIS) ARTROPLASTÍA	2	55.140	37.910	146.180	73.090	190.030	116.940	233.890	160.800
21 04 062	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE CODO, (CUALQUIER TÉCNICA)	3	96.750	66.510	220.370	110.180	286.480	176.290	352.590	242.400
21 04 063	6	EPICONDILITIS, TRAT. QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA)	2	70.670	48.580	143.750	71.870	186.880	115.000	230.000	158.120
21 04 064	5	LUXACIÓN DE CODO, REDUCCIÓN CRUENTA	2	56.590	38.900	159.480	79.740	207.320	127.580	255.170	175.430
21 04 065	6	LUXOFRACTURA DE CODO, REDUCCIÓN CRUENTA C/S RESECCIÓN CÚPULA RADIAL	2	58.750	40.390	156.110	78.050	202.940	124.880	249.780	171.720
21 04 066	6	OSTEOSÍNTESIS EPITROCLEA-EPICÓNDILO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	54.850	37.710	145.460	72.730	189.100	116.370	232.740	160.010
21 04 067	6	OSTEOSÍNTESIS OLÉCRANON U OSTEOSÍNTESIS DE CÚPULA RADIAL (PROC. AUT.) (CUALQUIER TÉCNICA)	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
21 04 068	7	TRASLOCACIÓN NERVIO CUBITAL (PROC. AUT.) ANTEBRAZO	2	66.770	45.900	170.010	85.000	221.010	136.000	272.020	187.010
21 04 069	7	OPERACIÓN DE SALVATAJE RADIO-PROCÚBITO	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
21 04 070	7	AMPUTACIÓN ANTEBRAZO	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
21 04 071	6	EXTIRPACIÓN METÁFISIS DISTAL DEL CÚBITO Y ARTRODESIS RADIOCUBITAL INFERIOR	2	54.850	37.710	145.460	72.730	189.100	116.370	232.740	160.010
21 04 072	6	LUXOFRACTURAS (MONTEGGIA-GALEAZZI), REDUCC. Y OSTEOSÍNTESIS	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
21 04 073	6	OSTEOSÍNTESIS, FRACT.CERRADA CÚBITO Y/O RADIO (CUALQ. TECN.)	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
21 04 074	6	OSTEOTOMÍA UNO O AMBOS HUESOS, C/S OSTEOSÍNTESIS C/S YESO O TRAT. QUIR. ENF. DE KIENBOCK	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
21 04 075	6	PSEUDOARTROSIS CÚBITO Y/O RADIO C/S OSTEOSÍNTESIS C/S YESO	2	54.850	37.710	145.460	72.730	189.100	116.370	232.740	160.010
21 04 076	6	SINOSTOSIS RADIO-CUBITAL, TRAT. QUIR., C/S INJERTO	2	66.770	45.900	141.700	70.850	184.210	113.360	226.720	155.870
21 04 077	6	TRASPLANTES MÚSCULO-TENDINOSOS ANTEBRAZO MUÑECA	3	72.530	49.860	222.970	111.480	289.860	178.370	356.750	245.260

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
(Para Síndrome de Túnel Carpiano, ver cód. 11-03-066)											
21 04 078	6	CONTRACTURA ISQUEM. DE VOLKMANN: DESCENSO MUSCULAR, NEUROLISIS	3	70.670	48.580	217.350	108.670	282.560	173.880	347.760	239.080
21 04 079	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE MUÑECA, (CUALQUIER TÉCNICA)	2	89.150	61.290	203.000	101.500	263.900	162.400	324.800	223.300
21 04 080	5	ESTILOIDES CUBITAL, RADIAL, RESECCIÓN DE.	2	54.850	37.710	125.490	62.740	163.140	100.390	200.780	138.030
21 04 081	5	FRACTURA O PSEUDOARTROSIS ESCAFOIDES, TRAT. QUIR. CUALQ. TÉCN.	2	58.050	39.910	163.600	81.800	212.680	130.880	261.760	179.960
21 04 083	5	LUXACIÓN RADIOPARPIANA, TRAT. QUIR.	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
21 04 084	5	LUXACIÓN SEMILUNAR ,ESCAFOIDEA, REDUCCIÓN Y OSTEOSÍNTESIS SEMICRUENTA O CRUENTA	2	58.750	40.390	156.110	78.050	202.940	124.880	249.780	171.720
21 04 085	6	OSTEOSÍNTESIS RADIO, (CUALQUIER TÉCNICA)	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
21 04 086	6	TENDOVAGINOSIS DE DE QUERVAIN, TRAT. QUIR.	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
MANO											
21 04 087	5	AMPUTACIÓN DEDOS (TRES O MÁS)	2	58.800	40.420	156.050	78.020	202.870	124.840	249.680	171.650
21 04 088	4	AMPUTACIÓN DEDOS (UNO O DOS)	1	58.050	39.910	123.270	61.630	160.250	98.610	197.230	135.590
21 04 089	6	AMPUTACIÓN MANO O DEL PULGAR	2	66.770	45.900	170.010	85.000	221.010	136.000	272.020	187.010
21 04 090	4	AMPUTACIÓN PULPEJOS (PLASTÍA KUTLER O SIMILARES)	2	54.850	37.710	125.490	62.740	163.140	100.390	200.780	138.030
21 04 091	5	CONTRACTURA DUPUYTREN, TRAT. QUIR., CADA TIEMPO	2	58.050	39.910	132.790	66.390	172.630	106.230	212.460	146.060
21 04 092	5	CONTUSIÓN-COMPRESIÓN GRAVE MANO, TRAT. QUIR. INCLUYE INCISIONES LIBERADORAS Y/O FASCIOTOMÍA Y/O ESCARECTOMÍA Y/O INJERTOS PIEL INMEDIATOS Y SÍNTESIS PERCUTÁNEA	2	54.100	37.190	143.810	71.900	186.950	115.040	230.100	158.190
21 04 093	4	DEDOS EN GATILLO, TRAT. QUIR., CUALQUIER NÚMERO	2	56.480	38.830	129.150	64.570	167.900	103.320	206.640	142.060
21 04 094	3	FLEGMÓN MANO, TRAT. QUIR.	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
21 04 095	4	LUXOFRACTURA METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA, TRAT. QUIR.	2	54.850	37.710	145.460	72.730	189.100	116.370	232.740	160.010
21 04 096	6	MANO REUMÁTICA EN RÁFGA: TRASLOCACIONES TENDINOSAS, PLASTÍAS CAPSULARES, TENOTOMIAS, INMOVILIZACIÓN POSTOPERATORIA	2	69.600	47.850	152.430	76.210	198.160	121.940	243.890	167.670
21 04 097	7	MANO REUMÁTICA: IMPLANT. SILASTIC, CUALQ. NÚMERO (PROC. AUT.)	2	68.530	47.110	150.130	75.060	195.170	120.100	240.210	165.140
21 04 098	6	MUTILACIÓN GRAVE MANO, ASEO. QUIR. COMPLETO C/S OSTEOSÍNTESIS, C/S INJERTOS	2	58.050	39.910	151.270	75.630	196.650	121.010	242.030	166.390

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 142	7	AMPUTACIÓN MUSLO	2	70.670	48.580	174.910	87.450	227.380	139.920	279.860	192.400
21 04 143	8	EPIFISIODESIS (FÉMUR Y/O TIBIA)	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
21 04 144	8	OSTEOSÍNTESIS DIAFISIARIA O METAFISIARIA MUSLO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	72.530	49.860	154.600	77.300	200.980	123.680	247.360	170.060
21 04 145	8	OSTEOTOMÍA CORRECTORA MUSLO	2	68.530	47.110	154.800	77.400	201.240	123.840	247.680	170.280
21 04 146	9	OSTEOTOMÍA DE ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO CON OSTEOSÍNTESIS INMEDIATA O DISTRACCIÓN INSTRUMENTAL PROGRESIVA MUSLO	2	94.110	64.700	197.710	98.850	257.020	158.160	316.340	217.480
21 04 147	10	OSTEOTOMÍA EN ROSARIO CON ENCLAVIJAMIENTO CLAVO TELESCÓPICO	3	66.770	45.900	205.400	102.700	267.020	164.320	328.640	225.940
21 04 148	8	PSEUDOARTROSIS, TRAT. QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA) MUSLO	3	76.060	52.290	229.800	114.900	298.740	183.840	367.680	252.780
21 04 149	5	RUPTURA Y/O HERNIA MUSCULAR, TRAT. QUIR. MUSLO	2	56.590	38.900	150.080	75.040	195.100	120.060	240.130	165.090
		RODILLA									
21 04 150	6	ARTROTOMÍA POR CUERPOS LIBRES, OSTEOCONDITIS RODILLA (PROC. AUT)	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
21 04 151	10	DESARTICULACIÓN RODILLA	2	68.530	47.110	154.800	77.400	201.240	123.840	247.680	170.280
21 04 152	6	DISFUNCIÓN PATELO-FEMORAL, REALINEAMIENTO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	68.720	47.240	174.950	87.470	227.440	139.960	279.920	192.440
21 04 153	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE RODILLA, (CUALQUIER TÉCNICA)	3	133.730	91.940	387.070	193.530	503.190	309.650	619.310	425.770
21 04 204	10	RECAMBIO PRÓTESIS DE RODILLA. INCLUYE PRÓTESIS	3	141.540	97.310	1.291.670	645.830	1.679.170	1.033.330	2.066.670	1.420.830
21 04 154	6	FRACTURA RÓTULA: OSTEOSÍNTESIS O PATELECTOMÍA PARC. O TOTAL	2	56.480	38.830	149.700	74.850	194.610	119.760	239.520	164.670
21 04 155	7	FRACTURAS CONDÍLEAS O DE PLATILLOS TIBIALES, REDUCCIÓN, OSTEOSÍNTESIS (CUALQUIER TÉCNICA)	2	72.530	49.860	167.530	83.760	217.790	134.020	268.050	184.280
21 04 156	7	INESTABILIDAD CRÓNICA DE RODILLA, RECONSTRUCCIÓN CÁPSULOLIGAMENTOSA (CUALQUIER TÉCNICA)	3	96.750	66.510	237.470	118.730	308.710	189.970	379.950	261.210
21 04 157	6	LUXACIÓN O ROTURA LIGAMENTOS, TRAT. QUIR. CÁPSULO-LIGAMENTOSO	2	55.520	38.170	147.520	73.760	191.780	118.020	236.030	162.270
21 04 158	6	MENISCECTOMÍA QUIRÚRGICA, INTERNA Y/O EXTERNA	2	55.520	38.170	147.520	73.760	191.780	118.020	236.030	162.270
21 04 159	6	MENISCECTOMÍA U OTRAS INTERVENCIONES POR VÍA ARTROSCÓPICA (INCLUYE ARROSCOPÍA DIAGNÓSTICA)	2	96.750	66.510	237.470	118.730	308.710	189.970	379.950	261.210
21 04 160	4	QUISTE POPLÍTEO, TRAT. QUIR.	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
21 04 161	6	RECONSTRUCCIÓN APARATO EXTENSOR DE RODILLA	2	58.750	40.390	156.110	78.050	202.940	124.880	249.780	171.720
21 04 162	6	REPARACIÓN QUIRÚRGICA LIGAMENTOS COLATERALES Y/O CRUZADOS DE RODILLA	3	70.510	48.470	216.840	108.420	281.890	173.470	346.940	238.520

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 163	6	TRASLOCACIONES MÚSCULO-TENDINOSAS EN RODILLA PARALÍTICA O ESPÁSTICA PIERNA	3	66.770	45.900	205.400	102.700	267.020	164.320	328.640	225.940
21 04 164	8	AMPUTACIÓN PIERNA	2	70.670	48.580	154.880	77.440	201.340	123.900	247.810	170.370
21 04 165	8	COLGAJO CRUZADO DE PIERNA, TRAT. QUIR. COMPLETO	2	89.150	61.290	187.290	93.640	243.480	149.830	299.660	206.010
21 04 166	5	FASCIOTOMÍA POR SÍNDROME COMPARTAMENTAL	2	55.140	37.910	146.180	73.090	190.030	116.940	233.890	160.800
21 04 167	6	OSTEOSÍNTESIS TIBIO-PERONÉ (CUALQUIER TÉCNICA)	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
21 04 168	6	OSTEOTOMÍA CORRECTORA DE EJES (CUALQUIER TÉCNICA) PIERNA	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
21 04 169	9	OSTEOTOMÍA DE ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO CON OSTEOSÍNTESIS INMEDIATA O DISTRACCIÓN INSTRUMENTAL PROGRESIVA PIERNA	2	96.750	66.510	203.300	101.650	264.290	162.640	325.280	223.630
21 04 170	5	OSTEOTOMÍA DEL PERONÉ	2	53.470	36.760	122.320	61.160	159.020	97.860	195.710	134.550
21 04 171	7	PERONÉ PROTIBIA	2	66.770	45.900	146.350	73.170	190.260	117.080	234.160	160.980
21 04 172	6	PSEUDOARTROSIS, C/S OSTEOSÍNTESIS (CUALQUIER TÉCNICA) PIERNA TOBILLO	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
21 04 173	9	DESARTICULACIÓN TOBILLO	2	65.090	44.750	138.040	69.020	179.450	110.430	220.860	151.840
21 04 174	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL TOBILLO, (CUALQUIER TÉCNICA)	2	102.130	70.210	234.810	117.400	305.250	187.840	375.700	258.290
21 04 175	6	ESGUINCE GRAVE DE TOBILLO, TRAT. QUIR. CÁPSULO-LIGAMENTOSO	2	58.050	39.910	153.950	76.970	200.140	123.160	246.320	169.340
21 04 176	7	FRACTURA ASTRÁGALO Y/O CALCÁNEO, OSTEOSÍNTESIS (CUALQ. TÉCN.)	2	72.530	49.860	153.810	76.900	199.950	123.040	246.100	169.190
21 04 177	5	HUESOS SUPERNUMERARIOS, EXTIRPACIÓN, UNO O MÁS, UNILATERAL	2	54.850	37.710	145.460	72.730	189.100	116.370	232.740	160.010
21 04 178	6	LUXACIÓN TIBIO-ASTRÁG.-CALCÁN., REDUCC. CRUENTA Y OSTEOSÍNT.	2	57.260	39.360	152.170	76.080	197.820	121.730	243.470	167.380
21 04 179	7	LUXOFRACTURA TOBILLO, CUALQUIER TIPO, OSTEOSÍNTESIS Y REPARACIÓN CÁPSULO-LIGAMENTOSA	2	72.530	49.860	184.550	92.270	239.920	147.640	295.280	203.000
21 04 180	7	OSTEOPLASTÍA TIBIO-CALCÁNEA	2	68.720	47.240	145.820	72.910	189.570	116.660	233.310	160.400
21 04 181	6	RUPTURA TENDÓN DE AQUILES O TIBIAL POSTERIOR, TENORRAFIA PRIMARIA Y/O TRANSPOSICIONES TENDINOSAS	2	68.530	47.110	145.360	72.680	188.970	116.290	232.580	159.900
21 04 182	6	RUPTURA TIBIAL ANTERIOR U OTROS, TENORRAFIA	2	56.480	38.830	149.700	74.850	194.610	119.760	239.520	164.670
21 04 183	5	TENORRAFIA EXTENSORES O TENOTOMÍA DE ALARGAMIENTO DE TENDÓN DE AQUILES	2	58.750	40.390	156.110	78.050	202.940	124.880	249.780	171.720

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 184	6	TRASLOCACIÓN TENDINOSA TOBILLO PIE	2	58.750	40.390	156.110	78.050	202.940	124.880	249.780	171.720
21 04 185	7	AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA	2	68.720	47.240	145.820	72.910	189.570	116.660	233.310	160.400
21 04 186	6	ASTRÁGALO VERTICAL, TRAT. QUIR.	2	70.670	48.580	159.710	79.850	207.620	127.760	255.540	175.680
21 04 187	5	ESPOLÓN CALCÁNEO, TRAT. QUIR.	2	53.470	36.760	122.320	61.160	159.020	97.860	195.710	134.550
21 04 188	5	EXOSTOSIS 5º METATARSIANO, ('JUANETILLO') TRAT. QUIR.	2	58.050	39.910	132.790	66.390	172.630	106.230	212.460	146.060
21 04 189	5	FASCIOTOMÍA PLANTAR (PROC. AUT.)	2	53.470	36.760	141.780	70.890	184.310	113.420	226.850	155.960
21 04 190	5	HALLUX VALGUS O RÍGIDUS, TRAT. QUIR. COMPLETO (CUALQUIER TÉC.)	2	58.750	40.390	156.110	78.050	202.940	124.880	249.780	171.720
21 04 191	6	LUXACIONES, LUXOFRACTURAS, FRACTURAS, REDUCCIÓN CRUENTA PIE	2	57.100	39.250	151.820	75.910	197.370	121.460	242.910	167.000
21 04 192	6	MAL PERFORANTE PLANTAR, TRAT. QUIR.	2	55.660	38.260	147.980	73.990	192.370	118.380	236.770	162.780
21 04 193	5	NEUROMA DE MORTON, TRAT. QUIR.	2	56.480	38.830	129.150	64.570	167.900	103.320	206.640	142.060
21 04 194	5	ORTEJOS EN GARRA, TRAT. QUIR., CUALQ. NÚMERO (CUALQ. TÉCNICA)	2	58.050	39.910	132.790	66.390	172.630	106.230	212.460	146.060
21 04 195	5	ORTEJOS, AMPUTACIÓN, UNO O MÁS, UNILATERAL	2	55.040	37.840	125.900	62.950	163.670	100.720	201.440	138.490
21 04 196	6	PIE BOT U OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS, TRAT. QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA)	2	68.530	47.110	154.800	77.400	201.240	123.840	247.680	170.280
21 04 197	5	PIE CAVO, TRAT. QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA)	2	54.100	37.190	143.810	71.900	186.950	115.040	230.100	158.190
21 04 198	5	PIE PLANO, TRAT. QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA)	2	55.520	38.170	147.520	73.760	191.780	118.020	236.030	162.270
21 04 199	6	PIE REUMATOIDEO, TRAT. QUIR. COMPLETO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	67.870	46.660	148.610	74.300	193.190	118.880	237.780	163.470
21 04 200	5	SESAMOÍDEOS, EXTIRPACIÓN DE UNO O MÁS, UNILATERAL	2	54.850	37.710	139.770	69.880	181.700	111.810	223.630	153.740
21 04 201	5	TENORRAFIA EXTENSORES PIE	2	54.850	37.710	145.460	72.730	189.100	116.370	232.740	160.010
21 04 202	6	TRASPLANTES TENDINOSOS PIE (CUALQUIER TÉCNICA)	2	58.750	40.390	156.110	78.050	202.940	124.880	249.780	171.720

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

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
(La colocación de valva de yeso, corresponderá al 50 % del valor del respectivo procedimiento de inmovilización)											
21 05 001	2	CALZÓN CORTO DE YESO	1			22.360	11.180	29.070	17.890	35.780	24.600
21 05 004	2	RODILLERA, BOTA LARGA O CORTA DE YESO	1			17.870	8.930	23.230	14.290	28.590	19.650
21 05 005	1	VELPEAU	1			17.870	8.930	23.230	14.290	28.590	19.650
21 05 006	2	YESO ANTEBRAQUIAL C/S FÉRULA DIGITAL	1			17.870	8.930	23.230	14.290	28.590	19.650
21 05 007	2	YESO BRAQUICARPIANO	1			17.870	8.930	23.230	14.290	28.590	19.650
21 05 008	2	YESO PELVIPEDIO BILATERAL	1			43.130	21.560	56.070	34.500	69.010	47.440
21 05 009	2	YESO PELVIPEDIO UNILATERAL	1			33.970	16.980	44.160	27.170	54.350	37.360
21 05 010	2	YESO TORACOBRAQUIAL	1			31.290	15.640	40.680	25.030	50.060	34.410
Corsets											
21 05 011	2	CORSETS DE MILWAUKEE O SIMILARES (INCLUYE LA TOMA DE MOLDE)	1			36.790	18.390	47.830	29.430	58.860	40.460
RETIRO DE ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS											
21 06 001	9	** RETIRO DE ENDOPRÓTESIS U OSTEOSÍNTESIS INTERNAS ARTICULARES O DE COLUMNAS VERTEBRALES	2	70.670	48.580	149.940	74.970	194.920	119.950	239.900	164.930
21 06 002	5	** RETIRO DE PLACAS RECTAS O ANGULADAS	2			153.780	76.890	199.910	123.020	246.050	169.160
21 06 003	5	RETIRO DE TORNILLOS, CLAVOS, AGUJAS DE OSTEOSÍNTESIS O SIMILARES	1			58.410	29.200	75.930	46.720	93.460	64.250
** Estas prestaciones se autorizan a cirujanos dentistas especialistas en cirugía bucal y maxilofacial											
PROCEDIMIENTOS ORTOPEDICOS											
Además anestesia cód. 22-01-001 si corresponde											
1. LUXACIONES											
Comprende maniobras de reducción,c/s tracción esquelética (transesquelética o craneal) provisoria o definitiva y colocación de yeso. Los cambios posteriores se cobrarán de acuerdo al valor del procedimiento de inmovilización con yeso respectivo.											
21 07 001	3	LUXACIONES DE ARTICULACIONES MEDIANAS (HOMBRO, CODO, RODILLA, TOBILLO, MUÑECA, TARSO Y ESTERNOCLAVICULAR)	1			67.900	33.950	88.270	54.320	108.640	74.690
21 07 002	4	LUXACIONES DE ARTICULACIONES MAYORES (COLUMNAS, CADERA, PELVIS)	1			88.580	44.290	115.150	70.860	141.730	97.440

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 07 003	3	** LUXACIONES DE ARTICULACIONES MENORES (EL RESTO)	1			30.740	15.370	39.960	24.590	49.180	33.810
2.- FRACTURAS CON O SIN LUXACION											
Comprende fracturas desplazadas o anguladas, fracturas en tallo verde anguladas y fracturas o disyunciones desplazadas; incluye maniobras de reducción (c/s tracción tránsesquelética o craneal) provisoria o definitiva y colocación de yeso.											
En caso de fracturas de 2 huesos del mismo segmento anatómico, se cancelará el 100% de la prestación de mayor valor más el 50% de la segunda.											
Los cambios posteriores, las fracturas no desplazadas y la inmovilización provisoria de urgencia se cobrarán de acuerdo al valor del procedimiento de inmovilización con yeso respectivo.											
21 07 004	4	FRACTURAS MAYORES (COLUMNIA, PELVIS, SUPRACONDÍLEA, CODO, EPÍFISIS FEMORALES)	1			120.530	60.260	156.690	96.420	192.850	132.580
21 07 005	3	FRACTURAS MEDIANAS (DIÁFISIS HUMERAL, RADIAL, CUBITAL, DIÁFISIS FEMORAL, TIBIAL, PERONEAL, CLAVICULAR, PLATILLOS TIBIALES)	1			99.660	49.830	129.560	79.730	159.460	109.630
21 07 006	3	FRACTURAS MENORES (EL RESTO)	1			48.540	24.270	63.100	38.830	77.660	53.390
Tratamiento funcional con técnica de Sarmiento y similares											
MALFORMACIONES CONGENITAS											
Comprende el tratamiento ortopédico con los cambios de yesos o el ajuste y control del aparataje empleado											
21 07 010	4	PIE BOT, UNILATERAL, HASTA 10 CAMBIOS DE YESO	1			79.810	39.900	103.750	63.840	127.700	87.790

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3		
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	
GRUPO : 22								
ANESTESIA								
La prestación 'ANESTESIA' incluye:								
A) 'ACTOS PREANESTESICOS': Examen clínico del paciente, indicación de exámenes o exploraciones y prescripción de medicamentos.								
B) 'ACTOS ANESTESICOS PROPIAMENTE TALES': Administración de anestésicos generales y/o locales en bloqueos regionales; control de signos vitales; intubación laringo-tráqueal; inyección de drogas coadyuvantes, fleboclisis y/o transfusiones de sangre y/u hemoderivados y/u otros cuando corresponda. Además prevención y tratamiento complicaciones durante el acto mismo.								
C) 'ACTOS POSTANESTESICOS': Control de la normalización del despertar del enfermo hasta la reversión total de los efectos de la anestesia administrada o hasta por 12 horas o hasta la instalación del paciente en una unidad de tratamiento intensivo o similares.								
22 01 001	ANESTESIA GENERAL O REGIONAL OTORGADA POR MÉDICO DIFERENTE AL PRIMER CIRUJANO (EN INTERVENCIONES O PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS O TERAPÉUTICOS)	38.470	19.230	50.010	30.770	61.550	42.310	
22 01 002	ANESTESIA PERIDURAL CONTINUA, PROC. AUT.	46.320	23.160	60.220	37.060	74.110	50.950	
Anestesia regional o local infiltrativa administrada por el primer cirujano, 10% del valor de sus honorarios.								
Nota importante:								
En cualquier procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico que no tenga anestesia especificada, podrá utilizarse Anestesia cód. 22-01-001 y para su cobro deberá justificarse y efectuarse siempre programa.								
GRUPO : 23								
PROTESIS, ORTESIS Y DISPOSITIVOS MEDICOS								
CABEZA Y CUELLO								
23 01 001	ENMASCARADOR DE TINNITUS	131.780	65.890					
23 01 002	ORTESIS CERVICALES (COLLARES BLANDOS Y DUROS)	14.670	7.330					
23 01 003	PRÓTESIS DE OREJA, NARIZ, C/U	75.450	37.720					
23 01 004	PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE MAXILAR SUPERIOR O MAXILAR INFERIOR, C/U	104.360	52.180					
23 01 005	PRÓTESIS OCULAR (NO INCLUYE LENTES INTRAOCULARES)	135.260	67.630					

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
23 01 006	PRÓTESIS PARA CRANEOPLASTIA	75.450	37.720				
23 01 007	VÁLVULAS DERIVATIVAS L.C.R C/S MECANISMO DE REGULACIÓN	220.720	110.360				
23 01 069	PRÓTESIS CÁNULA PARA TRAQUEOTOMÍA	14.290	7.140				
23 01 070	PRÓTESIS PARA LARINGECTOMÍA	27.070	13.530				
23 01 080	LENTE INTRAOCULAR.	133.760	66.880				
23 01 071	LENTES ÓPTICOS O DE CONTACTO(SÓLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS)	25.280	12.640				
23 01 081	AUDÍFONOS (SÓLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS)	189.340	94.670				
	TORAX Y ABDOMEN						
23 01 008	BRAGUERO (HERNIA UMBILICAL O INGUINAL)	8.420	4.210				
23 01 010	CABLES ELECTRODOS	41.940	20.970				
23 01 011	FAJA ORTOPÉDICA (CONTENCIÓN DE ABDOMEN O COLUMNA DORSOLUMBAR)	13.510	6.750				
23 01 012	MARCAPASO	691.880	345.940				
23 01 013	PRÓTESIS ABDOMINAL (ENDOPRÓTESIS EVENTRACIÓN O HERNIA)	27.070	13.530				
23 01 014	PRÓTESIS MAMARIA C/U (ENDOPRÓTESIS)	96.590	48.290				
23 01 015	PRÓTESIS TESTICULAR O PENEAL, C/U	41.940	20.970				
23 01 016	PRÓTESIS ARTERIALES, O VASCULARES, STENT (ENDOPRÓTESIS)	113.290	56.640				
23 01 017	VÁLVULA AÓRTICA	429.190	214.590				
23 01 018	VÁLVULA MITRAL	510.970	255.480				
23 01 019	VÁLVULA TRICÚSPIDE	429.190	214.590				
23 01 073	DISPOSITIVO PARA MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA	52.090	26.040				
23 01 074	SENSOR (PARA MONITOREO DE GLUCOSA)	33.850	16.920				
23 01 075	DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO HORMONAL (EXCLUYE T DE COBRE)	46.890	23.440				
	EXTREMIDADES						

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
23 01 020	ORTESIS MUSLO-PIE O ISQUIOPEDIO	47.560	23.780				
23 01 021	ARNÉS DE PRÓTESIS (EXTREMIDAD SUPERIOR)	7.170	3.580				
23 01 022	BASTÓN CANADIENSE O TRÍPODE, C/U	13.860	6.930				
23 01 023	CAVIDAD PARA AMPUTADO DE MUSLO	29.380	14.690				
23 01 024	RODILLERA	3.960	1.980				
23 01 025	CASQUETE DE GOMA O SIMILAR	11.920	5.960				
23 01 026	CINTURÓN PARA PRÓTESIS	9.610	4.800				
23 01 027	CINTURÓN PÉLVICO DOBLE	55.460	27.730				
23 01 028	CLAVOS USO DISTAL O PROXIMAL (POR UNIDAD); PERNOS (POR UNIDAD)	11.380	5.690				
23 01 029	COJÍN DE ABDUCCIÓN O PAULIK	7.170	3.580				
23 01 030	CORREA DE ORTESIS	6.280	3.140				
23 01 031	CORREA DE MULEY (PRÓTESIS BAJO RODILLA)	6.990	3.490				
23 01 032	ORTESIS DE COLUMNA (MILWAUKEE, TAYLOR O SIMILARES)	90.770	45.380				
23 01 033	ORTESIS LUMBOSACRA (CORSET DE KNIGHT)	34.830	17.410				
23 01 034	ORTESIS PALMAR ACTIVA (UCLA)	10.480	5.240				
23 01 035	ORTESIS RADIAL DE POSICIÓN	10.740	5.370				
23 01 036	ORTESIS CORTA DE POSICIÓN (DIGITALES) C/U	6.740	3.370				
23 01 037	ORTESIS DE USO NOCTURNO DE MIEMBRO INFERIOR	19.820	9.910				
23 01 038	ORTESIS LARGA DE POSICIÓN (EXTREMIDAD SUPERIOR)	9.720	4.860				
23 01 039	INSTRUMENTAL PARA FIJACIÓN DE COLUMNA (HARRINGTON O SIMILARES)	58.690	29.340				
23 01 040	MULETAS (PAR)	11.920	5.960				
23 01 041	ORTESIS LARGA BILATERAL CON CINTURÓN PÉLVICO (EXTREMIDADES INFERIORES)	104.990	52.490				
23 01 042	ORTESIS LARGA UNILATERAL (EXTREMIDAD INFERIOR)	75.450	37.720				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
23 01 043	ORTESIS MANO-MUÑECA PASIVA	4.060	2.030				
23 01 044	ORTESIS PARA RODILLA	30.950	15.470				
23 01 045	ORTESIS TOBILLO-PIE	39.630	19.810				
23 01 046	P.T.B. O P.T.S.	270.370	135.180				
23 01 047	PIE PROTÉSICO	34.830	17.410				
23 01 048	PILÓN REDUCCIÓN MUSLO	108.140	54.070				
23 01 049	PILÓN REDUCCIÓN PIerna	38.630	19.310				
23 01 050	PLACAS DE COMPRESIÓN BLOQUEANTE O DE FIJACIÓN (POR UNIDAD); CABLES PARA PLACAS Y TORNILLOS	7.590	3.790				
23 01 051	PRÓTESIS BAJO CODA CON GANCHO, MANO Y GUANTE	231.780	115.890				
23 01 052	PRÓTESIS BAJO RODILLA, CON CORSELETE	198.090	99.040				
23 01 053	PRÓTESIS DE CODA	147.170	73.580				
23 01 054	PRÓTESIS DE MANO	204.360	102.180				
23 01 055	PRÓTESIS DE RODILLA	293.490	146.740				
23 01 056	PRÓTESIS DESARTICULADO RODILLA	193.110	96.550				
23 01 057	PRÓTESIS DESARTICULADO DE CADERA CON BLOQUEO	386.260	193.130				
23 01 058	PRÓTESIS DESARTICULADO DE CODA CON GANCHO, MANO Y GUANTE	309.060	154.530				
23 01 059	PRÓTESIS DESARTICULADO DE HOMBRO CON GANCHO, MANO Y GUANTE	327.060	163.530				
23 01 060	PRÓTESIS PARCIAL DE CADERAS	62.870	31.430				
23 01 061	PRÓTESIS PARA AMPUTACIÓN PARCIAL DE PIE (CHOPART - PIROGOFF- LISFRANC Y RICARD)	193.110	96.550				
23 01 062	PRÓTESIS SOBRE RODILLA C/S BLOQUEO	198.090	99.040				
23 01 063	PRÓTESIS SOBRE RODILLA CON RODILLA DE SEGURIDAD	262.500	131.250				
23 01 064	PRÓTESIS TIPO SYME	110.420	55.210				
23 01 065	PRÓTESIS TOTAL DE CADERAS	104.860	52.430				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
23 01 072	PLANTILLAS ORTOPÉDICAS (PAR)	12.650	6.320				
23 01 067	TALONERA GOMA (PAR)	19.330	9.660				
23 01 068	TORNILLOS (POR UNIDAD)	2.140	1.070				
23 01 076	DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO SUBDÉRMICO HORMONAL	46.890	23.440				
	GRUPO : 24						
	TRASLADOS						
	I.- TRASLADOS INTERURBANOS EN BUS, TREN U OTRO MEDIO DE LOCOMOCION PUBLICA SIMILAR						
24 01 001	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA ANTOFAGASTA O VICEVERSA	3.870	1.930				
24 01 002	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	5.780	2.890				
24 01 003	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	8.090	4.040				
24 01 004	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	8.570	4.280				
24 01 005	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	3.870	1.930				
24 01 006	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	5.780	2.890				
24 01 007	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	5.780	2.890				
24 01 008	TRASLADO DESDE III REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	1.960	980				
24 01 009	TRASLADO DESDE III REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	3.870	1.930				
24 01 010	TRASLADO DESDE IV REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	2.830	1.410				
24 01 011	TRASLADO DESDE IV REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	2.690	1.340				
24 01 012	TRASLADO DESDE IX REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	1.960	980				
24 01 013	TRASLADO DESDE IX REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	3.870	1.930				
24 01 014	TRASLADO DESDE V REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	930	460				
24 01 015	TRASLADO DESDE VI REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	930	460				
24 01 016	TRASLADO DESDE VI REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	930	460				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
24 01 017	TRASLADO DESDE VII REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	1.520	760				
24 01 018	TRASLADO DESDE VII REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	1.750	870				
24 01 019	TRASLADO DESDE VIII REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	3.490	1.740				
24 01 020	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	2.690	1.340				
24 01 021	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	5.780	2.890				
24 01 022	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA TEMUCO O VICEVERSA	1.960	980				
24 01 023	TRASLADOS INTERURBANOS DENTRO DE UNA MISMA REGIÓN	980	490				
	II- TRASLADOS URBANOS E INTERURBANOS EN AMBULANCIA						
24 01 024	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA ANTOFAGASTA O VICEVERSA	19.330	9.660				
24 01 025	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	17.380	8.690				
24 01 026	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	27.070	13.530				
24 01 027	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	27.070	13.530				
24 01 028	TRASLADO DESDE III REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	13.510	6.750				
24 01 029	TRASLADO DESDE III REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	19.330	9.660				
24 01 030	TRASLADO DESDE IV REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	14.290	7.140				
24 01 031	TRASLADO DESDE IV REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	13.510	6.750				
24 01 032	TRASLADO DESDE IX REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	10.170	5.080				
24 01 033	TRASLADO DESDE IX REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	17.380	8.690				
24 01 034	TRASLADO DESDE V REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	7.400	3.700				
24 01 035	TRASLADO DESDE VI REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	6.990	3.490				
24 01 036	TRASLADO DESDE VII REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	8.220	4.110				
24 01 037	TRASLADO DESDE VII REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	7.760	3.880				
24 01 038	TRASLADO DESDE VIII REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	13.510	6.750				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
24 01 039	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	11.620	5.810				
24 01 040	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	27.070	13.530				
24 01 041	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA TEMUCO O VICEVERSA	7.760	3.880				
24 01 042	TRASLADO INTERURBANO DENTRO DE UNA MISMA REGIÓN	6.280	3.140				
24 01 061	RESCATE SIMPLE Y/O TRASLADO	5.510	2.750				
24 01 062	RESCATE PROFESIONALIZADO Y/O TRASLADO PACIENTE COMPLEJO	7.550	3.770				
24 01 063	RESCATE MEDICALIZADO Y/O TRASLADO PACIENTE CRÍTICO	9.970	4.980				
	III- TRASLADOS EN AVION						
24 01 043	TRASLADO DENTRO DE LA XI Y XII REGIÓN	13.510	6.750				
24 01 044	TRASLADO DESDE ISLA DE PASCUA A SANTIAGO O VICEVERSA	23.180	11.590				
24 01 045	TRASLADOS DESDE I REGIÓN A ANTOFAGASTA O VICEVERSA	13.510	6.750				
24 01 046	TRASLADOS DESDE I REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	36.860	18.430				
24 01 047	TRASLADOS DESDE II REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	27.070	13.530				
24 01 048	TRASLADOS DESDE III REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	19.330	9.660				
24 01 049	TRASLADOS DESDE IV REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	18.420	9.210				
24 01 050	TRASLADOS DESDE IX REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	20.440	10.220				
24 01 051	TRASLADOS DESDE VIII REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	17.380	8.690				
24 01 052	TRASLADOS DESDE X REGIÓN A CONCEPCIÓN O VICEVERSA	17.380	8.690				
24 01 053	TRASLADOS DESDE X REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	27.070	13.530				
24 01 054	TRASLADOS DESDE XI REGIÓN A CONCEPCIÓN O VICEVERSA	23.180	11.590				
24 01 055	TRASLADOS DESDE XI REGIÓN A PUERTO MONTT O VICEVERSA	13.860	6.930				
24 01 056	TRASLADOS DESDE XI REGIÓN A PUNTA ARENAS O VICEVERSA	13.510	6.750				
24 01 057	TRASLADOS DESDE XI REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	34.830	17.410				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
24 01 058	TRASLADOS DESDE XII REGIÓN A CONCEPCIÓN O VICEVERSA	27.070	13.530				
24 01 059	TRASLADOS DESDE XII REGIÓN A PUERTO MONTT O VICEVERSA	17.380	8.690				
24 01 060	TRASLADOS DESDE XII REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	40.890	20.440				
	IV.- TRASLADOS EN HELICOPTERO						
24 01 070	TRASLADOS EN HELICÓPTERO	20.160	10.080				
	GRUPO : 25						
	PAGO ASOCIADO A DIAGNOSTICO (PAD)						
25 01 001	COLELITIASIS	1.844.040	922.020				
25 01 002	APENDICITIS	1.183.770	739.860				
25 01 003	PERITONITIS	1.492.040	895.220				
25 01 004	HERNIA ABDOMINAL SIMPLE	890.120	445.060				
25 01 005	HERNIA ABDOMINAL COMPLICADA	1.385.390	692.690				
25 01 009	PARTO (INCLUYE TAMIZAJE AUDITIVO RECIÉN NACIDO)	1.407.810	351.950				
25 01 010	EMBARAZO ECTÓPICO	866.690	433.340				
25 01 014	ENFERMEDAD CRÓNICA DE LAS AMÍGDALAS	687.160	343.580				
25 01 015	VEGETACIONES ADENOÏDES	590.320	295.160				
25 01 016	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	1.432.930	716.460				
25 01 017	FIMOSIS	593.920	296.960				
25 01 018	CRIPTORQUIDIA	959.830	479.910				
25 01 019	MANEJO DE LA ICTERICIA DEL RECIÉN NACIDO	171.200	102.720				
25 01 021	CATARATAS (NO INCLUYE LENTE INTRAOCULAR)	1.101.530	550.760				
25 01 026	PROLAPSO VAGINAL ANTERIOR Y/O POSTERIOR	1.360.300	680.150				
25 01 027	TUMORES Y/O QUISTES INTRACRANEANOS	4.291.410	3.518.960				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
25 01 030	HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO (CERVICAL, DORSAL, LUMBAR)	2.242.830	1.121.410				
25 01 067	REPARACIÓN PRENATAL DE ESPINA BÍFIDA	8.907.990	4.453.990				
25 01 031	ACCESO VASCULAR SIMPLE (MEDIANTE FAV) PARA HEMODIÁLISIS	628.540	314.270				
25 01 032	ACCESO VASCULAR COMPLEJO (MEDIANTE FAV) PARA HEMODIÁLISIS	942.800	471.400				
25 01 033	QUERATECTOMIA FOTORREFRACTIVA O QUERATOMILEUSIS FOTORREFRACTIVA (LASIK O PRK)	1.044.430	522.210				
25 01 034	HISTERECTOMÍA	1.525.700	762.850				
25 01 035	MENISECTOMÍA	1.387.120	693.560				
25 01 036	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	1.502.330	751.160				
25 01 037	SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO	1.035.780	517.890				
25 01 237	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO (TÉCNICA WALANT)	644.950	322.470				
25 01 038	RUPTURA MANGUITO ROTADOR	3.673.450	1.836.720				
25 01 039	OSTEOSÍNTESIS TIBIO-PERONÉ	2.678.730	1.339.360				
25 01 040	OSTEOSÍNTESIS MUSLO	3.451.180	1.725.590				
25 01 041	OSTEOSÍNTESIS CÚBITO Y/O RADIO	1.849.240	924.620				
25 01 042	OSTEOSÍNTESIS DIAFISIARIA HUMERO	2.173.400	1.086.700				
25 01 043	INESTABILIDAD DE HOMBRO	4.126.340	2.063.170				
25 01 044	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE HOMBRO	4.509.190	2.254.590				
25 01 045	CONTRACTURA DUPUYTREN	1.016.280	508.140				
25 01 046	HALLUX VALGUS	1.201.680	600.840				
25 01 047	INESTABILIDAD DE RODILLA	3.642.750	1.821.370				
25 01 048	DEDOS EN GATILLO	653.410	326.700				
25 01 248	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEDOS EN GATILLO (TÉCNICA WALANT)	475.750	237.870				
25 01 049	TUMORES O QUISTES TENDINO-MUSCULARES	1.021.820	510.910				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
25 01 050	QUISTES SINOVIALES	508.930	254.460				
25 01 054	LUXOFRACTURA CERRADA DE TOBILLO CON OSTEOSÍNTESIS	3.435.440	1.717.720				
25 01 055	FRACTURA DE CLAVÍCULA CON OSTEOSÍNTESIS	2.057.710	1.028.850				
25 01 056	RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE MAYOR COMPLEJIDAD	1.985.050	992.520				
25 01 057	RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE MENOR COMPLEJIDAD	1.108.790	554.390				
25 01 051	TIROIDECTOMÍA TOTAL	1.723.310	861.650				
25 01 052	TIROIDECTOMÍA SUBTOTAL	1.330.280	665.140				
25 01 053	HIDROCELE Y/O HEMATOCELE	712.590	356.290				
25 01 058	CIRUGÍA BARIÁTRICA POR BY PASS GÁSTRICO, INCLUYE SEGUIMIENTO	4.993.380	2.496.690				
25 01 059	CIRUGÍA BARIÁTRICA POR MANGA GÁSTRICA, INCLUYE SEGUIMIENTO	4.667.700	2.333.850				
25 01 060	PROLAPSO RECTAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VÍA ABDOMINAL	1.876.750	938.370				
25 01 061	PROLAPSO RECTAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VÍA RECTAL	1.020.700	510.350				
25 01 062	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA	2.250.410	1.125.200				
25 01 063	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ESTRABISMO MAYORES DE 9 AÑOS	1.009.490	504.740				
25 01 064	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO OTITIS SEROSA MUCOSITIS TIMPÁNICA MIXIOSIS TIMPÁNICA	729.640	364.820				
25 01 065	IMPLANTACIÓN DE ESTIMULADOR CEREBRAL PROFUNDO PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (INCLUYE EL DISPOSITIVO)	31.133.520	15.566.760				
25 02 002	HEMORROIDES	584.410	292.200				
25 02 003	VÁRICES	775.370	387.680				
25 02 004	VARICOCELE	804.270	402.130				
25 02 005	CHALAZIÓN	211.100	105.550				
25 02 006	GLAUCOMA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	872.690	436.340				
25 02 007	PTERIGIÓN	395.890	197.940				
25 02 008	ESTUDIO APNEA DEL SUEÑO	370.930	185.460				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
25 02 009	TRATAMIENTO FERTILIZACIÓN ASISTIDA BAJA COMPLEJIDAD EN HOMBRE	98.280	58.970				
25 02 010	TRATAMIENTO FERTILIZACIÓN ASISTIDA BAJA COMPLEJIDAD EN MUJER	330.870	198.520				
25 02 011	INDUCCIÓN DE LA OVULACIÓN	2.116.570	1.058.280				
25 02 012	ASPIRACIÓN FOLICULAR	472.090	236.040				
25 02 013	LABORATORIO FIV/ICSI	640.630	320.310				
25 02 014	TRANSFERENCIA EN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD	269.720	134.860				
25 02 015	SOPORTE POST TRANSFERENCIA EN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD	88.550	44.270				
25 02 016	CRIOPRESERVACIÓN EN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD	153.700	76.850				
25 02 017	PREPARACIÓN ENDOMETRIAL	340.370	170.180				
25 02 018	DESCONGELACIÓN EN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD	206.030	103.010				
25 02 020	CLÍNICA DE LACTANCIA (0 A 6 MESES DE EDAD)	50.210	25.100				
25 02 021	MANEJO DE LA MAL NUTRICIÓN INFANTIL (7 A 72 MESES DE EDAD)	54.350	27.170				
25 02 022	VASECTOMÍA	838.760	419.380				
25 02 024	CROSSLINKING CORNEAL	1.533.120	766.560				
25 02 025	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA COMPLEMENTARIA PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA HASTA LOS 18 AÑOS	109.560	54.780				
25 02 026	TRATAMIENTO PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA HASTA LOS 5 AÑOS	68.610	34.300				
25 02 027	TRATAMIENTO PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA DE 6 A 12 AÑOS	69.280	34.640				
25 02 028	TRATAMIENTO PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA DE 13 HASTA 18 AÑOS	66.190	33.090				
25 02 029	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA BAJA COMPLEJIDAD	99.570	49.780				
25 02 030	TEST DE LEVODOPA	867.070	433.530				
25 03 001	DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y OBTURACIÓN PARA UN DIENTE	97.180	58.310				
25 03 002	OBTURACIÓN 2 HASTA 4 DIENTES (TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO)	91.220	54.730				
25 03 003	OBTURACIÓN 5 Y MÁS DIENTES (TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO)	136.830	82.100				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
25 03 004	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA UNIRADICULAR, UN DIENTE	131.100	78.660				
25 03 005	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA BIRADICULAR, UN DIENTE	164.380	98.630				
25 03 006	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA MULTIRADICULAR, UN DIENTE	181.000	108.600				
25 03 007	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO	336.010	168.000				
25 04 103	ANGIOGRAFÍA DIAGNOSTICA CEREBRAL	1.391.010	695.500				
25 05 456	TROMBOLISIS DE URGENCIA INFARTO CEREBRAL	1.909.540	954.770				
25 05 936	ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE STENT EN ARTERIA CAROTIDEA	9.069.860	4.534.930				
25 05 937	ENDARTERECTOMÍA CAROTIDEA	4.007.180	2.003.590				
25 05 939	TROMBECTOMÍA MECÁNICA INFARTO CEREBRAL	18.829.240	9.414.620				
25 05 940	EMBOLIZACIONES DE MALFORMACIONES VASCULARES NO ROTAS (EXCEPTÚA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA)	13.859.540	6.929.770				
25 05 941	TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL NO ROTO	17.835.170	8.917.580				
25 05 942	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON IMPLANTE (1º TIEMPO QUIRÚRGICO, COLOCACIÓN EXPANSOR)	2.978.320	1.489.160				
25 05 943	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA CON IMPLANTE (1º TIEMPO QUIRÚRGICO, COLOCACIÓN EXPANSOR)	3.146.170	1.573.080				
25 05 944	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON IMPLANTE (2º TIEMPO QUIRÚRGICO)	2.855.230	1.427.610				
25 05 945	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA CON IMPLANTE (2º TIEMPO QUIRÚRGICO, CAMBIO EXPANSOR A PRÓTESIS DEFINITIVA)	2.798.070	1.399.030				
25 05 946	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO TRAM O COLGAJO MICROQUIRÚRGICO DIEP O SUS VARIANTES	4.570.430	2.285.210				
25 05 947	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA COMPLEJO AREOLA Y/O PEZÓN (PROCEDIMIENTOS AUTÓNOMOS)	982.140	491.070				
25 05 948	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ENDOMETRIOSIS OVÁRICA VÍA LAPAROSCÓPICA	3.254.900	1.627.450				
25 05 949	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ENDOMETRIOSIS PROFUNDA SIN COMPROMISO INTESTINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	5.449.090	2.724.540				
25 05 950	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ABDOMEN FLÁCIDO	3.583.580	1.791.790				

GRUPO 26:

ATENCIÓNES INTEGRALES, OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS

I.- ENFERMERIA

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
26 01 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN CENTRO ADULTO MAYOR (SOLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS, POR SESIÓN)	8.740	4.370				
26 01 002	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO (ATENCIÓN MÍNIMA DE 45')(SOLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS)	17.440	8.720				
26 01 003	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES POSTRADOS, TERMINALES POST OPERADOS	17.930	8.960				
26 01 004	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES OSTOMIZADOS	18.080	9.040				
26 01 005	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES QUE REQUIEREN INSTALACIÓN Y/O RETIRO DE CATÉTER O SONDA	18.080	9.040				
	II.- NUTRICIONISTAS						
26 02 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA (POR SESIÓN)	9.370	4.680				
	TELECONSULTA NUTRICIONISTA						
26 08 201	TELECONSULTA: ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA (POR SESIÓN)	7.960	3.980				
	III.- MATRONERÍA						
26 03 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE MATRONERÍA EN SALUD OBSTÉTRICA Y PERINATAL	11.200	5.600				
26 03 002	ATENCIÓN INTEGRAL DE MATRONERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	11.200	5.600				
	IV.- OTRAS ATENCIones INTEGRALES						
26 09 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE ACUPUNTURA POR PROFESIONAL DE LA SALUD (POR SESIÓN)	7.000	3.500	9.100	5.600	11.200	7.700
26 09 002	ATENCIÓN INTEGRAL DE ACUPUNTURA POR TÉCNICO DE PROFESIONES AUXILIARES DE SALUD (POR SESIÓN)	7.000	3.500				
	GRUPO : 28						
	PAGO ASOCIADO EMERGENCIA						
28 02 201	PAE CLASE 201	47.600	19.040				
28 02 202	PAE CLASE 202	155.230	62.090				
28 02 203	PAE CLASE 203	284.640	113.860				
28 02 204	PAE CLASE 204	432.180	172.870				
28 02 205	PAE CLASE 205	547.580	219.030				
28 02 301	PAE CLASE 301	859.310	257.790				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
28 02 302	PAE CLASE 302	1.171.030	351.310				
28 02 303	PAE CLASE 303	1.625.800	487.740				
28 02 304	PAE CLASE 304	1.966.340	589.900				
28 02 305	PAE CLASE 305	2.415.160	724.550				
28 02 401	PAE CLASE 401	3.168.450	792.110				

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3				
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF			
GRUPO : 29														
TRATAMIENTOS INTEGRALES DE BRAQUITERAPIA , RADIOTERAPIA, NEUTROPENIA ONCOLÓGICA Y FARMACOLOGICO ONCOLÓGICO														
Notas: 'Los Centros que otorguen estas prestaciones, deben regirse por lo señalado en el D.S. N° 18/2015 del Minsal, que 'Aprueba el Reglamento Sanitario sobre Establecimientos de Radioterapia Oncológica' y las Normas que dicte el Ministerio de Salud sobre la materia.														
Por tratarse de Tratamientos Integrales, consideran incluida la Planificación, Marcación, Simulación y Dosimetría, así como todas las sesiones que sean necesarias para cada tratamiento, a excepción de la Braquiterapia, cuyo valor es por sesión.														
No incluyen los exámenes de Imagenología necesarios, como Resonancia Magnética de control en algunos cánceres, así como tampoco los implantes en el caso de Braquiterapia permanente.														
Estas prestaciones requieren de indicación médica por especialista en Radioterapia u Oncología y su aplicación estará a cargo de un médico Oncólogo Radioterapeuta.														
BRAQUITERAPIA														
29 01 001		TRATAMIENTO INTEGRAL DE BRAQUITERAPIA ENDOCAVITARIA O INTERSTICIAL (POR SESIÓN)		1.106.790	553.390									
29 01 002		TRATAMIENTO INTEGRAL DE BRAQUITERAPIA DE IMPLANTE PERMANENTE, NO INCLUYE IMPLANTE (POR SESIÓN)		1.959.940	979.970									
29 01 003		TRATAMIENTO INTEGRAL BRAQUITERAPIA ALTA O MEDIANA DOSIS, HDR (POR SESIÓN)		1.044.000	522.000									
RADIOTERAPIA														
29 02 001		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA ALTAMENTE COMPLEJA CON LINAC		4.615.610	2.307.800									
29 02 002		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA COMPLEJA CON LINAC		3.902.860	1.951.430									
29 02 003		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA ESTÁNDAR CON LINAC		3.190.120	1.595.060									
29 02 004		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA CONVENCIONAL CON LINAC		2.705.440	1.352.720									
29 02 009		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA ALTAMENTE COMPLEJA CON COBALTO		3.076.080	1.538.040									

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 02 010		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA COMPLEJA CON COBALTO				2.619.930	1.309.960				
29 02 011		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA ESTÁNDAR CON COBALTO				2.163.750	1.081.870				
29 02 012		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA CONVENCIONAL CON COBALTO				1.853.560	926.780				
		NEUTROPENIA ONCOLÓGICA									
29 05 909		NEUTROPENIA FEBRIL NIVEL RIESGO BAJO ATENCIÓN SECUNDARIA				68.070	34.030	88.490	54.450	108.910	74.870
29 05 910		NEUTROPENIA FEBRIL NIVEL RIESGO ALTO ATENCIÓN SECUNDARIA				543.280	271.640	706.260	434.620	869.250	597.610
29 05 911		NEUTROPENIA FEBRIL NIVEL RIESGO MUY ALTO ATENCIÓN SECUNDARIA				2.624.220	1.312.110	3.411.490	2.099.380	4.198.750	2.886.640
		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ONCOLÓGICO									
<p>Nota: Los centros que otorguen estas prestaciones deben cumplir con los requerimientos indicados en Manual de Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Manual de Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta y Cerrada, de la Superintendencia de Salud. Este grupo incluye fármacos para quimioterapia, biológicos, terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de tirosin kinasa, anticuerpos monoclonales, como tratamientos para el cáncer. Los esquemas de quimioterapia están compuestos por monodrogas o esquemas de una o más drogas. Además, los esquemas en su valor incorporan los fármacos para la profilaxis primaria y fármacos antieméticos, cuando así se requiera. Las prestaciones consideran hora sillón, todos los insumos, hora RRHH para la administración del tratamiento.</p>											
<p>El valor de los esquemas corresponde a un ciclo, por una vez o mensual. Los beneficiarios de FONASA podrán acceder a los tratamientos farmacológicos oncológicos, solo para aquellos fármacos que estén definidos en el listado anual de drogas financiadas dependiente del MINSAL. Estas prestaciones requieren de indicación médica por especialista en Oncología y Hematooncologos.</p>											
29 08 001		RITUXIMAB - BENDAMUSTINA (CICLO)				565.760	282.880	735.490	452.610	905.220	622.340
29 08 004		VTD (TALIDOMIDA - DEXAMETASONA - BORTEZOMIB) (CICLO)				53.680	26.840	69.780	42.940	85.890	59.050
29 08 005		VTD PACE (CICLO)				156.050	78.020	202.870	124.840	249.680	171.650
29 08 006		TIP (PACLITAXEL- IFOSFAMIDA - CISPLATINO) (CICLO)				141.810	70.900	184.350	113.440	226.900	155.990
29 08 007		FLOT (5 FLUOROURACILO - LEUCOVORINA - OXALIPLATINO - DOCETAXEL) PREOPERATORIO Y POST OPERATORIO (CICLO)				446.920	223.460	581.000	357.540	715.070	491.610
29 08 008		LENALIDOMIDA (CICLO)				118.810	59.400	154.450	95.040	190.100	130.690
29 08 009		VRD (LENALIDOMIDA - DEXAMETASONA - BORTEZOMIB) (CICLO)				56.850	28.420	73.910	45.480	90.960	62.530
29 08 010		VEIP (VINBLASTINA - IFOSFAMIDA - CISPLATINO - MESNA) (CICLO)				174.640	87.320	227.030	139.710	279.420	192.100

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 08 011		VIP (ETOPÓSIDO - CISPLATINO - IFOSFAMIDA - MESNA) (CICLO)				199.440	99.720	259.270	159.550	319.100	219.380
29 08 012		TPF (5 FLUOROURACILO - CISPLATINO - DOCETAXEL) (CICLO)				170.510	85.250	221.660	136.400	272.820	187.560
29 08 013		LENDEX (LENALIDOMIDA - DEXAMETASONA) (CICLO)				46.890	23.440	60.960	37.510	75.020	51.570
29 08 014		IE (IFOSFAMIDA - ETOPÓSIDO - MESNA) (CICLO)				116.640	58.320	151.630	93.310	186.620	128.300
29 08 015		DOXORRUBICINA - IFOSFAMIDA - MESNA (CICLO)				119.400	59.700	155.220	95.520	191.040	131.340
29 08 016		VAC (DOXORRUBICINA O ACTINOMICINA D - VINCRISTINA - CICLOFOSFAMIDA) (CICLO)				50.680	25.340	65.880	40.540	81.090	55.750
29 08 017		DOXORRUBICINA - CISPLATINO - METROTEXATO (CICLO)				55.690	27.840	72.400	44.550	89.100	61.250
29 08 018		AC DÓSIS DENSA (DOXORRUBICINA - CICLOFOSFAMIDA) (CICLO)				25.840	12.920	33.590	20.670	41.340	28.420
29 08 019		FOLFIRINOX (5 FLUOROURACILO - LEUCOVORINA - OXALIPLATINO - IRINOTECAN) (CICLO)				260.820	130.410	339.070	208.660	417.310	286.900
29 08 021		CETUXIMAB (POR UNA VEZ)				592.460	296.230	770.200	473.970	947.940	651.710
29 08 022		PANITUMUMAB (CICLO)				1.367.630	683.810	1.777.920	1.094.100	2.188.210	1.504.390
29 08 023		BEVACIZUMAB (CICLO)				1.730.640	865.320	2.249.830	1.384.510	2.769.020	1.903.700
29 08 025		TDM1 (CICLO)				2.378.980	1.189.490	3.092.670	1.903.180	3.806.370	2.616.880
29 08 026		EVEROLIMUS (CICLO)				674.240	337.120	876.510	539.390	1.078.780	741.660
29 08 027		PROCARBAZINA (CICLO)				1.255.480	627.740	1.632.120	1.004.380	2.008.770	1.381.030
29 08 028		FULVESTRANT (CICLO)				186.000	93.000	241.800	148.800	297.600	204.600
29 08 030		OCTEOTRIDE LAR (CICLO)				317.740	158.870	413.060	254.190	508.380	349.510
29 08 031		CYBORD (CICLOFOSFAMIDA - DEXAMETASONA - BORTEZOMIB) (CICLO)				71.020	35.510	92.330	56.820	113.630	78.120
29 08 032		LANREOTIDE (CICLO)				264.270	132.130	343.550	211.410	422.830	290.690
29 08 033		VINORELBINA (CICLO)				954.810	477.400	1.241.250	763.840	1.527.700	1.050.290
29 08 034		PEMETREXED (CICLO)				37.040	18.520	48.150	29.630	59.260	40.740

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 08 035		LOMUSTINA (CICLO)				118.580	59.290	154.150	94.860	189.730	130.440
29 08 036		GEMCITABINA (CICLO)				65.940	32.970	85.720	52.750	105.500	72.530
29 08 037		GCD (GEMCITABINA - CISPLATINO - DEXAMETASONA) (CICLO)				89.280	44.640	116.060	71.420	142.850	98.210
29 08 038		CAPECITABINA (CICLO)				18.330	9.160	23.830	14.660	29.330	20.160
29 08 039		MPT (MELFALAN - PREDNISONA - TALIDOMIDA) (CICLO)				61.490	30.740	79.940	49.190	98.380	67.630
29 08 040		CTD (CICLOFOSFAMIDA - DEXAMETASONA - TALIDOMIDA) (MENSUAL)				28.990	14.490	37.690	23.190	46.380	31.880
29 08 042		CARBOPLATINO (CICLO)				30.230	15.110	39.300	24.180	48.370	33.250
29 08 045		ETOPÓSIDO (CICLO)				38.090	19.040	49.520	30.470	60.940	41.890
29 08 047		CICLOFOSFAMIDA (CICLO)				14.670	7.330	19.070	11.730	23.470	16.130
29 08 050		AVELUMAB (CICLO)				1.714.780	857.390	2.229.210	1.371.820	2.743.650	1.886.260
29 08 051		PEMETREXATO / CARBOPLATINO - PEMBROLIZUMAB (CICLO)				2.749.110	1.374.550	3.573.840	2.199.280	4.398.580	3.024.020
29 08 053		RITUXIMAB - CICLOFOSFAMIDA - DOXORRUBICINA - VINCRISTINA - PREDNISONA (CICLO)				344.340	172.170	447.640	275.470	550.940	378.770
29 08 054		AZACITIDINA (CICLO)				412.080	206.040	535.700	329.660	659.330	453.290
29 08 055		PACLITAXEL - CARBOPLATINO - PERTUZUMAB -TRASTUZUMAB (CICLO)				3.325.660	1.662.830	4.323.360	2.660.530	5.321.060	3.658.230
29 08 056		RITUXIMAB - CLORAMBUCILO (CICLO)				456.510	228.250	593.460	365.200	730.420	502.160
29 08 058		RITUXIMAB (CICLO)				692.510	346.250	900.260	554.000	1.108.020	761.760
29 08 059		RITUXIMAB - CICLOFOSFAMIDA - DEXAMETASONA (CICLO)				708.700	354.350	921.310	566.960	1.133.920	779.570
29 08 060		TEMOZOLOMIDA (CICLO)				174.380	87.190	226.690	139.500	279.010	191.820
29 08 061		PACLITAXEL SEMANAL (CICLO)				15.730	7.860	20.450	12.580	25.170	17.300
29 08 062		DOXORRUBICINA LIPOSOMAL (CICLO)				309.990	154.990	402.990	247.990	495.980	340.980
29 08 063		GEMCITABINA - DOCETAXEL (CICLO)				125.540	62.770	163.200	100.430	200.860	138.090
29 08 064		CAP (CISPLATINO - DOXORRUBICINA - CICLOFOSFAMIDA) (CICLO)				30.870	15.430	40.130	24.690	49.390	33.950

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 08 065		PACLITAXEL - CARBOPLATINO (CICLO)				27.560	13.780	35.830	22.050	44.100	30.320
29 08 066		FOLFIRI (5 FLUOROURACILO - LEUCOVORINA - IRINOTECAN) (CICLO)				89.680	44.840	116.580	71.740	143.490	98.650
29 08 067		PEMETREXED - CARBOPLATINO (CICLO)				86.530	43.260	112.490	69.220	138.450	95.180
29 08 068		PACLITAXEL - CISPLATINO (CICLO)				28.500	14.250	37.050	22.800	45.600	31.350
29 08 070		FOLFOX (5 FLUOROURACILO - LEUCOVORINA - OXALIPLATINO) (CICLO)				81.060	40.530	105.380	64.850	129.700	89.170
29 08 071		PEMETREXED - CISPLATINO (CICLO)				53.790	26.890	69.930	43.030	86.060	59.160
29 08 072		GEMCITABINA - CARBOPLATINO (CICLO)				108.640	54.320	141.230	86.910	173.820	119.500
29 08 073		5 FLUOROURACILO - LEUCOVORINA (CICLO)				70.230	35.110	91.300	56.180	112.370	77.250
29 08 074		DOCETAXEL - CARBOPLATINO (CICLO)				110.760	55.380	143.990	88.610	177.220	121.840
29 08 075		EMA (ETOPÓSIDO - METOTREXATO - ACTINOMICINA D - LEUCOVORINA) / CO (CICLOFOSFAMIDA - VINCERISTINA) (CICLO)				112.580	56.290	146.350	90.060	180.130	123.840
29 08 076		GEMCITABINA - CISPLATINO (CICLO)				77.290	38.640	100.480	61.830	123.660	85.010
29 08 077		DOCETAXEL (CICLO)				62.190	31.090	80.850	49.750	99.500	68.400
29 08 078		BEP (BLEOMICINA - ETOPOSIDO - CISPLATINO) (CICLO)				191.640	95.820	249.130	153.310	306.620	210.800
29 08 079		ETOPÓSIDO - CARBOPLATINO (CICLO)				82.850	41.420	107.710	66.280	132.560	91.130
29 08 081		EP (ETOPÓSIDO - CISPLATINO) (CICLO)				56.150	28.070	73.000	44.920	89.840	61.760
29 08 082		IFOSFAMIDA - MESNA (CICLO)				97.110	48.550	126.240	77.680	155.380	106.820
29 08 084		DOXORRUBICINA (CICLO)				16.410	8.200	21.330	13.120	26.260	18.050
29 08 086		5 FLUOROURACILO (POR UNA VEZ)				202.230	101.110	262.900	161.780	323.570	222.450
29 08 088		5 FLUOROURACILO - MITOMICINA C (CICLO)				107.790	53.890	140.130	86.230	172.460	118.560
29 08 090		5 FLUOROURACILO - CISPLATINO (CICLO)				115.240	57.620	149.810	92.190	184.380	126.760
29 08 091		CISPLATINO SEMANAL				10.980	5.490	14.270	8.780	17.570	12.080
29 08 092		ETOPOSIDO - CISPLATINO (CICLO)				53.290	26.640	69.280	42.630	85.260	58.610

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 08 093		CISPLATINO (CICLO)				99.310	49.650	129.100	79.440	158.900	109.240
29 08 094		ENZALUTAMIDA(MENSUAL)				311.540	155.770	405.000	249.230	498.460	342.690
29 08 095		ABIRATERONA (MENSUAL)				149.270	74.630	194.050	119.410	238.830	164.190
29 08 096		LEUPROLIDE (CICLO)				147.250	73.620	191.430	117.800	235.600	161.970
29 08 097		ALECTINIB (MENSUAL)				2.107.340	1.053.670	2.739.540	1.685.870	3.371.740	2.318.070
29 08 098		OSIMERTINIB (MENSUAL)				3.015.870	1.507.930	3.920.630	2.412.690	4.825.390	3.317.450
29 08 100		AFATINIB (MENSUAL)				879.690	439.840	1.143.600	703.750	1.407.500	967.650
29 08 101		SORAFENIB (MENSUAL)				2.023.650	1.011.820	2.630.750	1.618.920	3.237.840	2.226.010
29 08 102		CRIZOTINIB (MENSUAL)				1.899.680	949.840	2.469.580	1.519.740	3.039.490	2.089.650
29 08 103		SUNITINIB (CICLO)				128.030	64.010	166.440	102.420	204.850	140.830
29 08 104		ERLOTINIB (MENSUAL)				65.100	32.550	84.630	52.080	104.160	71.610
29 08 105		GEFITINIB (MENSUAL)				67.430	33.710	87.660	53.940	107.890	74.170
29 08 106		PAZOPANIB (MENSUAL)				557.990	278.990	725.390	446.390	892.780	613.780
29 08 107		DASATINIB (MENSUAL)				581.330	290.660	755.730	465.060	930.130	639.460
29 08 113		PONATINIB (MENSUAL)				1.392.420	696.210	1.810.150	1.113.940	2.227.870	1.531.660
29 08 114		MIDOSTAURINA (CICLO)				14.976.480	7.488.240	19.469.420	11.981.180	23.962.370	16.474.130
29 08 115		H-ATG (LINFOGLOBULINA) (POR UNA VEZ)				14.031.580	7.015.790	18.241.050	11.225.260	22.450.530	15.434.740
29 08 116		R-ATG (TIMOGLOBULINA) (POR UNA VEZ)				2.936.960	1.468.480	3.818.050	2.349.570	4.699.140	3.230.660
29 08 117		RITUXIMAB (COMPLEMENTO)				184.780	92.390	240.210	147.820	295.650	203.260
29 08 118		ICE (IFOSFAMIDA + MESNA - ETOPÓSIDO - CARBOPLATINO:AUC) (CICLO)				297.460	148.730	386.700	237.970	475.940	327.210
29 08 119		ESHAP (ETOPÓSIDO - CISPLATINO - CITARABINA) (CICLO)				122.220	61.110	158.890	97.780	195.550	134.440
29 08 120		LENALIDOMIDA + DEXAMETASONA (CICLO)				124.850	62.420	162.310	99.880	199.760	137.330
29 08 121		PERTUZUMAB - TRASTUZUMAB -DOCETAXEL (PRIMERA DOSIS) (POR UNA VEZ)				2.537.580	1.268.790	3.298.850	2.030.060	4.060.130	2.791.340

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 08 122		PERTUZUMAB - TRASTUZUMAB -DOCETAXEL (DOSIS DE MANTENCIÓN) (CICLO)				1.291.060	645.530	1.678.380	1.032.850	2.065.700	1.420.170
29 08 123		PERTUZUMAB - TRASTUZUMAB - PACLITAXEL (CICLO)				2.008.680	1.004.340	2.611.280	1.606.940	3.213.890	2.209.550
29 08 124		PALBOCICLIB + FULVESTTRAN (CICLO)				1.776.270	888.130	2.309.150	1.421.010	2.842.030	1.953.890
29 08 125		PEMBROLIZUMAB - CISPLATINO - 5 FLUOROURACILO (CICLO)				5.448.080	2.724.040	7.082.500	4.358.460	8.716.930	5.992.890
29 08 126		LORLATINIB (MENSUAL)				1.848.330	924.160	2.402.830	1.478.660	2.957.330	2.033.160
29 08 127		BLINATUMOMAB (POR UNA VEZ)				22.481.560	11.240.780	29.226.030	17.985.250	35.970.500	24.729.720
29 08 128		PEMBROLIZUMAB (CICLO)				2.716.850	1.358.420	3.531.910	2.173.480	4.346.960	2.988.530
29 08 129		RIBOCICLIB (CICLO)				1.239.990	619.990	1.611.990	991.990	1.983.980	1.363.980
29 08 130		LENVATINIB (CICLO)				1.863.510	931.750	2.422.560	1.490.800	2.981.620	2.049.860
29 08 131		PACLITAXEL (CICLO)				42.330	21.160	55.030	33.860	67.730	46.560
29 08 132		NIVOLUMAB (SEGUNDA LINEA DE TRATAMIENTO)				1.586.740	793.370	2.062.760	1.269.390	2.538.780	1.745.410
29 08 133		NIVOLUMAB (DESPUES DE TRATAMIENTO PREVIO)				1.586.740	793.370	2.062.760	1.269.390	2.538.780	1.745.410
29 08 134		NIVOLUMAB (TRATAMIENTO ADYUVANTE)				1.582.890	791.440	2.057.760	1.266.310	2.532.620	1.741.170
29 08 135		NIVOLUMAB (PRIMERA LINEA TRATAMIENTO PALIATIVO)				1.586.630	793.310	2.062.620	1.269.300	2.538.610	1.745.290
29 08 136		ABEMACICLIB (CICLO)				1.465.280	732.640	1.904.860	1.172.220	2.344.450	1.611.810
29 08 137		ATEZOLIZUMAB (CICLO)				1.601.540	800.770	2.082.000	1.281.230	2.562.460	1.761.690
29 08 138		BRIGATINIB (CICLO)				2.001.980	1.000.990	2.602.570	1.601.580	3.203.170	2.202.180

CÓDIGOS Y VALORES PABELLÓN

COD_PABELLON		VALOR_PABELLON
1	=	10370
2	=	10370
3	=	10370
4	=	10370
5	=	46630
6	=	46630
7	=	46630
8	=	46630
9	=	123990
10	=	123990
11	=	123990
12	=	209210
13	=	209210
14	=	209210