

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	11.390	4.560	12.190	5.360	14.270	7.440
01 01 201	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 202	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 203	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROCIRUGÍA	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 204	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 205	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 206	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN REUMATOLOGÍA	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 207	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA ADULTO	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 208	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 209	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA ADULTOS	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 210	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 211	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA MÉDICA	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 212	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA ADULTOS (1RA CONSULTA)	27.510	11.000	35.760	19.250	44.020	27.510
01 01 213	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA (1RA CONSULTA)	27.510	11.000	35.760	19.250	44.020	27.510
01 01 300	CONSULTA MÉDICA OTRAS ESPECIALIDADES	18.130	7.250				
01 01 301	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGÍA	18.130	7.250				
01 01 302	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN HEMATOLOGÍA	18.130	7.250				
01 01 303	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INFECTOLOGÍA	18.130	7.250				
01 01 304	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INMUNOLOGÍA	18.130	7.250				
01 01 305	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR	18.130	7.250				
01 01 306	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	18.130	7.250				

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	18.130	7.250				
01 01 308	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	18.130	7.250				
01 01 309	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA	18.130	7.250				
01 01 310	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	18.130	7.250				
01 01 311	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN UROLOGÍA	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 312	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL	18.130	7.250				
01 01 313	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL	18.130	7.250				
01 01 314	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	18.130	7.250				
01 01 315	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE TÓRAX	18.130	7.250				
01 01 316	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	18.130	7.250				
01 01 317	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	18.130	7.250				
01 01 318	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	18.130	7.250				
01 01 319	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGÍA	18.130	7.250				
01 01 320	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DIABETOLOGÍA	18.130	7.250				
01 01 321	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTO	18.130	7.250				
01 01 322	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS	18.130	7.250				
01 01 323	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA ADULTO	18.130	7.250				
01 01 324	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICO	18.130	7.250				
01 01 325	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GENÉTICA CLÍNICA	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 326	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA ADULTO	18.130	7.250				
01 01 327	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICO	18.130	7.250				
01 01 328	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEONATOLOGÍA	18.130	7.250				
01 01 329	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA	18.130	7.250				

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	18.130	7.250				
01 01 331	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	16.090	6.440	20.920	11.270	25.740	16.090
01 01 332	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA	18.130	7.250				
01 01 333	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA MATERNO FETAL	18.130	7.250				
01 01 334	CONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA NUCLEAR	18.130	7.250				
01 01 004	VISITA MÉDICA DOMICILIARIA EN HORARIO HÁBIL	13.660	6.830	19.820	12.990	26.420	19.590
01 01 005	VISITA MÉDICA DOMICILIARIA EN HORARIO INHÁBIL	20.530	10.260	29.820	19.550	39.780	29.510
01 01 006	ASISTENCIA DE CARDIÓLOGO A CIRUGÍAS NO CARDÍACAS	23.540	11.770	30.600	18.830	37.660	25.890
01 01 007	ATENCIÓN MÉDICA DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTO O PABELLÓN QUIRÚRGICO C/S REANIMACIÓN CARDIO-RESPIRATORIA	23.540	11.770	30.600	18.830	37.660	25.890
01 01 008	VISITA POR MÉDICO TRATANTE A PACIENTE HOSPITALIZADO	14.460	7.230	20.980	13.750	27.970	20.740
01 01 009	VISITA POR MÉDICO INTERCONSULTOR (O EN JUNTA MÉDICA C/U) A PACIENTE HOSPITALIZADO	14.460	7.230	20.980	13.750	27.970	20.740
01 01 010	ATENCIÓN MÉDICA DIARIA A PACIENTE HOSPITALIZADO	11.690	5.840	12.470	6.620	14.630	8.780
	TELECONSULTAS						
01 08 001	TELECONSULTA MEDICINA GENERAL	9.670	3.870	10.350	4.550	12.110	6.310
01 08 201	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGÍA	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 202	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 203	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROCIRUGÍA	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 204	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGÍA	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 205	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 206	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN REUMATOLOGÍA	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 207	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA ADULTO	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 208	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 209	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA ADULTOS	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670

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	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 211	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA MÉDICA	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 212	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA ADULTOS (1RA CONSULTA)	23.380	9.350	30.390	16.360	37.410	23.380
01 08 213	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA (1RA CONSULTA)	23.380	9.350	30.390	16.360	37.410	23.380
01 08 301	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGÍA	15.410	6.160				
01 08 302	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN HEMATOLOGÍA	15.410	6.160				
01 08 303	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INFECTOLOGÍA	15.410	6.160				
01 08 304	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN INMUNOLOGÍA	15.410	6.160				
01 08 305	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR	15.410	6.160				
01 08 306	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	15.410	6.160				
01 08 307	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA	15.410	6.160				
01 08 308	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	15.410	6.160				
01 08 309	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA	15.410	6.160				
01 08 310	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA	15.410	6.160				
01 08 311	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN UROLOGÍA	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 312	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL	15.410	6.160				
01 08 313	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL	15.410	6.160				
01 08 314	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	15.410	6.160				
01 08 315	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA DE TÓRAX	15.410	6.160				
01 08 316	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	15.410	6.160				
01 08 317	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	15.410	6.160				
01 08 318	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	15.410	6.160				
01 08 319	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGÍA	15.410	6.160				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
01 08 320	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN DIABETOLOGÍA	15.410	6.160				
01 08 321	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTO	15.410	6.160				
01 08 322	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS	15.410	6.160				
01 08 323	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA ADULTO	15.410	6.160				
01 08 324	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICO	15.410	6.160				
01 08 325	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GENÉTICA CLÍNICA	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 326	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA ADULTO	15.410	6.160				
01 08 327	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICO	15.410	6.160				
01 08 329	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA	15.410	6.160				
01 08 331	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA	13.670	5.470	17.770	9.570	21.870	13.670
01 08 332	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA	15.410	6.160				
01 08 333	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA MATERNO FETAL	15.410	6.160				
01 08 334	TELECONSULTA MÉDICA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA NUCLEAR	15.410	6.160				
	GRUPO : 02						
	ATENCION CERRADA						
02 01 001	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL CUIDADOS BÁSICOS. (SALA 1 CAMA)	8.910	4.450				
02 01 002	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL CUIDADOS BÁSICOS. (SALA 2 O MÁS CAMAS)	7.740	3.870				
02 01 101	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL CUIDADOS MEDIOS (SALA 1 CAMA)	15.370	7.680				
02 01 102	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL CUIDADOS MEDIOS (SALA 2 O MÁS CAMAS)	12.670	6.330				
02 01 301	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL ADULTO EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO (U.T.I)	29.080	14.540				
02 01 302	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL PEDIÁTRICA EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO (U.T.I)	29.080	14.540				
02 01 303	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL NEONATAL EN UNIDAD DE TRATAMIENTO INTERMEDIO (U.T.I)	29.080	14.540				
02 01 201	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO (U.C.I.)	60.520	30.260				

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)	60.520	30.260				
02 01 203	DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL NEONATAL EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO (U.C.I.)	60.520	30.260				
02 01 401	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL OBSTETRICIA (SALA 1 CAMA)	8.700	4.350				
02 01 402	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL OBSTETRICIA (SALA 2 O MAS CAMAS)	7.560	3.780				
02 01 403	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL SALA CUNA	4.860	2.430				
02 01 404	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL INCUBADORA	8.100	4.050				
02 01 405	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL PSIQUIATRÍA CUIDADOS BÁSICOS	4.350	2.170				
02 01 406	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL PSIQUIATRÍA CUIDADOS MEDIOS	5.000	2.500				
02 01 407	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL DE OBSERVACIÓN - AMBULATORIO	4.860	2.430				
02 01 408	DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN CLÍNICA DE RECUPERACIÓN	4.240	2.120				
	GRUPO : 03						
	EXAMENES DE LABORATORIO						
	I.- SANGRE, HEMATOLOGIA						
03 01 002	ACIDO FÓLICO O FOLATOS	4.850	2.420	6.310	3.880	7.760	5.330
03 01 003	ADENOGRAMA, MIELOGRAMA, C/U	8.000	4.000	10.400	6.400	12.800	8.800
03 01 006	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON DIFERENTES AGONISTAS	4.680	2.340	6.080	3.740	7.490	5.150
03 01 007	ANTICOAGULANTES CIRCULANTES O ANTICOAGULANTE LÚPICO	5.070	2.530	6.590	4.050	8.110	5.570
03 01 008	ANTITROMBINA III	5.070	2.530	6.590	4.050	8.110	5.570
03 01 011	COAGULACIÓN, TIEMPO DE	1.450	720	1.890	1.160	2.320	1.590
03 01 013	TIEMPO DE LISIS DEL COÁGULO	670	330	870	530	1.070	730
03 01 014	PRUEBA DE ANTIGLOBULINA DIRECTA	1.350	670	1.760	1.080	2.160	1.480
03 01 017	DESHIDROGENASA GLUCOSA-6-FOSFATO EN ERITROCITOS	4.630	2.310	6.020	3.700	7.410	5.090
03 01 020	TIEMPO DE LISIS DE EUGLOBULINAS	1.580	790	2.050	1.260	2.530	1.740

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 01 021	FIBRINÓGENO	2.470	1.230	3.210	1.970	3.950	2.710
03 01 022	TEST DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA	4.860	2.430	6.320	3.890	7.780	5.350
03 01 024	FACTOR V	2.170	1.080	2.820	1.730	3.470	2.380
03 01 025	FACTORES VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, C/U	4.890	2.440	6.360	3.910	7.820	5.370
03 01 026	FERRITINA	5.820	2.910	7.570	4.660	9.310	6.400
03 01 027	FIBRINÓGENO, PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DEL	4.860	2.430	6.320	3.890	7.780	5.350
03 01 028	FERRO SÉRICO	2.050	1.020	2.670	1.640	3.280	2.250
03 01 029	FERRO, CAPACIDAD DE FIJACIÓN DEL (INCLUYE FERRO SÉRICO)	4.470	2.230	5.810	3.570	7.150	4.910
03 01 030	FERRO, CINÉTICA DEL (CADA DETERMINACIÓN)	5.040	2.520	6.550	4.030	8.060	5.540
03 01 034	CLASIFICACIÓN SANGUÍNEA AB0 Y RHD	2.420	1.210	3.150	1.940	3.870	2.660
03 01 035	HAPTOGLOBINA CUANTITATIVA	4.610	2.300	5.990	3.680	7.380	5.070
03 01 036	HEMATOCRITO (PROC. AUT.)	750	370	980	600	1.200	820
03 01 038	HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL (PROC. AUT.)	750	370	980	600	1.200	820
03 01 040	HEMOGLOBINA FETAL CUANTITATIVA EN ERITROCITOS	4.690	2.340	6.100	3.750	7.500	5.150
03 01 041	HEMOGLOBINA GLICADA A1C	4.380	2.190	5.690	3.500	7.010	4.820
03 01 042	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	990	490	1.290	790	1.580	1.080
03 01 044	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA	5.120	2.560	6.660	4.100	8.190	5.630
03 01 045	HEMOGRAMA (INCLUYE RECUENTOS DE LEUCOCITOS, ERITROCITOS, PLAQUETAS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, FÓRMULA LEUCOCITARIA, CARACTERÍSTICAS DE LOS ELEMENTOS FIGURADOS Y VELOCIDAD DE ERITROSSEDIMENTACIÓN)	2.980	1.490	3.870	2.380	4.770	3.280
03 01 048	HEMOSIDERINA MEDULAR	1.180	590	1.530	940	1.890	1.300
03 01 049	CUANTIFICACIÓN DE HEPARINA	5.620	2.810	7.310	4.500	8.990	6.180
03 01 051	IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	4.860	2.430	6.320	3.890	7.780	5.350
03 01 054	METAHEMOGLOBINA	1.490	740	1.940	1.190	2.380	1.630

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)	1.500	750	1.950	1.200	2.400	1.650
03 01 062	RECuento DE BASÓFILOS (ABSOLUTO)	1.020	510	1.330	820	1.630	1.120
03 01 063	RECuento DE EOSINÓFILOS (ABSOLUTO)	950	470	1.240	760	1.520	1.040
03 01 064	RECuento DE ERITROCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)	730	360	950	580	1.170	800
03 01 065	RECuento DE LEUCOCITOS, ABSOLUTO (PROC. AUT.)	710	350	920	560	1.140	780
03 01 066	RECuento DE LINFOCITOS (ABSOLUTO)	1.230	610	1.600	980	1.970	1.350
03 01 067	RECuento DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)	1.260	630	1.640	1.010	2.020	1.390
03 01 068	RECuento DE RETICULOCITOS (ABSOLUTO O PORCENTUAL)	970	480	1.260	770	1.550	1.060
03 01 069	RECuento DIFERENCIAL O FÓRMULA LEUCOCITARIA (PROC. AUT.)	2.050	1.020	2.670	1.640	3.280	2.250
03 01 070	RESISTENCIA GLOBULAR OSMÓTICA	3.230	1.610	4.200	2.580	5.170	3.550
03 01 072	TIEMPO DE SANGRÍA (NO INCLUYE DISPOSITIVO ASOCIADO)	1.450	720	1.890	1.160	2.320	1.590
03 01 082	TRANSFERRINA	5.320	2.660	6.920	4.260	8.510	5.850
03 01 083	TROMBINA, TIEMPO DE	2.000	1.000	2.600	1.600	3.200	2.200
03 01 085	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL DE (TPA, TTPK O SIMILARES)	2.310	1.150	3.000	1.840	3.700	2.540
03 01 086	VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN (PROC. AUT.)	540	270	700	430	860	590
03 01 089	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGÉNICO (FVW:AG)	9.740	4.870	12.660	7.790	15.580	10.710
03 01 090	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGÉNICO COFACTOR RISTOCETINA (FVW:CORIS)	9.210	4.600	11.970	7.360	14.740	10.130
03 01 091	PROTEÍNA C FUNCIONAL	30.160	15.080	39.210	24.130	48.260	33.180
03 01 092	PROTEÍNA S	35.670	17.830	46.370	28.530	57.070	39.230
03 01 093	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA	22.470	11.230	29.210	17.970	35.950	24.710
03 01 094	ESTUDIO DE LA HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA (HPN) POR CITOMETRÍA DE FLUJO	46.330	23.160	60.230	37.060	74.130	50.960
03 01 095	DÍMERO-D	11.580	5.790	15.050	9.260	18.530	12.740
03 01 096	PROCALCITONINA	42.170	21.080				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 01 097	INHIBIDOR DE FACTOR DE LA COAGULACIÓN	87.820	43.910				
03 01 098	SECRECIÓN PLAQUETARIA CON DIFERENTES AGONISTAS	113.220	56.610				
03 01 099	TIEMPO DE VENENO DE VÍBORA DE RUSSELL DILUÍDO	42.530	21.260				
03 01 100	ANTITROMBINA III ANTIGÉNICA	42.660	21.330				
03 01 114	PROTEÍNA C ANTIGÉNICA	42.810	21.400				
03 01 116	HEMOGLOBINA GLICADA, A1C, TEST RÁPIDO EN EL LUGAR DE ASISTENCIA (INCLUYE TOMA DE MUESTRA SANGRE CAPILAR)	4.380	2.190	5.690	3.500	7.010	4.820
	II.- SANGRE, EXAMENES BIOQUIMICOS						
03 02 001	CUERPOS CETÓNICOS EN SANGRE	900	450	1.170	720	1.440	990
03 02 002	ACIDO CÍTRICO	3.150	1.570	4.100	2.520	5.040	3.460
03 02 004	LACTATO EN SANGRE	3.940	1.970	5.120	3.150	6.300	4.330
03 02 005	ACIDO ÚRICO, EN SANGRE	1.470	730	1.910	1.170	2.350	1.610
03 02 008	AMILASA, EN SANGRE	2.310	1.150	3.000	1.840	3.700	2.540
03 02 009	AMINOÁCIDOS, CUALITATIVO EN SANGRE	6.510	3.250	8.460	5.200	10.420	7.160
03 02 010	AMONIO	2.390	1.190	3.110	1.910	3.820	2.620
03 02 070	APOLIPOPROTEÍNAS (A1, B U OTRAS) C/U	6.700	3.350	8.710	5.360	10.720	7.370
03 02 011	BICARBONATO (PROC. AUT.)	700	350	910	560	1.120	770
03 02 012	BILIRRUBINA TOTAL (PROC. AUT.)	1.500	750	1.950	1.200	2.400	1.650
03 02 013	BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA	1.410	700	1.830	1.120	2.260	1.550
03 02 015	CALCIO EN SANGRE	1.340	670	1.740	1.070	2.140	1.470
03 02 017	CAROTENO	2.140	1.070	2.780	1.710	3.420	2.350
03 02 018	CAROTENO, PRUEBA DE SOBRECARGA DE, ADEMÁS 2 CÓDIGOS 03-07-011 O 03-07-012.	4.640	2.320	6.030	3.710	7.420	5.100
03 02 019	CERULOPLASMINA	3.570	1.780	4.640	2.850	5.710	3.920
03 02 020	COBRE EN SANGRE	1.990	990	2.590	1.590	3.180	2.180

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 02 067	COLESTEROL TOTAL (PROC. AUT.)	1.310	650	1.700	1.040	2.100	1.440
03 02 068	COLESTEROL HDL (PROC. AUT.)	1.950	970	2.540	1.560	3.120	2.140
03 02 021	COLINESTERASA EN SUERO O PLASMA	2.880	1.440	3.740	2.300	4.610	3.170
03 02 023	CREATININA EN SANGRE	1.300	650	1.690	1.040	2.080	1.430
03 02 024	CLEARANCE DE CREATININA (PROC.AUT.)	2.850	1.420	3.710	2.280	4.560	3.130
03 02 025	CREATINQUINASA CK - MB ACTIVIDAD	5.130	2.560	6.670	4.100	8.210	5.640
03 02 026	CREATINQUINASA CK - TOTAL	3.680	1.840	4.780	2.940	5.890	4.050
03 02 027	TROPONINA	10.990	5.490	14.290	8.790	17.580	12.080
03 02 030	DESHIDROGENASA LÁCTICA TOTAL (LDH)	2.310	1.150	3.000	1.840	3.700	2.540
03 02 031	DESHIDROGENASA LÁCTICA TOTAL (LDH), CON SEPARACIÓN DE ISOENZIMAS	6.350	3.170	8.260	5.080	10.160	6.980
03 02 032	ELECTROLITOS PLASMÁTICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U	1.250	620	1.630	1.000	2.000	1.370
03 02 033	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA I	7.710	3.850	10.020	6.160	12.340	8.480
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)	6.020	3.010	7.830	4.820	9.630	6.620
03 02 035	FÁRMACOS Y/O DROGAS; NIVELES PLASMÁTICOS DE (ALCOHOL, ANOREXÍGENOS, ANTIARRÍTMICOS, ANTIBIÓTICOS, ANTIDEPRESIVOS, ANTIEPILÉPTICOS, ANTIHISTAMÍNICOS, ANTIINFLAMATORIOS Y ANALGÉSICOS, ESTIMULANTES RESPIRATORIOS, TRANQUILIZANTES MAYORES Y MENORES, ETC.) C/U	6.050	3.020	7.870	4.840	9.680	6.650
03 02 036	FENILALANINA	2.500	1.250	3.250	2.000	4.000	2.750
03 02 039	FOSFATASAS ALCALINAS CON SEPARACIÓN DE ISOENZIMAS HEPÁTICAS, INTESTINALES, ÓSEAS C/U	6.120	3.060	7.960	4.900	9.790	6.730
03 02 040	FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES	1.240	620	1.610	990	1.980	1.360
03 02 042	FÓSFORO (FOSFATOS) EN SANGRE	1.780	890	2.310	1.420	2.850	1.960
03 02 043	GALACTOSA	850	420	1.110	680	1.360	930
03 02 045	GAMMA GLUTAMILTRANSPEPTIDASA (GGT)	2.170	1.080	2.820	1.730	3.470	2.380
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	3.790	1.890	4.930	3.030	6.060	4.160

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 02 047	GLUCOSA EN SANGRE	1.210	600	1.570	960	1.940	1.330
03 02 048	GLUCOSA, PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL (PTGO), (DOS DETERMINACIONES; NO INCLUYE LA GLUCOSA QUE SE ADMINISTRA; INCLUYE EL VALOR DE LAS DOS TOMAS DE MUESTRAS)	5.620	2.810	7.310	4.500	8.990	6.180
03 02 050	ADENOSINDEAMINASA EN SANGRE U OTRO FLUIDO BIOLÓGICO (ADA)	5.140	2.570	6.680	4.110	8.220	5.650
03 02 052	LEUCINAMINOPEPTIDASA (LAP)	2.260	1.130	2.940	1.810	3.620	2.490
03 02 053	LIPASA EN SANGRE	2.560	1.280	3.330	2.050	4.100	2.820
03 02 055	LITIO EN SANGRE	2.820	1.410	3.670	2.260	4.510	3.100
03 02 056	MAGNESIO EN SANGRE	3.080	1.540	4.000	2.460	4.930	3.390
03 02 057	NITRÓGENO UREICO Y/O UREA, EN SANGRE	1.280	640	1.660	1.020	2.050	1.410
03 02 058	OSMOLALIDAD EN SANGRE	2.000	1.000	2.600	1.600	3.200	2.200
03 02 075	PERFIL BIOQUÍMICO (DETERMINACIÓN AUTOMATIZADA DE 12 PARÁMETROS)	8.450	4.220	10.990	6.760	13.520	9.290
03 02 061	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS (INCLUYE CÓD. 03-02-100 Y 03-02-101)	6.080	3.040	7.900	4.860	9.730	6.690
03 02 076	PERFIL HEPÁTICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA, FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES, GGT, TRANSAMINASAS GOT/AST Y GPT/ALT)	9.890	4.940	12.860	7.910	15.820	10.870
03 02 063	TRANSAMINASAS, OXALACÉTICA (GOT/AST), PIRÚVICA (GPT/ALT), C/U	1.790	890	2.330	1.430	2.860	1.960
03 02 064	TRIGLICÉRIDOS EN SANGRE (PROC.AUT.)	1.710	850	2.220	1.360	2.740	1.880
03 02 066	XILOSA, PRUEBA DE ABSORCIÓN (NO INCLUYE LA XILOSA QUE SE ADMINISTRA)	3.440	1.720	4.470	2.750	5.500	3.780
03 02 077	VITAMINA B12 POR INMUNOENSAYO	7.330	3.660	9.530	5.860	11.730	8.060
03 02 078	25 OH VITAMINA D TOTAL POR INMUNOENSAYO (QUIMIOLUMINISCENCIA, ENZIMOINMUNOENSAYO, RADIO INMUNOENSAYO Y OTROS)	16.300	8.150	21.190	13.040	26.080	17.930
03 02 080	VITAMINA B6 POR HPLC	50.070	25.030	65.090	40.050	80.110	55.070
03 02 081	CALCIO IÓNICO. INCLUYE MEDICIÓN DE PH MÉTODO IÓN SELECTIVO. NO INCLUYE POINT OF CARE TESTING POCT	2.410	1.200	3.130	1.920	3.860	2.650
03 02 082	FENILALANINA CUANTITATIVA EN GOTAS DE SANGRE SECA	8.290	4.140	10.780	6.630	13.260	9.110
03 02 083	CARBOXIHEMOGLOBINA	22.430	11.210				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 02 084	PLOMO EN SANGRE	62.190	31.090				
03 02 085	PREALBUMINA	29.400	14.700				
03 02 086	HOMOCISTEÍNA	58.180	29.090				
03 02 100	PROTEÍNAS TOTALES EN SANGRE	1.420	710	1.850	1.140	2.270	1.560
03 02 101	ALBÚMINAS EN SANGRE	1.420	710	1.850	1.140	2.270	1.560
03 02 095	TIOPURINA METILTRANSFERASA, ACTIVIDAD ENZIMATICA	58.870	29.430				
03 02 097	HORMONA TIROESTIMULANTE, NEONATAL EN GSS	21.770	10.880				
03 02 098	PERFIL DE AMINOÁCIDOS Y ACILCARNITINAS EN GSS	77.880	38.940				
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).	123.700	61.850				
03 02 102	LEUCINA CUALITATIVA EN GSS	33.220	16.610				
	III.- HORMONAS						
	A.- EN SANGRE						
03 03 001	ADENOCORTICOTROFINA (ACTH)	8.300	4.150	10.790	6.640	13.280	9.130
03 03 002	ALDOSTERONA	6.840	3.420	8.890	5.470	10.940	7.520
03 03 003	ANDROSTENEDIONA	5.400	2.700	7.020	4.320	8.640	5.940
03 03 004	ANGIOTENSINA	6.590	3.290	8.570	5.270	10.540	7.240
03 03 006	CORTISOL	5.400	2.700	7.020	4.320	8.640	5.940
03 03 007	CRECIMIENTO, HORMONA DE (HGH) (SOMATOTROFINA)	6.840	3.420	8.890	5.470	10.940	7.520
03 03 008	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO (DHEA-S)	6.750	3.370	8.780	5.400	10.800	7.420
03 03 009	ERITROPOYETINA	5.680	2.840	7.380	4.540	9.090	6.250
03 03 012	GASTRINA	7.260	3.630	9.440	5.810	11.620	7.990
03 03 014	GONADOTROFINA CORIÓNICA, SUB-UNIDAD BETA (CUANTIFICACIÓN)	5.200	2.600	6.760	4.160	8.320	5.720

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 03 015	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)	5.320	2.660	6.920	4.260	8.510	5.850
03 03 016	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	5.330	2.660	6.930	4.260	8.530	5.860
03 03 047	IGF1 O SOMATOMEDINA - C (INSULINE LIKE GROWTH FACTOR)	13.210	6.600	17.170	10.560	21.140	14.530
03 03 048	IGFBP3, IGFBP1 (INSULIN LIKE GROWTH FACTOR BINDING PROTEINS) C/U	13.000	6.500	16.900	10.400	20.800	14.300
03 03 017	INSULINA	4.950	2.470	6.440	3.960	7.920	5.440
03 03 031	INSULINA, CURVA DE (MÍNIMO DOS DETERMINACIONES E INCLUYE TODAS LAS TOMAS DE MUESTRA NECESARIAS. NO INCLUYE LA GLUCOSA QUE SE ADMINISTRA)	13.350	6.670	17.360	10.680	21.360	14.680
03 03 018	PARATHORMONA, HORMONA PARATIROÍDEA O PTH.	8.110	4.050	10.540	6.480	12.980	8.920
03 03 019	PROGESTERONA	5.040	2.520	6.550	4.030	8.060	5.540
03 03 020	PROLACTINA (PRL)	5.320	2.660	6.920	4.260	8.510	5.850
03 03 021	RENINA	8.600	4.300	11.180	6.880	13.760	9.460
03 03 046	SHBG (SEX-HORMONE BINDING GLOBULIN)	12.260	6.130	15.940	9.810	19.620	13.490
03 03 022	TESTOSTERONA EN SANGRE	5.530	2.760	7.190	4.420	8.850	6.080
03 03 023	TESTOSTERONA LIBRE EN SANGRE	6.310	3.150	8.200	5.040	10.100	6.940
03 03 123	ÍNDICE ANDROGÉNICO (INCLUYE TESTOSTERONA TOTAL Y SHBG)	12.510	6.250	16.260	10.000	20.020	13.760
03 03 024	TIROESTIMULANTE (TSH), HORMONA (ADULTO, NIÑO O R.N.)	4.380	2.190	5.690	3.500	7.010	4.820
03 03 025	TIROGLOBULINA	6.840	3.420	8.890	5.470	10.940	7.520
03 03 026	TIROXINA LIBRE (T4L)	5.040	2.520	6.550	4.030	8.060	5.540
03 03 027	TIROXINA O TETRAYODOTIRONINA (T4)	4.380	2.190	5.690	3.500	7.010	4.820
03 03 028	TRIYODOTIRONINA (T3)	4.550	2.270	5.920	3.640	7.280	5.000
03 03 029	17 - HIDROXIPROGESTERONA	6.840	3.420	8.890	5.470	10.940	7.520
03 03 030	ESTRADIOL (17-BETA)	5.220	2.610	6.790	4.180	8.350	5.740
03 03 049	CATECOLAMINAS EN SANGRE (INCLUYE MEDICIÓN DE ADRENALINA, NORADRENALINA Y DOPAMINA POR SEPARADO POR MÉTODOS CROMATOGRÁFICOS)	33.680	16.840	43.780	26.940	53.890	37.050

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 03 052	PEPTIDO C	43.670	21.830				
03 03 053	CALCITONINA	44.300	22.150				
03 03 054	INHIBINA B	51.070	25.530				
03 03 055	NT-PRO BNP O BNP	51.670	25.830				
03 03 057	TRIYODOTIRONINA LIBRE (T3 LIBRE)	20.450	10.220				
	B.- EN ORINA						
03 03 033	ANGIOTENSINA	6.170	3.080	8.020	4.930	9.870	6.780
03 03 035	CORTISOL LIBRE URINARIO	5.480	2.740	7.120	4.380	8.770	6.030
03 03 039	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUB-UNIDAD BETA; TITULACIÓN POR (ELISA; RIA O IRMA; QUIMIOLUMINISCENCIA U OTRA TÉCNICA)	5.190	2.590	6.750	4.150	8.300	5.700
03 03 050	METANEFRIAS URINARIAS (INCLUYE DETERMINACIÓN DE METANEFRINA Y NORMETANEFRINA POR SEPARADO POR MÉTODOS CROMATOGRÁFICOS)	40.990	20.490	53.290	32.790	65.580	45.080
03 03 051	CATECOLAMINAS URINARIAS (INCLUYE MEDICIÓN DE ADRENALINA, NORADRENALINA Y DOPAMINA POR SEPARADO POR MÉTODOS CROMATOGRÁFICOS)	35.240	17.620	45.810	28.190	56.380	38.760
	C.- OTRAS MUESTRAS						
03 03 056	CORTISOL SALIVAL	47.240	23.620				
	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)	62.670	31.330	81.470	50.130	100.270	68.930
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)	64.290	32.140	83.580	51.430	102.860	70.710
03 04 003	CARIOTIPO EN FIBROBLASTOS POR CULTIVO DE TROFOBlasto, LÍQUIDO AMNIÓTICO, PIEL U OTROS BANDEOS G Y EVENTUALMENTE Q, R, C, NOR	58.840	29.420	76.490	47.070	94.140	64.720
03 04 006	FISH CROMOSOMAS X E Y	84.340	42.170	109.640	67.470	134.940	92.770
03 04 007	DIAGNÓSTICO GENÉTICO MOLECULAR: DISPLASIA TANATOFÓRICA TIPO I Y II	37.060	18.530	48.180	29.650	59.300	40.770
03 04 008	AMPLIFICACIÓN POR PCR MÁS ANÁLISIS DE FRAGMENTOS FLUORESCENTES POR ELECTROFORESIS CAPILAR (HASTA 5 FRAGMENTOS)	200.910	100.450				
03 04 009	ESTUDIO DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES POR AMPLIFICACIÓN MÚLTIPLE DE SONDAS DEPENDIENTE DE LIGACIÓN (MLPA) (1 O VARIOS GENES)	103.990	51.990				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 04 010	ESTUDIO DE DELECCIONES Y DUPLICACIONES POR AMPLIFICACIÓN MÚLTIPLE DE SONDAS DEPENDIENTE DE LIGACIÓN (MLPA) MÁS ESTUDIO DE METILACIÓN O SEGUNDO SET DE SONDAS (1 O VARIOS GENES)	122.820	61.410				
03 04 012	AMPLIFICACIÓN POR PCR EN TIEMPO REAL CUANTITATIVO CON SONDA	190.050	95.020				
03 04 013	AMPLIFICACIÓN DE ADN POR PCR CONVENCIONAL DE 1 FRAGMENTO	152.690	76.340				
03 04 014	AMPLIFICACIÓN POR PCR MÁS ANÁLISIS POR RESTRICCIÓN ENZIMÁTICA	138.420	69.210				
03 04 015	FISH EN FROTIS FRESCOS DE MÉDULA ÓSEA, SANGRE, CONCENTRADO DE CÉLULAS PLASMÁTICAS SELECCIONADAS, BÚSQUEDA DE ALTERACIONES ADQUIRIDAS	283.840	141.920				
03 04 016	CARIOTIPO MOLECULAR (HIBRIDACIÓN GENÓMICA COMPARATIVA EN MICROMATRICES) 60K (INCLUYE LA EXTRACCIÓN DE ADN) V.- INMUNOLOGIA A.- INMUNOQUIMICA	786.870	393.430				
03 05 001	ALFA -1- ANTITRIPSINA CUANTITATIVA	5.190	2.590	6.750	4.150	8.300	5.700
03 05 002	ALFA -2- MACROGLOBULINA	5.360	2.680	6.970	4.290	8.580	5.900
03 05 003	ALFA FETOPROTEÍNAS	5.040	2.520	6.550	4.030	8.060	5.540
03 05 004	TAMIZAJE DE ANTICUERPOS ANTI-ANTÍGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES (A- ENA) (INCLUYE SM, RNP, RO, LA, SCL- 70 Y JO- 1).	10.420	5.210	13.550	8.340	16.670	11.460
03 05 005	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA), ANTIMITOCONDRIALES, ANTI DNA (ADNA), ANTI MÚSCULO LISO, ANTICENTRÓMERO, U OTROS, C/U.	7.330	3.660	9.530	5.860	11.730	8.060
03 05 007	ANTICUERPOS ESPECÍFICOS Y OTROS AUTOANTICUERPOS (ANTICUERPOS ANTITIROÍDEOS: ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES Y ANTITIROGLOBULINAS Y OTROS ANTICUERPOS: PROSTÁTICO, ESPERMIO, ETC.) C/U	5.850	2.920	7.610	4.680	9.360	6.430
03 05 008	ANTIESTREPTOLISINA O, POR TÉCNICA DE LÁTEX	4.530	2.260	5.890	3.620	7.250	4.980
03 05 009	ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	6.840	3.420	8.890	5.470	10.940	7.520
03 05 070	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	8.810	4.400	11.450	7.040	14.100	9.690
03 05 170	ANTÍGENO CA 125, CA 15-3 Y CA 19-9, C/U	9.130	4.560	11.870	7.300	14.610	10.040
03 05 010	BETA-2-MICROGLOBULINA	7.780	3.890	10.110	6.220	12.450	8.560
03 05 012	COMPLEMENTO C1Q, C2, C3, C4, ETC., C/U	4.530	2.260	5.890	3.620	7.250	4.980

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 05 013	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO (CH 50)	7.280	3.640	9.460	5.820	11.650	8.010
03 05 014	CRIOGLOBULINAS, PRECIPITACIÓN EN FRÍO (CUALITATIVA) O CUANTITATIVA C/U	1.240	620	1.610	990	1.980	1.360
03 05 019	FACTOR REUMATOÍDEO POR TÉCNICA DE LÁTEX U OTRAS SIMILARES	2.590	1.290	3.370	2.070	4.140	2.840
03 05 020	FACTOR REUMATOÍDEO POR TÉCNICA DE SCAT, WAALER ROSE, NEFELOMÉTRICAS Y/O TURBIDIMÉTRICAS	4.450	2.220	5.790	3.560	7.120	4.890
03 05 021	INHIBIDOR DE C1Q, C2 Y C3, C/U	5.680	2.840	7.380	4.540	9.090	6.250
03 05 025	INMUNOFIJACIÓN DE INMUNOGLOBULINA, C/U	9.000	4.500	11.700	7.200	14.400	9.900
03 05 026	INMUNOGLOBULINA IGA SECRETORA	4.250	2.120	5.530	3.400	6.800	4.670
03 05 027	INMUNOGLOBULINAS IGA, IGG, IGM, C/U	4.980	2.490	6.470	3.980	7.970	5.480
03 05 028	INMUNOGLOBULINAS IGE, IGD TOTAL, C/U	5.190	2.590	6.750	4.150	8.300	5.700
03 05 029	INMUNOGLOBULINAS IGE, IGG ESPECÍFICAS, C/U	5.110	2.550	6.640	4.080	8.180	5.620
03 05 030	PROTEÍNA C REACTIVA POR TÉCNICA DE LÁTEX U OTRAS SIMILARES	4.690	2.340	6.100	3.750	7.500	5.150
03 05 031	PROTEÍNA C REACTIVA POR TÉCNICAS AUTOMATIZADAS	5.880	2.940	7.640	4.700	9.410	6.470
03 05 081	ANTICUERPO ANTIENDOMISIO (EMA, ANTIMEMBRANA BASAL GLOMERULAR (GBM), ANTIRETICULINA, POR IFI C/U.	10.980	5.490	14.270	8.780	17.570	12.080
03 05 181	ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (TTG)(INCLUYE IGG E IGA)	11.740	5.870	15.260	9.390	18.780	12.910
03 05 082	ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA), (INCLUYE C-ANCA Y P-ANCA), POR IFI.	15.700	7.850	20.410	12.560	25.120	17.270
03 05 083	DETERMINACIÓN DE ISOTIPOS DE ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (G-M-A-C'3), PORIFI, C/U.	7.530	3.760	9.790	6.020	12.050	8.280
03 05 084	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS (IGG, IGM), C/U	12.480	6.240	16.220	9.980	19.970	13.730
03 05 085	ANTICUERPOS ANTI LKM-1	22.290	11.140	28.980	17.830	35.660	24.510
03 05 086	ANTICUERPOS CONTRA PÉPTIDOS DEAMINADOS DE GLIADINA IGG E IGA	10.240	5.120	13.310	8.190	16.380	11.260
03 05 098	CROMOGRANINA A	47.310	23.650				
03 05 099	PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO, ANTICUERPOS IGG	36.610	18.300				
03 05 104	ANTÍGENO PROSTÁTICO TOTAL Y LIBRE	23.280	11.640				
03 05 105	ANTICUERPOS ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA 1 (IGG, IGM), C/U	38.770	19.380				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 05 106	ESTUDIO INMUNOLÓGICO DE DIABETES (INCLUYE DETERMINACIÓN SIMULTÁNEA DE ANTICUERPOS ANTI-CÉLULAS DE ISLOTES (ICA), AUTO ANTICUERPO INSULINA NATIVA (IAA), ANTI-ANTÍGENO DE INSULINOMA-2 (IA2) Y ANTI-GLUTAMATO DESCARBOXILASA (GADA).	103.380	51.690				
03 05 107	ANTICUERPOS ANTI-MPO (MIELOPEROXIDASA)	38.160	19.080				
03 05 108	ANTICUERPOS ANTI ANTÍGENOS NUCLEARES EXTRACTABLES (A-ENA): SM, RNP, SS-A/RO, SS-B/LA, SCL-70, JO-1). C/U	21.900	10.950				
03 05 124	RECEPTOR DE TIROTROPINA (TRAB), ANTICUERPOS ANTI B.- INMUNOCELULARES	33.280	16.640				
03 05 035	DETECCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y TITULACIÓN DE CRIOAGLUTININAS	2.570	1.280	3.340	2.050	4.110	2.820
03 05 036	CRIOHEMOLISINAS	2.570	1.280	3.340	2.050	4.110	2.820
03 05 037	DIGESTIÓN FAGOCÍTICA NITROBLUE-TETRAZOLIUM CUALITATIVO Y CUANTITATIVO	7.680	3.840	9.980	6.140	12.290	8.450
03 05 038	FAGOCITOSIS: INGESTIÓN Y DIGESTIÓN (KILLING) DE LEVADURAS POR POLIMORFONUCLEARES	12.300	6.150	15.990	9.840	19.680	13.530
03 05 039	FAGOCITOSIS: INGESTIÓN Y DIGESTIÓN (KILLING) DE BACTERIAS POR POLIMORFONUCLEARES	13.140	6.570	17.080	10.510	21.020	14.450
03 05 040	INMUNOADHERENCIA DE LEUCOCITOS MACRÓFAGOS	6.170	3.080	8.020	4.930	9.870	6.780
03 05 041	INTRADERMORREACCIÓN (PPD, HISTOPLASMINA, ASPERGILINA, U OTROS, INCLUYE EL VALOR DEL ANTÍGENO Y REACCIÓN DE CONTROL), C/U.	4.870	2.430	6.330	3.890	7.790	5.350
03 05 080	ESTUDIO PARA HIPERSENSIBILIDAD RETARDADA	19.540	9.770	25.400	15.630	31.260	21.490
03 05 042	LIF O MIF	5.760	2.880	7.490	4.610	9.220	6.340
03 05 044	LINFOCITOS B (ROSETAS EAC) Y LINFOCITOS T (ROSETAS E) C/U	7.170	3.580	9.320	5.730	11.470	7.880
03 05 047	LINFOTOXINAS HUMANAS, DETECCIÓN DE	8.560	4.280	11.130	6.850	13.700	9.420
03 05 049	TRANSFORMACIÓN LINFOBLÁSTICA A DROGAS, ANÁLISIS DE TRANSFORMACIÓN ESPONTÁNEA CON ESTÍMULO INESPECÍFICO Y CON DIFERENTES CONCENTRACIONES DE LA DROGA EN 1000 CÉLULAS	26.980	13.490	35.070	21.580	43.170	29.680
03 05 089	LINFOCITOS B TOTALES (CD19). TÉCNICA CITOMETRÍA DE FLUJO	44.240	22.120	57.510	35.390	70.780	48.660
03 05 091	LINFOCITOS T (INCLUYE CD3, CD4, CD8). TÉCNICA CITOMETRÍA DE FLUJO	28.220	14.110	36.690	22.580	45.150	31.040
03 05 092	NATURAL KILLERS (INCLUYE CD16, CD 56). TÉCNICA CITOMETRÍA DE FLUJO	27.490	13.740	35.740	21.990	43.980	30.230
03 05 093	INMUNOFENOTIPO EN LEUCEMIAS AGUDAS	330.000	165.000				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 05 094	INMUNOFENOTIPO EN SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVOS	281.260	140.630				
03 05 095	INMUNOFENOTIPO EN SÍNDROME MIELODISPLÁSICOS	286.380	143.190				
03 05 096	DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RESIDUAL MÍNIMA	181.870	90.930				
03 05 097	CUANTIFICACIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS CD 34	77.970	38.980				
	C.- HISTOCOMPATIBILIDAD						
03 05 110	ALOCROSS MATCH LINFOCITOS T Y LINFOCITOS B (CITOMETRÍA DE FLUJO)	278.220	139.110				
03 05 111	ANTICUERPO ANTI HLA CLASE I Y II SCREENING (LUMINEX)	62.140	31.070				
03 05 112	AUTOCROSSMATCH LINFOCITOS T Y B (CITOMETRÍA DE FLUJO)	278.220	139.110				
03 05 113	ESPECIFICIDAD DE ANTICUERPOS HLA CON ANTÍGENOS INDIVIDUALES CLASE I (LUMINEX)	236.180	118.090				
03 05 114	ESPECIFICIDAD DE ANTICUERPOS HLA CON ANTÍGENOS INDIVIDUALES CLASE II (LUMINEX)	278.220	139.110				
03 05 115	ESTUDIO RECEPTOR TRASPLANTADO CON DONANTE CADÁVER	447.550	223.770				
03 05 116	HLA-AB TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	167.300	83.650				
03 05 117	HLA-ABDR TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	278.220	139.110				
03 05 118	HLA-B27 TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	87.840	43.920				
03 05 119	HLA-C TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	102.130	51.060				
03 05 120	HLA-DP TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	102.130	51.060				
03 05 121	HLA-DQ TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	155.480	77.740				
03 05 122	HLA-DR TIPIFICACIÓN (BIOLOGÍA MOLECULAR)	109.890	54.940				
03 05 123	SEROTECA MENSUAL Y MANTENCIÓN EN LISTA DE ESPERA	25.700	12.850				
	VI.- EXAMENES MICROBIOLOGICOS						
	A.- BACTERIAS Y HONGOS						
	A.1 EXAMENES MICROSCOPICOS						
03 06 001	BACILOSCOPÍA POR MÉTODO DE CONCENTRACIÓN	2.550	1.270	3.320	2.040	4.080	2.800

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 002	BACILOSCOPIA ZIEHL-NEELSEN, C/U	1.670	830	2.170	1.330	2.670	1.830
03 06 004	EXAMEN DIRECTO AL FRESCO, C/S TINCIÓN (INCLUYE TRICHOMONAS)	1.450	720	1.890	1.160	2.320	1.590
03 06 005	TINCIÓN DE GRAM	670	330	870	530	1.070	730
03 06 006	ULTRAMICROSCOPIA (INCLUYE TOMA DE MUESTRAS)	4.930	2.460	6.410	3.940	7.890	5.420
03 06 102	TINCIÓN DE TOLUIDINA	46.040	23.020				
	A.2 CULTIVOS						
	(INCLUYE LA IDENTIFICACIÓN BIOQUÍMICA Y SEROLÓGICA CUANDO CORRESPONDA)						
03 06 007	COPROCULTIVO, C/U	4.020	2.010	5.230	3.220	6.430	4.420
03 06 008	CULTIVO CORRIENTE (EXCEPTO COPROCULTIVO, HEMOCULTIVO Y UROCULTIVO) C/U	3.510	1.750	4.560	2.800	5.620	3.860
03 06 011	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER TÉCNICA) (INCLUYE TOMA DE ORINA ASEPTICA Y FRASCO RECOLECTOR) (NO INCLUYE RECOLECTOR PEDIÁTRICO NI Sonda)	3.580	1.790	4.650	2.860	5.730	3.940
03 06 091	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO. INCLUYE ANTIBIOGRAMA CON CIM. 2 FRASCOS (COSTO NO INCLUIDO EN EL ARANCEL)	17.090	8.540	22.220	13.670	27.340	18.790
03 06 093	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO PARA MICOBACTERIAS.1 FRASCO (COSTO NO INCLUIDO EN EL ARANCEL)	18.020	9.010	23.430	14.420	28.830	19.820
03 06 101	CULTIVO DE LÍQUIDO DE CAVIDADES ESTÉRILES EN FRASCO DE HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO. INCLUYE ANTIBIOGRAMA POR DIFUSIÓN O DILUCIÓN (1 FRASCO, COSTO NO INCLUIDO EN ARANCEL).	20.890	10.440				
03 06 106	HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO PARA HONGOS	20.080	10.040				
	A.3 CULTIVOS ESPECIFICOS PARA						
03 06 012	CULTIVO PARA ANAEROBIOS (INCLUYE CÓD. 03-06-008)	8.570	4.280	11.140	6.850	13.710	9.420
03 06 013	CULTIVO PARA BORDETELLA	6.790	3.390	8.830	5.430	10.860	7.460
03 06 014	CULTIVO PARA CAMPYLOBACTER, YERSINIA, VIBRIO, C/U	5.140	2.570	6.680	4.110	8.220	5.650
03 06 016	NEISSERIA GONORRHOEAE (GONOCOCO)	2.870	1.430	3.730	2.290	4.590	3.150
03 06 017	CULTIVO PARA HONGOS (LEVADURAS Y FILAMENTOSOS)	2.600	1.300	3.380	2.080	4.160	2.860
03 06 117	CULTIVO PARA DERMATOFITOS	2.950	1.470	3.840	2.360	4.720	3.240

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 018	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS (INCLUYE BACILO DE KOCH)	4.430	2.210	5.760	3.540	7.090	4.870
03 06 019	CULTIVO PARA LEGIONELLA	5.970	2.980	7.760	4.770	9.550	6.560
03 06 022	CULTIVO Y TIPIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS	5.970	2.980	7.760	4.770	9.550	6.560
03 06 023	CULTIVO MYCOPLASMA Y UREAPLASMA, C/U.	6.100	3.050	7.930	4.880	9.760	6.710
03 06 099	STREPTOCOCCUS GRUPO B/ AGALACTIAE EN EMBARAZADA POR CULTIVO CON MEDIO SELECTIVO Y/O ENRIQUECIDO.	14.910	7.450				
03 06 100	CULTIVO ACELERADO PARA MICOBACTERIAS	25.120	12.560				
	A.4 ANTIBIOGRAMA						
03 06 025	ANTIBIOGRAMA BACILO DE KOCH (CADA FÁRMACO)	5.100	2.550	6.630	4.080	8.160	5.610
03 06 026	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE (MÍNIMO 10 FÁRMACOS) (EN CASO DE UROCULTIVO NO CORRESPONDE SU COBRO; INCLUIDO EN EL VALOR 03-06-011)	2.600	1.300	3.380	2.080	4.160	2.860
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)	7.830	3.910	10.180	6.260	12.530	8.610
03 06 028	ANTIFUNGIGRAMA (MÍNIMO 4 FÁRMACOS ANTIHONGOS)	2.620	1.310	3.410	2.100	4.190	2.880
	A.5 OTROS						
03 06 090	TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE STREPTOCOCCUS GRUPO A (PYOGENES)	5.880	2.940	7.640	4.700	9.410	6.470
03 06 097	CHLAMYDIA TRACHOMATIS Y NEISSERIA GONORRHOEAE DETECCIÓN POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR	40.990	20.490				
03 06 098	TOXINA CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN DEPOSICIONES TEST RÁPIDO	18.730	9.360				
03 06 107	PNEUMOCYSTIS JIROVECCI POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN TIEMPO REAL	81.510	40.750				
03 06 118	AMPLIFICACIÓN DE DNA DE BORDETELLA PERTUSSIS POR TÉCNICA DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN TIEMPO REAL	61.510	30.750				
	A.6 SEROLOGICOS						
	(DETERMINACIÓN DE ANTÍGENOS O ANTICUERPOS)						
03 06 033	BRUCELLA ABORTUS, MELITENSIS Y SUIS, ANTICUERPOS, POR AGLUTINACIÓN O ELISA	2.010	1.000	2.610	1.600	3.220	2.210
03 06 034	CLAMIDIAS POR INMUNOFLUORESCENCIA, PEROXIDASA, ELISA O SIMILARES	5.250	2.620	6.830	4.200	8.400	5.770
03 06 036	MONONUCLEOSIS, REACCIÓN DE PAUL BUNNELL, ANTICUERPOS HETERÓFILOS O SIMILARES	2.310	1.150	3.000	1.840	3.700	2.540

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 037	MYCOPLASMA IGG, IGM, C/U.	5.050	2.520	6.570	4.040	8.080	5.550
03 06 038	R.P.R.	2.610	1.300	3.390	2.080	4.180	2.870
03 06 039	TÍFICAS, REACCIONES DE AGLUTINACIÓN (EBERTH H Y O, PARATYPHI A Y B) (WIDAL)	3.440	1.720	4.470	2.750	5.500	3.780
03 06 041	TREPONEMA PALLIDUM FTA - ABS, MHA-TP C/U	4.820	2.410	6.270	3.860	7.710	5.300
03 06 042	V.D.R.L.	2.990	1.490	3.890	2.390	4.780	3.280
03 06 094	ANTÍGENO GALACTOMANANO	25.900	12.950	33.670	20.720	41.440	28.490
03 06 119	INTERFERÓN GAMMA TBC	98.270	49.130				
	B. PARASITOS						
	B.1 MACRO Y MICROSCOPICOS						
03 06 043	ARTRÓPODOS MACROSCÓPICOS Y MICROSCÓPICOS (IMAGOS Y/O PUPAS Y/O LARVAS), DIAGNÓSTICODE	3.080	1.540	4.000	2.460	4.930	3.390
03 06 045	COPROPARASITARIO SERIADO CON TÉCNICA PARA CRYPTOSPORIDIUM SP O PARA DIANTAMOEBA FRAGILIS (INCLUYE LOS CÓDIGOS 03-06-048 Y/O 03-06-059 MÁS APLICACIÓN DE TÉCNICA DE FROTIS CON TINCION TRICRÓMICA O TINCION ZIEHL-NEELSEN EN POR LO MENOS 3 MUESTRAS, SEGÚN CORRESPONDA)	8.590	4.290	11.170	6.870	13.740	9.440
03 06 046	COPROPARASITARIO SERIADO PARA FASCIOLA HEPÁTICA (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO DE 10 MUESTRAS POR MÉTODO DE TELEMANN Y SIMULTÁNEAMENTE POR TÉCNICA DE SEDIMENTACIÓN RÁPIDA (COPA CÓNICA)	19.580	9.790	25.450	15.660	31.330	21.540
03 06 047	COPROPARASITARIO SERIADO PARA ISOSPORA Y SARCOCYSTIS (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO DE 3 MUESTRAS SEPARADAS)	4.520	2.260	5.880	3.620	7.230	4.970
03 06 048	COPROPARASITOLÓGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO POR CONCENTRACIÓN DE TRES MUESTRAS SEPARADAS MÉTODO TELEMANN) (PROC. AUT.)	2.880	1.440	3.740	2.300	4.610	3.170
03 06 049	DIAGNÓSTICO DE PARÁSITOS EN JUGO DUODENAL Y/O BILIS, EXAMEN MACROSCÓPICO Y MICROSCÓPICO (DIRECTO Y/O CONCENTRACIÓN, C/S TINCION)	2.740	1.370	3.560	2.190	4.380	3.010
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	2.890	1.440	3.760	2.310	4.620	3.170
03 06 051	GRAHAM, EXAMEN DE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO DE 5 MUESTRAS SEPARADAS)	2.030	1.010	2.640	1.620	3.250	2.230
03 06 052	ESTUDIO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS	1.700	850	2.210	1.360	2.720	1.870

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 053	HEMOPARÁSITOS, DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO DE (MÍNIMO 10 FROTIS Y/O GOTAS GRUESAS, C/S EXAMEN DIRECTO AL FRESCO), CADA SESIÓN	9.640	4.820	12.530	7.710	15.420	10.600
03 06 054	HEMOPARÁSITOS, DIAGNÓSTICO POR TÉCNICA DE MICROSTROUT O SIMILAR EN HASTA 10 TUBOS CAPILARES, CADA SESIÓN (CHAGAS)	10.700	5.350	13.910	8.560	17.120	11.770
03 06 056	RASPADO DE PIEL, EXAMEN MICROSCÓPICO DE (ACAROTEST): DE 6 A 10 PREPARACIONES	3.850	1.920	5.010	3.080	6.160	4.230
03 06 059	COPROPARASITOLÓGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE GUSANOS MACROSCÓPICOS Y EXAMEN MICROSCÓPICO POR CONCENTRACIÓN DE TRES MUESTRAS SEPARADAS MÉTODO PAFS) (PROC. AUT.)	3.830	1.910	4.980	3.060	6.130	4.210
	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	5.430	2.710	7.060	4.340	8.690	5.970
03 06 066	INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (TOXOPLASMOSIS, CHAGAS, AMEBIASIS Y OTRAS), C/U	5.920	2.960	7.700	4.740	9.470	6.510
03 06 095	PARÁSITOS: DETERMINACIÓN POR REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (PCR)	39.390	19.690	51.210	31.510	63.020	43.320
03 06 096	PARÁSITOS: TEST RÁPIDO ANTICUERPOS (CHAGAS Y OTROS)	10.350	5.170	13.460	8.280	16.560	11.380
	C. VIRUS						
	C.1 CULTIVOS						
03 06 068	AISLAMIENTO DE VIRUS (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, ENTEROVIRUS, HERPES, INFLUENZA, POLIO,SARAMPIÓN Y OTROS), C/U	8.880	4.440	11.540	7.100	14.210	9.770
	C.2 SEROLOGIA						
	(DETERMINACIÓN DE ANTÍGENOS O ANTICUERPOS)						
03 06 069	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE (SARS COV-2 IGM IGG), (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLE, RUBÉOLA, INFLUENZA A Y B; VIRUS VARICELA-ZOSTER; VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO; PARAINFLUENZA 1, 2 Y 3; EPSTEIN BARR Y OTROS), C/U	6.040	3.020	7.850	4.830	9.660	6.640
03 06 169	ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.	5.230	2.610	6.800	4.180	8.370	5.750
03 06 070	ANTÍGENOS VIRALES DETERM. DE (ADENOVIRUS, CITOMEGALOVIRUS, HERPES SIMPLEX, RUBEOLA, INFLUENZA Y OTROS), (POR CUALQUIER TÉCNICA EJ: INMUNOFLUORESCENCIA), C/U	5.400	2.700	7.020	4.320	8.640	5.940
03 06 170	ANTÍGENOS VIRALES DETERM. DE ROTAVIRUS, POR CUALQUIER TÉCNICA	4.950	2.470	6.440	3.960	7.920	5.440
03 06 270	ANTÍGENOS VIRALES DETERM. DE VIRUS SINCICIAL, POR CUALQUIER TÉCNICA	5.710	2.850	7.420	4.560	9.140	6.280

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 06 074	VIRUS HEPATITIS A, ANTICUERPOS IGG, IGM O TOTALES C/U	7.410	3.700	9.630	5.920	11.860	8.150
03 06 075	VIRUS HEPATITIS B, ANTICUERPO DEL ANTÍGENO E DEL	7.260	3.630	9.440	5.810	11.620	7.990
03 06 076	VIRUS HEPATITIS B, ANTICORE TOTAL DEL (ANTI HBC TOTAL)	7.420	3.710	9.650	5.940	11.870	8.160
03 06 078	VIRUS HEPATITIS B, ANTÍGENO E DEL (HBEAG)	6.710	3.350	8.720	5.360	10.740	7.380
03 06 079	VIRUS HEPATITIS B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE (HBSAG)	5.300	2.650	6.890	4.240	8.480	5.830
03 06 080	VIRUS HEPATITIS B, ANTICORE IGM DEL (ANTI HBC IGM)	7.380	3.690	9.590	5.900	11.810	8.120
03 06 081	VIRUS HEPATITIS C, ANTICUERPOS DE (ANTI HCV)	8.090	4.040	10.520	6.470	12.940	8.890
03 06 082	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN TIEMPO REAL, SARS COV-2, (INCLUYE TOMA MUESTRA HISOPADO NASOFARÍNGEO).	24.140	12.070				
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).	28.010	14.000				
03 06 083	CITOMEGALOVIRUS (CMV) SHELL VIAL AISLAMIENTO RÁPIDO	71.880	35.940				
03 06 084	HEPATITIS B, CARGA VIRAL	109.600	54.800				
03 06 085	HEPATITIS C CARGA VIRAL. TÉCNICA PCR	121.950	60.970				
03 06 086	VIH, CARGA VIRAL	64.810	32.400				
03 06 087	VIRUS EPSTEIN BARR (VEB) CARGA VIRAL. TÉCNICA PCR	152.060	76.030				
03 06 088	POLIOMA (BK) VIRUS CARGA VIRAL. TÉCNICA PCR	94.200	47.100				
03 06 109	VIH, GENOTIPIFICACIÓN ANTIVIRALES	416.460	208.230				
03 06 110	PCR METAPNEUMOVIRUS	76.180	38.090				
03 06 111	HTLV I Y II DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS VIRALES	74.410	37.200				
03 06 112	VIH, ANTICUERPOS Y ANTÍGENOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.	7.010	3.500				
03 06 113	VIH, REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) EN LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO	60.950	30.470				
03 06 120	PANEL VIRAL DIARREA POR PCR (DETERMINACIÓN DE ROTAVIRUS, NOROVIRUS G1, NOROVIRUS G2, ASTROVIRUS, ADENOVIRUS)	120.720	60.360				
03 06 121	HANTA VIRUS, ANTICUERPOS IGM TEST RÁPIDO	65.750	32.870				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
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.	82.980	41.490				
03 06 123	VIRUS PAPILOMA HUMANO POR PCR CON GENOTIPIFICACIÓN DE PAPILOMA DE ALTO RIESGO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO TIPOS 16 Y 18	26.540	13.270	34.500	21.230	42.460	29.190
03 06 146	REACCIÓN DE POLIMERASA EN CADENA (P.C.R.) VIRUS VIRUELA SÍMICA (INCLUYE HISOPADO DE LESIONES CUTÁNEAS).	28.130	14.060				
03 06 271	TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS SARS-COV-2 (INCLUYE TOMA DE MUESTRA)	9.160	4.580				
	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)	5.780	2.890	7.510	4.620	9.250	6.360
03 07 002	PRUEBA DE LA SED (VOLUMEN, DENSIDAD, OSMOLALIDAD SERIADA EN SANGRE Y ORINA)	5.110	2.550	6.640	4.080	8.180	5.620
03 07 005	REACCIÓN CUTÁNEA DE PARCHE C/U	780	390	1.010	620	1.250	860
03 07 006	SOBRECARGA HÍDRICA	1.810	900	2.350	1.440	2.900	1.990
03 07 007	TEST DEL SUDOR (PROCEDIMIENTO COMPLETO)	15.160	7.580	19.710	12.130	24.260	16.680
03 07 008	VASOPRESINA TEST O SIMILARES (INCLUYE ADEMÁS MEDICIONES DE DIURESIS)	4.330	2.160	5.630	3.460	6.930	4.760
	TOMA DE MUESTRAS						
	(INCLUYE PROCEDIMIENTO Y EL MATERIAL)						
	DE SANGRE						
03 07 009	ARTERIAL EN ADULTOS	1.170	580	1.520	930	1.870	1.280
03 07 010	ARTERIAL EN NIÑOS Y LACTANTES	1.730	860	2.250	1.380	2.770	1.900
03 07 011	VENOSA EN ADULTOS	850	420	1.110	680	1.360	930
03 07 012	VENOSA EN NIÑOS Y LACTANTES	790	390	1.030	630	1.260	860
03 07 013	CON TÉCNICA ASÉPTICA PARA HEMOCULTIVO AUTOMATIZADO, C/U, NO INCLUYE FRASCO	1.350	670	1.760	1.080	2.160	1.480
03 07 014	CAPILAR (ADULTOS, NIÑOS Y LACTANTES)	810	400	1.050	640	1.300	890
	DE ORINA, EXUDADOS, SECRECIONES Y LIQUIDOS DE CAVIDADES SEROSAS						

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 07 016	PUNCIÓN TRAQUEAL	2.340	1.170	3.040	1.870	3.740	2.570
03 07 017	PUNCIÓN VESICAL EN RECIÉN NACIDOS	2.540	1.270	3.300	2.030	4.060	2.790
03 07 018	PUNCIÓN MEDULAR ÓSEA	13.630	6.810	17.720	10.900	21.810	14.990
03 07 023	ASPIRADOS NASOFARÍNGEO PARA ADULTO Y NIÑO.	2.400	1.200	3.120	1.920	3.840	2.640
03 07 024	REACCIÓN CUTÁNEA A ALERGENOS (INCLUYE EL VALOR DE LOS ALERGENOS)	7.080	3.540	9.200	5.660	11.330	7.790
	VIII.- EXAMENES DE DEPOSICIONES, EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LIQUIDOS						
	A. DEPOSICIONES						
03 08 001	AZÚCARES REDUCTORES (BENEDICT-FEHLING O SIMILAR)	1.100	550	1.430	880	1.760	1.210
03 08 003	GRASAS NEUTRAS (SUDÁN III)	630	310	820	500	1.010	690
03 08 004	HEMORRAGIAS OCULTAS, (BENCIDINA, GUAYACO O TEST DE WEBER Y SIMILARES), CUALQUIER MÉTODO, C/MUESTRA	1.140	570	1.480	910	1.820	1.250
03 08 005	LEUCOCITOS FECALES	1.140	570	1.480	910	1.820	1.250
03 08 006	PH EN DEPOSICIONES	630	310	820	500	1.010	690
03 08 007	ELASTASA FECAL	74.340	37.170				
03 08 047	ESTEATOCRITO	15.880	7.940				
03 08 049	CALPROTECTINA CUANTITATIVA POR ELISA	44.330	22.160				
	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	4.810	2.400	6.250	3.840	7.700	5.290
03 08 010	CITOLÓGICO C/S TINCIÓN (INCLUYE EXAMEN AL FRESCO, RECUENTO CELULAR Y CITOLÓGICO PORCENTUAL)	3.230	1.610	4.200	2.580	5.170	3.550
03 08 011	DIRECTO AL FRESCO C/S TINCIÓN, (INCLUYE TRICHOMONAS)	1.500	750	1.950	1.200	2.400	1.650
03 08 012	ELECTROLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO), EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS, C/U	1.590	790	2.070	1.270	2.540	1.740
03 08 013	EOSINÓFILOS EN SECRECIONES	790	390	1.030	630	1.260	860
03 08 014	FÍSICO-QUÍMICO (INCLUYE ASPECTO, COLOR, PH, GLUCOSA, PROTEÍNA, PANDY Y FILANCIA)	2.720	1.360	3.540	2.180	4.350	2.990

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 08 015	GLUCOSA EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	710	350	920	560	1.140	780
03 08 016	MUCINA, DETERMINACIÓN DE	1.140	570	1.480	910	1.820	1.250
03 08 017	PH EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS (PROC. AUT.)	680	340	880	540	1.090	750
03 08 019	PROTEÍNAS, ELECTROFORÉISIS DE (INCLUYE PROTEÍNAS TOTALES) EN OTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	6.440	3.220	8.370	5.150	10.300	7.080
03 08 020	BANDAS OLIGOCLONALES (INCLUYE ELECTROFORESIS DE L.C.R., SUERO E INMUNOFUACIÓN)	25.250	12.620	32.830	20.200	40.400	27.770
03 08 021	GLUTAMINA	1.960	980	2.550	1.570	3.140	2.160
03 08 022	ÍNDICE IGG/ALBÚMINA (INCLUYE DETERM. DE IGG Y ALBÚMINA EN L.C.R. Y SUERO)	14.020	7.010	18.230	11.220	22.430	15.420
03 08 023	ESTUDIO DE CRISTALES (CON LUZ POLARIZADA)	1.700	850	2.210	1.360	2.720	1.870
03 08 025	PRUEBA DE ESTIMULACIÓN MÁXIMA CON HISTAMINA, MÍNIMO 5 MUESTRAS (NO INCLUYE LA HISTAMINA NI EL ANTIHISTAMÍNICO).	5.690	2.840	7.400	4.550	9.100	6.250
03 08 029	ESPERMIOGRAMA (FÍSICO Y MICROSCÓPICO, CON O SIN OBSERVACIÓN HASTA 24 HORAS)	4.600	2.300	5.980	3.680	7.360	5.060
03 08 030	FOSFATASA ÁCIDA PROSTÁTICA	3.090	1.540	4.020	2.470	4.940	3.390
03 08 031	FRUCTOSA SEMINAL	1.980	990	2.570	1.580	3.170	2.180
03 08 033	CÉLULAS ANARANJADAS (PROC. AUT.)	780	390	1.010	620	1.250	860
03 08 034	CONTAMINANTES (MECONIO Y SANGRE) (PROC. AUT.)	1.130	560	1.470	900	1.810	1.240
03 08 035	CREATININA EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS (PROC. AUT.)	1.250	620	1.630	1.000	2.000	1.370
03 08 036	FOSFATIDIL GLICEROL Y/O FOSFATIDIL INOSITOL	7.620	3.810	9.910	6.100	12.190	8.380
03 08 037	ÍNDICE DE BILIRRUBINA (PRUEBA DE LILEY)	1.530	760	1.990	1.220	2.450	1.680
03 08 038	ÍNDICE LECITINA/ESFINGOMIELINA	5.780	2.890	7.510	4.620	9.250	6.360
03 08 039	MADUREZ FETAL COMPLETA (FÍSICO; CÉLULAS ANARANJADAS, BILIRRUBINA, TEST DE CLEMENTS, CREATININA, CONTAMINANTES)	7.380	3.690	9.590	5.900	11.810	8.120
03 08 040	TEST DE CLEMENTS (PROC. AUT.)	1.290	640	1.680	1.030	2.060	1.410
03 08 041	COLPOCITOGRAMA	2.610	1.300	3.390	2.080	4.180	2.870
03 08 043	MOCO-SEMEN, PRUEBA DE COMPATIBILIDAD	2.470	1.230	3.210	1.970	3.950	2.710
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)	7.530	3.760	9.790	6.020	12.050	8.280

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 08 045	AMILASA EN LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	4.550	2.270	5.920	3.640	7.280	5.000
03 08 046	LIPASA EN LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	2.990	1.490	3.890	2.390	4.780	3.280
03 08 050	PROTEÍNAS TOTALES EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	1.480	740	1.920	1.180	2.370	1.630
03 08 051	ALBÚMINAS EN EXUDADOS, SECRECIONES Y OTROS LÍQUIDOS	1.480	740	1.920	1.180	2.370	1.630
	IX.- EXAMENES ORINA						
03 09 001	ACIDO ASCÓRBICO	2.520	1.260	3.280	2.020	4.030	2.770
03 09 002	ACIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO	4.430	2.210	5.760	3.540	7.090	4.870
03 09 004	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA (CUANTITATIVO)	2.140	1.070	2.780	1.710	3.420	2.350
03 09 005	ACIDO 5 HIDROXIINDOLACÉTICO CUANTITATIVO	5.310	2.650	6.900	4.240	8.500	5.840
03 09 006	AMILASA CUANTITATIVA EN ORINA	2.620	1.310	3.410	2.100	4.190	2.880
03 09 007	AMINOÁCIDOS EN ORINA (CUALITATIVO)(EXCEPTO FENILALANINA, PKU)	5.640	2.820	7.330	4.510	9.020	6.200
03 09 008	CALCIO CUANTITATIVO EN ORINA	1.980	990	2.570	1.580	3.170	2.180
03 09 009	CÁLCULO URINARIO (EXAMEN FÍSICO Y QUÍMICO)	4.700	2.350	6.110	3.760	7.520	5.170
03 09 010	CREATININA CUANTITATIVA EN ORINA	1.500	750	1.950	1.200	2.400	1.650
03 09 012	ELECTRÓLITOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U, EN ORINA	1.530	760	1.990	1.220	2.450	1.680
03 09 013	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA	2.740	1.370	3.560	2.190	4.380	3.010
03 09 014	GONADOTROFINA CORIÓNICA, SUB-UNIDAD BETA EN ORINA (TEST RÁPIDO)	2.610	1.300	3.390	2.080	4.180	2.870
03 09 015	FÓSFORO CUANTITATIVO EN ORINA	1.980	990	2.570	1.580	3.170	2.180
03 09 016	GLUCOSA (CUANTITATIVO), EN ORINA	1.350	670	1.760	1.080	2.160	1.480
03 09 035	HEMOSIDERINA	1.490	740	1.940	1.190	2.380	1.630
03 09 017	HIDROXIPROLINA EN ORINA	4.470	2.230	5.810	3.570	7.150	4.910
03 09 019	MUCOPOLISACÁRIDOS	5.780	2.890	7.510	4.620	9.250	6.360
03 09 020	NITRÓGENO UREICO O UREA EN ORINA (CUANTITATIVO)	830	410	1.080	660	1.330	910

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
03 09 021	NUCLEÓTIDOS CÍCLICOS (CAMP, CGM, U OTROS) C/U	4.890	2.440	6.360	3.910	7.820	5.370
03 09 022	ORINA COMPLETA, (INCLUYE CÓD. 03-09-023 Y 03-09-024)	1.850	920	2.410	1.480	2.960	2.030
03 09 023	ORINA, FÍSICO-QUÍMICO (ASPECTO, COLOR, DENSIDAD, PH; PROTEÍNAS, GLUCOSA, CUERPOS CETÓNICOS, UROBILINOGENO, BILIRRUBINA, HEMOGLOBINA Y NITRITOS, DETERMINACIÓN CUALITATIVOAO SEMI CUANTITATIVA) TODOS O CADA UNO DE LOS PARÁMETROS (PROC. AUT.)	1.350	670	1.760	1.080	2.160	1.480
03 09 024	SEDIMENTO DE ORINA (PROC. AUT.)	1.070	530	1.390	850	1.710	1.170
03 09 025	OSMOLALIDAD	1.830	910	2.380	1.460	2.930	2.010
03 09 027	PORFIRINAS, C/U	2.500	1.250	3.250	2.000	4.000	2.750
03 09 028	PROTEÍNA (CUANTITATIVA), EN ORINA	1.730	860	2.250	1.380	2.770	1.900
03 09 029	PROTEÍNAS DE BENCE-JONES PRUEBA TÉRMICA	1.110	550	1.440	880	1.780	1.220
03 09 034	ARSENICO EN ORINA (MUESTRA AISLADA)	45.600	22.800				
03 09 036	COBRE EN ORINA	30.940	15.470				
03 09 044	ÁCIDOS ORGÁNICOS, ORINA	287.480	143.740				
03 09 046	SCREENING DE MUCOPOLISACARIDOS	122.550	61.270				
	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.						
	A.- EXAMENES RADIOLOGICOS SIMPLES						
04 01 001	RADIOGRAFÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES SIALOGRAFÍA	24.560	12.280	31.930	19.650	39.300	27.020
	CUELLO						
04 01 002	RADIOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS, LARINGE LATERAL, CAVUM RINOFARÍNGEO (RINOFARINX).	9.170	4.580	11.920	7.330	14.670	10.080
	TORAX						

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 01 004	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX, PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA (OBLICUAS, SELECTIVAS U OTRAS)	8.450	4.220	10.990	6.760	13.520	9.290
04 01 008	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX FRONTAL O LATERAL CON EQUIPO MÓVIL FUERA DEL DEPARTAMENTO DE RAYOS.	11.950	5.970	15.540	9.560	19.120	13.140
04 01 009	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX SIMPLE FRONTAL O LATERAL	10.420	5.210	13.550	8.340	16.670	11.460
04 01 070	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX FRONTAL Y LATERAL	18.790	9.390	24.430	15.030	30.060	20.660
	GLANDULAS MAMARIAS						
04 01 010	MAMOGRAFÍA BILATERAL	22.160	11.080	28.810	17.730	35.460	24.380
04 01 110	MAMOGRAFÍA UNILATERAL	13.010	6.500	16.910	10.400	20.820	14.310
04 01 130	MAMOGRAFÍA PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA (AXILAR U OTRAS)	4.750	2.370	6.180	3.800	7.600	5.220
04 01 011	MARCACIÓN PREOPERATORIA DE LESIONES DE LA MAMA	30.420	15.210	39.550	24.340	48.670	33.460
04 01 012	RADIOGRAFÍA DE MAMA, PIEZA OPERATORIA	8.930	4.460	11.610	7.140	14.290	9.820
	ABDOMEN						
04 01 013	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	9.550	4.770	12.420	7.640	15.280	10.500
04 01 014	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE, PROYECCIÓN COMPLEMENTARIA (LATERAL Y/O OBLICUA)	6.880	3.440	8.940	5.500	11.010	7.570
	APARATO DIGESTIVO						
04 01 015	COLANGIOGRAFÍA INTRA O POSTOPERATORIA (POR SONTA T, O SIMILAR)	22.270	11.130	28.950	17.810	35.630	24.490
04 01 018	ENEMA BARITADO DEL COLON (INCLUYE LLENE Y CONTROL POST-VACIAMIENTO)	45.630	22.810	59.320	36.500	73.010	50.190
04 01 019	ENEMA BARITADO DEL COLON O INTESTINO DELGADO, DOBLE CONTRASTE	44.050	22.020	57.270	35.240	70.480	48.450
04 01 020	ESOFAGOGRAMA (INCLUYE PESQUISA DE CUERPO EXTRAÑO) (PROC.AUT.)	20.890	10.440	27.160	16.710	33.420	22.970
04 01 021	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO, RELLENO Y/O DOBLE CONTRASTE	38.750	19.370	50.380	31.000	62.000	42.620
04 01 022	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE DEGLUCIÓN FARÍNGEA	17.420	8.710	22.650	13.940	27.870	19.160
04 01 023	ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL INTESTINO DELGADO	32.260	16.130	41.940	25.810	51.620	35.490
04 01 024	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO, SIMPLE EN NIÑOS	32.120	16.060	41.760	25.700	51.390	35.330
04 01 073	VIDEOFLUOROSCOPIA PARA ESTUDIO DE DEGLUCIÓN	114.400	57.200				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
	APARATO UROGENITAL						
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.	41.040	20.520	53.350	32.830	65.660	45.140
04 01 028	RADIOGRAFÍA RENAL SIMPLE (PROC. AUT.)	8.790	4.390	11.430	7.030	14.060	9.660
04 01 029	RADIOGRAFÍA VESICAL SIMPLE O PERIVESICAL (PROC. AUT.)	7.570	3.780	9.840	6.050	12.110	8.320
	CRANEO						
04 01 031	RADIOGRAFÍA DE CAVIDADES PERINASALES, ÓRBITAS, ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES, HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ, MALAR, MAXILAR, ARCO CIGOMÁTICO Y CARA	10.350	5.170	13.460	8.280	16.560	11.380
04 01 032	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO FRONTAL Y LATERAL	10.820	5.410	14.070	8.660	17.310	11.900
04 01 033	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO PROYECCIÓN ESPECIAL DE BASE DE CRÁNEO (TOWNE)	7.580	3.790	9.850	6.060	12.130	8.340
04 01 035	RADIOGRAFÍA DE OÍDO, UNILATERAL O BILATERAL	13.090	6.540	17.020	10.470	20.940	14.390
04 01 040	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA FRONTAL Y LATERAL	12.090	6.040	15.720	9.670	19.340	13.290
	COLUMNA VERTEBRAL						
04 01 042	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL O ATLAS-AXIS (FRONTAL Y LATERAL)	10.420	5.210	13.550	8.340	16.670	11.460
04 01 043	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL (FRONTAL, LATERAL Y OBLICUAS)	17.540	8.770	22.800	14.030	28.060	19.290
04 01 044	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL FLEXIÓN Y EXTENSIÓN (DINÁMICAS)	9.840	4.920	12.790	7.870	15.740	10.820
04 01 045	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSAL O DORSOLUMBAR LOCALIZADA, PARRILLA COSTAL (FRONTAL Y LATERAL)	12.140	6.070	15.780	9.710	19.420	13.350
04 01 046	RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA (FRONTAL, LATERAL Y FOCALIZADA EN EL 5º ESPACIO)	17.970	8.980	23.360	14.370	28.750	19.760
04 01 047	RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA FLEXIÓN Y EXTENSIÓN (DINÁMICAS)	14.610	7.300	18.990	11.680	23.380	16.070
04 01 048	RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR O LUMBOSACRA, OBLICUAS ADICIONALES	9.840	4.920	12.790	7.870	15.740	10.820
04 01 049	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TOTAL, PANORÁMICA CON FOLIO GRADUADO FRONTAL O LATERAL	13.440	6.720	17.470	10.750	21.500	14.780
04 01 051	RADIOGRAFÍA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL	7.980	3.990	10.370	6.380	12.770	8.780
04 01 151	RADIOGRAFÍA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL DE RN, LACTANTE O NIÑO MENOR DE 6 AÑOS.	7.620	3.810	9.910	6.100	12.190	8.380

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 01 052	RADIOGRAFÍA DE PELVIS, CADERA O COXOFEMORAL, PROYECCIONES ESPECIALES; (ROTACIÓN INTERNA, ABDUCCIÓN, LATERAL, LAWENSTEIN U OTRAS)	7.280	3.640	9.460	5.820	11.650	8.010
04 01 053	RADIOGRAFÍA DE SACROCOXIS O ARTICULACIONES SACROILÍACAS.	10.960	5.480	14.250	8.770	17.540	12.060
	EXTREMIDADES						
04 01 054	RADIOGRAFÍA DE BRAZO, ANTEBRAZO, CODO, MUÑECA, MANO, DEDOS, PIE (FRONTAL Y LATERAL)	9.090	4.540	11.820	7.270	14.540	9.990
04 01 055	RADIOGRAFÍA DE CLAVÍCULA.	10.630	5.310	13.820	8.500	17.010	11.690
04 01 056	RADIOGRAFÍA EDAD ÓSEA: CARPO Y MANO	7.580	3.790	9.850	6.060	12.130	8.340
04 01 057	RADIOGRAFÍA EDAD ÓSEA : RODILLA FRONTAL	7.910	3.950	10.280	6.320	12.660	8.700
04 01 058	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE ESCAFOIDES	11.890	5.940	15.460	9.510	19.020	13.070
04 01 059	ESTUDIO RADIOLÓGICO DE MUÑECA O TOBILLO FRONTAL LATERAL Y OBLICUAS	10.280	5.140	13.360	8.220	16.450	11.310
04 01 060	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO, FÉMUR, RODILLA, PIERNA, COSTILLA O ESTERNÓN FRONTAL Y LATERAL	10.750	5.370	13.980	8.600	17.200	11.820
04 01 062	RADIOGRAFÍA DE PROYECCIONES ESPECIALES OBLICUAS U OTRAS EN HOMBRO, BRAZO, CODO, RODILLA, RÓTULAS, SESAMOIDEOS, AXIAL DE AMBAS RÓTULAS O SIMILARES	7.480	3.740	9.720	5.980	11.970	8.230
04 01 063	RADIOGRAFÍA DE TÚNEL INTERCONDÍLEO O RADIO-CARPIANO	7.280	3.640	9.460	5.820	11.650	8.010
	PROCEDIMIENTO FLUOROSCOPICO DE APOYO:						
04 01 064	APOYO FLUOROSCÓPICO A PROCEDIMIENTOS INTRAOPERATORIOS Y/O BIOPSIA (NO INCLUYE EL PROC.)	8.840	4.420	11.490	7.070	14.140	9.720
	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.						
	GLANDULAS MAMARIAS						
04 02 005	GALACTOGRAFÍA, UNILATERAL	11.330	5.660	14.730	9.060	18.130	12.460
	ABDOMEN						
04 02 008	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (A.C.18-01-018; 5-7 EXP)	29.800	14.900	38.740	23.840	47.680	32.780
04 02 009	FISTULOGRAFÍA (A.C. 18-01-020) (3 EXP.)	8.120	4.060	10.560	6.500	12.990	8.930

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
	APARATO UROGENITAL						
04 02 011	HISTEROSALPINGOGRAFÍA (A.C. 20-01-013) (4 EXP.; INCLUYE PRUEBA DE COTTE TARDÍA)	23.150	11.570	30.100	18.520	37.040	25.460
04 02 012	PIELOGRAFÍA ASCENDENTE (A.C. 19-01-015) (3 EXP.)	26.510	13.250	34.460	21.200	42.420	29.160
04 02 014	URETRO Y/O CISTOURETROGRAFÍA MICCIONAL RETRÓGRADA (A.C. 19-01-016) (5 EXP.)	24.830	12.410	32.280	19.860	39.730	27.310
	COLUMNA						
04 02 015	ARTROGRAFÍA FACETARIA	36.610	18.300	47.590	29.280	58.580	40.270
	CARDIOVASCULARES						
04 02 019	ANGIOGRAFÍA SELECTIVA DE CARÓTIDA EXTERNA O INTERNA (A.C 17-01-061 AL 17-01-069, SEGÚN CORRESPONDA)	41.010	20.500	53.310	32.800	65.620	45.110
04 02 020	ANGIOGRAFÍA SELECTIVA MEDULAR (A.C 17-01-061 AL 17-01-069, SEGÚN CORRESPONDA)	42.310	21.150	55.000	33.840	67.700	46.540
04 02 022	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL CORONARIA. PROCEDIMIENTO RADIOLÓGICO. (A.C.17-01-031)	66.500	33.250	86.450	53.200	106.400	73.150
04 02 023	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL PERIFÉRICA. PROCEDIMIENTO RADIOLÓGICO. (A.C. 17-01-032)	46.320	23.160	60.220	37.060	74.110	50.950
04 02 024	AORTOGRAFÍA CON AOT O CINEANGIOGRAFÍA (A.C. 17-01-022)	48.550	24.270	63.120	38.840	77.680	53.400
04 02 025	ARTERIOGRAFÍA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES UNILATERAL (A.C.17-01-023)	30.680	15.340	39.880	24.540	49.090	33.750
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)	57.030	28.510	74.140	45.620	91.250	62.730
04 02 029	ARTERIOGRAFÍA DE VASOS DEL CUELLO (CARÓTIDAS Y VERTEBRALES) (A.C. 11-01-013)	41.690	20.840	54.200	33.350	66.700	45.850
04 02 030	CINECORONARIOGRAFÍA (A.C. 17-01-019)	51.850	25.920	67.410	41.480	82.960	57.030
04 02 031	EMBOLIZACIÓN O BALONIZACIÓN (A.C. DE LA ANGIOGRAFÍA CORRESPONDIENTE) (INCLUYE CONTROL RADIOLÓGICO INMEDIATO)	32.550	16.270	42.320	26.040	52.080	35.800
04 02 032	INSTALACIÓN DE CATÉTER O Sonda INTRACARDÍACA, CONTROL POR RADIOLOGO DE (A.C. 17-01-020, 17-01-021, 17-01-011 O 17-01-014, SEGÚN CORRESPONDA)	22.740	11.370	29.560	18.190	36.380	25.010
04 02 033	VENTRICULOGRAFÍA DERECHA Y/O IZQUIERDA (A.C. 17-01-011, 17-01-020 Ó 17-01-021 Ó 17-01-041 Ó 17-01-42 Ó 17-01-43, SEGÚN CORRESPONDA)	51.850	25.920	67.410	41.480	82.960	57.030
	FLEBOGRAFIAS						

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 02 035	CAVOGRAFÍA (A.C. 17-01-025)	29.330	14.660	38.130	23.460	46.930	32.260
04 02 038	FLEBOGRAFÍA EXTREMIDAD INFERIOR O SUPERIOR, UNILATERAL (A.C. 17-01-026) CADA EXTREMIDAD.	25.940	12.970	33.720	20.750	41.500	28.530
04 02 041	FLEBOGRAFÍA SELECTIVA DE VENAS HEPÁTICAS, RENALES, GONADALES, PÉLVICAS. (A.C. 17-01-027)	29.330	14.660	38.130	23.460	46.930	32.260
	MIELOGRAFIAS						
04 02 050	MIELOGRAFÍA POR PUNCIÓN LUMBAR CON CONTRASTE HIDROSOLUBLE (A.C. 11-01-025)	35.600	17.800	46.280	28.480	56.960	39.160
	II.- TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA						
	(LOS VALORES DE LAS PRESTACIONES NO INCLUYEN EL MEDIO DE CONTRASTE)						
04 03 001	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CRÁNEO ENCEFÁLICA	65.740	32.870	85.460	52.590	105.180	72.310
04 03 002	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS	69.170	34.580	89.920	55.330	110.670	76.080
04 03 003	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE FOSA POSTERIOR	59.410	29.700	77.230	47.520	95.060	65.350
04 03 006	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TEMPORAL-OÍDO	57.050	28.520	74.170	45.640	91.280	62.750
04 03 007	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ÓRBITAS MAXILOFACIAL	76.290	38.140	99.180	61.030	122.060	83.910
04 03 008	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA CERVICAL	83.570	41.780	108.640	66.850	133.710	91.920
04 03 018	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA DORSAL. INCLUYE MÍNIMO 6 ESPACIOS	73.220	36.610	95.190	58.580	117.150	80.540
04 03 019	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE COLUMNA LUMBAR	73.220	36.610	95.190	58.580	117.150	80.540
04 03 012	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE CUELLO, PARTES BLANDAS	61.760	30.880	80.290	49.410	98.820	67.940
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	97.540	48.770	126.800	78.030	156.060	107.290
04 03 014	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN (HÍGADO, VÍAS Y VESÍCULA BILIAR, PÁNCREAS, BAZO, SUPRARRENALES Y RINONES)	58.730	29.360	76.350	46.980	93.970	64.600
04 03 016	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE PELVIS (ADEMÁS INCLUYE SACRO, COXIS, CADERAS, HUESOS PÉLVICOS, ARTICULACIONES SACRO ILÍACAS). BILATERAL	60.230	30.110	78.300	48.180	96.370	66.250
04 03 020	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN Y PELVIS	95.850	47.920	124.610	76.680	153.360	105.430
04 03 021	TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA PIELOGRAFÍA	25.240	12.620	32.810	20.190	40.380	27.760

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 03 022	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA UROGRFÍA	56.390	28.190	73.310	45.110	90.220	62.020
04 03 023	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE COLONOSCOPIA VIRTUAL. NO INCLUYE INSTALACIÓN DE Sonda	48.140	24.070	62.580	38.510	77.020	52.950
04 03 024	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA PLANIFICACIÓN RADIOTERAPIA	65.330	32.660	84.930	52.260	104.530	71.860
04 03 025	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE CALCIO CORONARIO	32.200	16.100	41.860	25.760	51.520	35.420
04 03 104	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE CUELLO	65.470	32.730	85.110	52.370	104.750	72.010
04 03 105	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE PELVIS	47.740	23.870	62.060	38.190	76.380	52.510
04 03 106	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA DE ANGIO CARDÍACO. MÍNIMO 64 CORTES	62.590	31.290	81.370	50.070	100.140	68.840
04 03 017	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA MUSCULOESQUELÉTICA POR ZONA ANATÓMICA. POR CADA SEGMENTOO ARTICULACIÓN: MUSLO, PIERNA, RODILLAS, ANTEBRAZO, CODO, MUÑECA, MANO, HOMBRO, PIE, TOBILLO U OTROS. BILATERAL SÓLO PARA RODILLAS	52.580	26.290	68.350	42.060	84.130	57.840
04 03 101	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE ENCÉFALO	79.670	39.830	103.570	63.730	127.470	87.630
04 03 102	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE TÓRAX	119.950	59.970	155.940	95.960	191.920	131.940
04 03 103	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE ABDOMEN	111.060	55.530	144.380	88.850	177.700	122.170
04 03 107	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE EXTREMIDADES INFERIORES (BILATERAL)	90.620	45.310	117.810	72.500	144.990	99.680
04 03 108	TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANGIO DE EXTREMIDAD SUPERIOR (UNILATERAL)	92.840	46.420	120.690	74.270	148.540	102.120
	III.- ULTRASONOGRAFIA						
	(MÍNIMO 6 IMÁGENES DIFERENTES PARA ECOGRAFÍAS)						
	A.- EQUIPOS SIMPLES						
04 04 002	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	8.230	4.110	10.700	6.580	13.170	9.050
	B.- EQUIPOS DE MEDIANA A ALTA RESOLUCION						
04 04 003	ECOGRAFÍA ABDOMINAL (INCLUYE HÍGADO, VÍA BILIAR, VESÍCULA, PÁNCREAS, RIÑONES, BAZO, RETROPERITONEO Y GRANDES VASOS)	26.000	13.000	33.800	20.800	41.600	28.600
04 04 004	ECOGRAFÍA COMO APOYO A CIRUGÍA, O A PROCEDIMIENTO (DE TÓRAX, MUSCULAR, PARTES BLANDAS, ETC.)	16.070	8.030	20.890	12.850	25.710	17.670
04 04 005	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL O TRANSRECTAL	14.520	7.260	18.880	11.620	23.230	15.970
04 04 006	ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA, PELVIANA FEMENINA U OBSTÉTRICA CON ESTUDIO FETAL	13.830	6.910	17.980	11.060	22.130	15.210

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 04 007	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL PARA SEGUIMIENTO DE OVULACIÓN, PROCEDIMIENTO COMPLETO (6-8 SESIONES)	20.190	10.090	26.250	16.150	32.300	22.200
04 04 008	ECOGRAFÍA PARA SEGUIMIENTO DE OVULACIÓN, PROCEDIMIENTO COMPLETO (6 A 8 SESIONES)	22.610	11.300	29.390	18.080	36.180	24.870
04 04 009	ECOGRAFÍA PÉLVICA MASCULINA (INCLUYE VEJIGA Y PRÓSTATA)	14.450	7.220	18.790	11.560	23.120	15.890
04 04 010	ECOGRAFÍA RENAL (BILATERAL), O DE BAZO	18.020	9.010	23.430	14.420	28.830	19.820
	C.- EQUIPOS DE ALTA RESOLUCION.						
04 04 011	ECOGRAFÍA ENCEFÁLICA (RN O LACTANTE)	19.450	9.720	25.290	15.560	31.120	21.390
04 04 012	ECOGRAFÍA MAMARIA BILATERAL (INCLUYE DOPPLER)	18.120	9.060	23.560	14.500	28.990	19.930
04 04 013	ECOGRAFÍA OCULAR, UNILATERAL O BILATERAL.	21.020	10.510	27.330	16.820	33.630	23.120
04 04 014	ECOGRAFÍA TESTICULAR (UNILATERAL O BILATERAL) (INCLUYE DOPPLER)	17.880	8.940	23.240	14.300	28.610	19.670
04 04 015	ECOGRAFÍA TIROIDEA (INCLUYE DOPPLER)	18.120	9.060	23.560	14.500	28.990	19.930
04 04 016	ECOGRAFÍA PARTES BLANDAS O MUSCULOESQUELÉTICA (CADA ZONA ANATÓMICA)	18.120	9.060	23.560	14.500	28.990	19.930
	D.- EQUIPOS CON DOPPLER.						
04 04 118	ECOGRAFÍA VASCULAR (ARTERIAL Y VENOSA) PERIFÉRICA (BILATERAL)	59.440	29.720	77.270	47.550	95.100	65.380
04 04 119	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	56.130	28.060	72.970	44.900	89.810	61.740
04 04 120	ECOGRAFÍA TRANSCRANEANA	59.440	29.720	77.270	47.550	95.100	65.380
04 04 121	ECOGRAFÍA ABDOMINAL O DE VASOS TESTICULARES	61.260	30.630	79.640	49.010	98.020	67.390
04 04 122	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS PLACENTARIOS	59.440	29.720	77.270	47.550	95.100	65.380
	E.- ELASTOGRAFÍA						
04 04 218	ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA	187.690	93.840				
	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	203.070	101.530				
04 05 002	RESONANCIA MAGNÉTICA DE HIPOTÁLAMO - HIPÓFISIS	211.450	105.720				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 05 003	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	189.540	94.770				
04 05 004	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES	203.810	101.900				
04 05 005	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL	203.070	101.530				
04 05 006	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA DORSAL	211.190	105.590				
04 05 007	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR	203.070	101.530				
04 05 017	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE ENCÉFALO	217.610	108.800				
04 05 018	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE CUELLO	223.770	111.880				
04 05 019	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE TÓRAX	220.200	110.100				
04 05 020	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE ABDOMEN	205.640	102.820				
04 05 021	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE PELVIS	211.450	105.720				
04 05 022	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDAD SUPERIOR UNILATERAL	208.980	104.490				
04 05 023	RESONANCIA MAGNÉTICA ANGIOGRAFÍA DE EXTREMIDAD INFERIOR BILATERAL	203.070	101.530				
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	217.610	108.800				
04 05 010	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	203.070	101.530				
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)	203.070	101.530				
04 05 012	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS	304.580	152.290				
04 05 098	COLANGIORESONANCIA	136.030	68.010				
04 05 013	RESONANCIA MAGNÉTICA DE RODILLA	166.500	83.250				
04 05 024	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MANO O MUÑECA	178.430	89.210				
04 05 025	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ANTEBRAZO O BRAZO	170.610	85.300				
04 05 026	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CODO	173.370	86.680				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
04 05 027	RESONANCIA MAGNÉTICA DE HOMBRO	166.500	83.250				
04 05 028	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PIE, ANTEPIE O TOBILLO	166.500	83.250				
04 05 029	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PIERNA	171.350	85.670				
04 05 030	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MUSLO O CADERA. UNILATERAL	173.370	86.680				
04 05 031	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA (BILATERAL)	166.500	83.250				
04 05 032	RESONANCIA MAGNÉTICA FETAL	199.820	99.910				
04 05 016	RESONANCIA COLUMNA TOTAL (CERVICAL, DORSAL, LUMBAR)	359.330	179.660				
	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	23.950	11.970	31.140	19.160	38.320	26.340
05 01 101	CINTIGRAFÍA TIROIDEA, CUALQUIER RADIOISÓTOPO	23.950	11.970	31.140	19.160	38.320	26.340
05 01 102	CINTIGRAFÍA GLÁNDULAS PARATIROIDES (NO INCLUYE MIBI)	35.950	17.970	46.740	28.760	57.520	39.540
	2.- ESTUDIOS OSTEOARTICULARES						
05 01 104	CINTIGRAFÍA ÓSEA TRIFÁSICA (INCLUYE MEDICIONES FASE PRECOZ Y TARDÍA)	95.850	47.920	124.610	76.680	153.360	105.430
05 01 136	CINTIGRAFÍA ÓSEA COMPLETA PLANAR	64.690	32.340	84.100	51.750	103.500	71.150
05 01 137	CINTIGRAFÍA DE MÉDULA ÓSEA	61.080	30.540	79.400	48.860	97.730	67.190
	3.- ESTUDIOS CARDIOVASCULARES						
05 01 105	SPECT DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA ESTRÉS Y REPOSO (NO INCLUYE HONORARIOS MÉDICO CARDIOLOGO)	174.200	87.100	226.460	139.360	278.720	191.620
05 01 106	VENTRICULOGRAFÍA CARDIACA ISOTÓPICA DE EQUILIBRIO CON GLÓBULOS ROJOS	55.260	27.630	71.840	44.210	88.420	60.790
05 01 107	POOL SANGUÍNEO, ARTERIOGRAFÍA ISOTÓPICA C/U	24.930	12.460	32.410	19.940	39.890	27.420

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
05 01 108	LINFOCINTIGRAFÍA ISOTÓPICA (NO INCLUYE PROCEDIMIENTO)	74.820	37.410	97.270	59.860	119.710	82.300
05 01 109	POOL SANGUÍNEO SPECT	68.880	34.440	89.540	55.100	110.210	75.770
	4.- ESTUDIOS DIGESTIVOS						
05 01 111	ESTUDIO MOTILIDAD ESOFÁGICA Y/O REFLUJO GASTROESOFÁGICO	53.920	26.960	70.100	43.140	86.270	59.310
05 01 112	VACIAMIENTO GÁSTRICO LÍQUIDO O SÓLIDO	108.350	54.170	140.860	86.680	173.360	119.180
05 01 113	CINTIGRAFÍA VESÍCULA Y VÍA BILIAR	118.870	59.430	154.530	95.090	190.190	130.750
05 01 114	DETECCIÓN DE SITIO DE SANGRAMIENTO DIGESTIVO CON GLÓBULOS ROJOS MARCADOS	124.760	62.380	162.190	99.810	199.620	137.240
05 01 115	DETECCIÓN DIVERTÍCULO MECKEL	40.230	20.110	52.300	32.180	64.370	44.250
05 01 116	SPECT HEPATOE\$PLÉNICO, EVALUACIÓN HEMANGIOMA O HIPERPLASIA (INCLUYE MEDICIONES FASE PRECOZ Y TARDÍA)	110.790	55.390	144.030	88.630	177.260	121.860
05 01 138	CINTIGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES	35.370	17.680	45.980	28.290	56.590	38.900
05 01 139	DACRIOCINTIGRAFÍA	33.940	16.970	44.120	27.150	54.300	37.330
	5.- ESTUDIOS NEFROUROLÓGICOS						
05 01 117	CINTIGRAFÍA RENAL CON D.M.S.A.	35.950	17.970	46.740	28.760	57.520	39.540
05 01 118	ESTUDIO DINÁMICO RENAL CON TC 99 - DTPA	53.060	26.530	68.980	42.450	84.900	58.370
05 01 119	ESTUDIO DINÁMICO RENAL CON TC 99 - MAG 3 O EC	93.420	46.710	121.450	74.740	149.470	102.760
05 01 120	CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA INDIRECTA	36.510	18.250	47.460	29.200	58.420	40.160
05 01 121	CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA DIRECTA, A.C. 19-01-022	35.950	17.970	46.740	28.760	57.520	39.540
	6.- ESTUDIOS PULMONARES						
05 01 122	CINTIGRAFÍA PULMONAR PERFUSIÓN O VENTILACIÓN O DIFUSIÓN, C/U	35.950	17.970	46.740	28.760	57.520	39.540
05 01 123	CINTIGRAFÍA Y ESTUDIO ASPIRACIÓN PULMONAR	38.400	19.200	49.920	30.720	61.440	42.240
	7.- ESTUDIOS SISTEMA NERVIOSO CENTRAL						
05 01 124	SPECT CEREBRAL DE PERFUSIÓN (NO INCLUYE RADIOFÁRMACO)	75.530	37.760	98.190	60.420	120.850	83.080
05 01 125	ESTUDIO DINÁMICO SISTEMA NERVIOSO (RADIOCISTERNOGRAFIA, FÍSTULA L.C.R, RADIOVENTRICULOGRAFÍA, CONTROL VÁLVULA DERIVATIVA, SUB-DUROGRAFÍA ISOTÓPICA), C/U (NO INCLUYE PROCEDIMIENTO).	73.000	36.500	94.900	58.400	116.800	80.300

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
	8.- ESTUDIOS DE INFECCIONES						
05 01 126	CINTIGRAFÍA EVALUACIÓN INFECCIONES (LEUCOCITOS, INFECTON, GRANULOCITOS U OTROS) (NO INCLUYE RADIOFÁRMACO NI PROCEDIMIENTO).	74.770	37.380	97.200	59.810	119.630	82.240
05 01 127	CINTIGRAFÍA CON GALIO-67 PLANAR INFECCIÓN (NO INCLUYE RADIOISÓTOPO) (A.C. 0501133, CUANDO CORRESPONDA)	67.840	33.920	88.190	54.270	108.540	74.620
	9.- ESTUDIOS ONCOLÓGICOS						
05 01 128	DETECCIÓN Y/O MARCACIÓN DE GANGLIO CENTINELA, NO INCLUYE, PUNCIÓN NI DETECCIÓN CON GAMMAPROBE	77.010	38.500	100.110	61.600	123.220	84.710
05 01 129	CINTIGRAFÍA CON GALIO-67 PLANAR Y SPECT, PARA ESTUDIO DE TUMORES (NO INCLUYE RADIOISÓTOPO)	174.860	87.430	227.320	139.890	279.780	192.350
05 01 130	EXPLORACIÓN SISTÉMICA CON I-131 (INCLUYE MEDICIONES FASE PRECOZ Y TARDÍA)	107.810	53.900	140.150	86.240	172.500	118.590
05 01 131	ESTUDIO GLÁNDULAS MAMARIAS (MAMOCINTIGRAFIA) (NO INCLUYE MIBI)	45.220	22.610	58.790	36.180	72.350	49.740
05 01 132	ESTUDIO DE TUMORES (ANTICUERPOS MONOCLONALES, OCTREOSCAN, DMSA PENTAVALENTE, PROSTACINT U OTROS) (NO INCLUYE RADIOISÓTOPO)	143.740	71.870	186.860	114.990	229.980	158.110
05 01 133	SPECT - TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN FOTÓN ÚNICO, CUALQUIER ÓRGANO (NO INCLUYE RADIOISÓTOPO)	60.370	30.180	78.480	48.290	96.590	66.400
	10.- DENSITOMETRÍA OSEA						
05 01 134	DENSITOMETRÍA ÓSEA A FOTÓN DOBLE, COLUMNA Y CADERA (UNILATERAL O BILATERAL) O CUERPO ENTERO	35.950	17.970	46.740	28.760	57.520	39.540
	11.- EXAMEN Y ESTUDIO PET-CT (INCLUYE CONTRASTE Y RADIOFARMACO)						
05 01 135	PET-CT	759.160	379.580				
	B.- PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS.						
	RADIOISOTOPOS (NO INCLUYE PROCEDIMIENTO MÉDICO)						
05 02 001	DOSIS TERAPÉUTICAS CON I-131 HASTA 30 MCI.	83.790	41.890	108.930	67.030	134.060	92.160
05 02 002	DOSIS TERAPÉUTICAS CON I-131 ENTRE 31 A 100 MCI.	161.720	80.860	210.240	129.380	258.750	177.890
05 02 003	DOSIS TERAPÉUTICAS CON I-131 ENTRE 101 A 200 MCI.	292.040	146.020	379.650	233.630	467.260	321.240
05 02 004	DOSIS TERAPÉUTICAS CON I-131 ENTRE 201 A 300 MCI.	402.250	201.120	522.930	321.800	643.600	442.470
05 02 005	TERAPIA PALIATIVA DEL DOLOR CON RADIOISÓTOPOS (NO INCLUYE RADIOFÁRMACO)	38.030	19.010	49.440	30.420	60.850	41.830
	GRUPO : 06						
	KINESIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL						

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
	A. KINESIOLOGÍA						
06 01 101	EVALUACIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	2.170	1.080	2.820	1.730	3.470	2.380
06 01 105	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL AMBULATORIA	6.720	3.360	8.740	5.380	10.750	7.390
06 01 106	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL DOMICILIARIA	8.440	4.220	10.970	6.750	13.500	9.280
06 01 103	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	7.360	3.680	9.570	5.890	11.780	8.100
06 01 104	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL UPC (INTENSIVO E INTERMEDIO)	13.900	6.950	18.070	11.120	22.240	15.290
	* 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	5.940	2.970	7.720	4.750	9.500	6.530
06 02 002	INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN AYUDAS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍA ASISTIDA	5.450	2.720	7.090	4.360	8.720	5.990
06 02 003	INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, BÁSICAS, INSTRUMENTALES Y AVANZADAS	2.770	1.380	3.600	2.210	4.430	3.040
	C. TELEREHABILITACION KINESIOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL						
06 08 101	TELEREHABILITACIÓN: EVALUACIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	1.860	930	2.420	1.490	2.980	2.050
06 08 102	TELEREHABILITACIÓN: ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	5.710	2.850	7.420	4.560	9.140	6.280
06 08 201	TELEREHABILITACIÓN: ATENCIÓN INTEGRAL DE TERAPIA OCUPACIONAL	5.040	2.520	6.550	4.030	8.060	5.540
06 08 202	TELEREHABILITACIÓN: INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN AYUDAS TÉCNICAS Y TECNOLOGÍA ASISTIDA	4.650	2.320	6.050	3.720	7.440	5.110
06 08 203	TELEREHABILITACIÓN: INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, BÁSICAS, INSTRUMENTALES Y AVANZADAS	2.350	1.170	3.060	1.880	3.760	2.580
	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 EXPLÍCITE.						
	PREPARACIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS						

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
07 02 101	PRODUCCIÓN DE GLÓBULO ROJO	29.290	14.640				
07 02 102	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	6.910	3.450				
07 02 103	PRODUCCIÓN DE PLASMA O CRIOPRECIPITADO	6.270	3.130				
07 02 104	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	364.000	182.000				
07 02 105	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	338.290	169.140				
07 02 106	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	415.390	207.690				
07 02 107	PRODUCCIÓN DE CONCENTRADO DE PLASMA POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA	338.290	169.140				
07 02 108	PRODUCCIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICA POR AFÉRESIS AUTOMÁTICA A PARTIR DE SANGRE PERIFÉRICA	751.710	375.850				
07 02 109	IRRADIACIÓN DE COMPONENTE SANGUÍNEO POR UNIDAD	4.380	2.190				
07 02 110	FILTRACIÓN DE GLÓBULOS ROJOS O PLAQUETAS (INCLUYE FILTRO RECIÉN NACIDO Y POOL DE PLAQUETAS)	41.330	20.660				
	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	31.100	15.550				
07 02 202	CALIFICACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICA POR DONANTE ESTUDIADO , COMPONENTE SANGUÍNEO PRODUCIDO O PRODUCTO DE AFÉRESIS AUTOMÁTICA	15.060	7.530				
07 02 203	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTUDIADA (PROC. AUT.)	3.440	1.720				
07 02 204	FENOTIPIFICACIÓN OTROS ANTÍGENOS DE GRUPOS SANGUÍNEOS POR UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS PRODUCIDO	14.540	7.270				
07 02 205	TITULACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	31.390	15.690				
07 02 206	GENOTIPIFICACIÓN D VARIANTE (INCLUYE D PARCIAL Y DÉBIL)	93.690	46.840				
07 02 207	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS	3.860	1.930				
07 02 208	GRUPOS MENORES. TIPIFICACIÓN O DETECCIÓN DE OTROS ANTÍGENOS DE SISTEMAS SANGUÍNEOS (KELL, DUFFY, KIDD Y OTROS) C/U.	4.120	2.060				
07 02 209	SUBGRUPO ABO	4.240	2.120				
	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)	12.210	6.100				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
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)	14.710	7.350				
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)	17.630	8.810				
07 02 304	SANGRÍA (CONSIDERA EL COBRO DE UNA PRESTACIÓN POR CADA UNIDAD DE SANGRE EXTRAÍDA)	9.600	4.800				
07 02 305	RECAMBIO PLASMÁTICO POR AFÉRESIS TERAPÉUTICA	348.080	174.040				
07 02 306	DEPLECIÓN LEUCOCITARIA POR AFÉRESIS TERAPÉUTICA	348.080	174.040				
07 02 307	DEPLECIÓN PLAQUETARIA POR AFÉRESIS TERAPÉUTICA	348.080	174.040				
07 02 308	ERITROFÉRESIS POR AFÉRESIS TERAPÉUTICA	348.080	174.040				
07 02 309	FOTOFÉRESIS TERAPÉUTICA	1.426.750	713.370				
	II.- BANCO DE TEJIDOS PRECURSORES						
	HEMATOPOYÉTICOS						
07 03 001	BÚSQUEDA E IDENTIFICACIÓN DE DONANTE NO EMPARENTADO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS EN REGISTROS DE DONANTES Y BANCOS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL	1.452.380	726.190				
07 03 002	EXÁMENES CONFIRMATORIOS DE IDONEIDAD DE DONANTE NO EMPARENTADO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS INCLUYENDO SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL	961.720	480.860				
07 03 003	PROCURAMIENTO DE INJERTO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS DE MEDULA OSEA O SANGRE PERIFÉRICA (BANCO INTERNACIONAL)	31.533.010	15.766.500				
07 03 004	PROCURAMIENTO DE INJERTO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL (BANCO INTERNACIONAL)	38.511.350	19.255.670				
07 03 005	PROCURAMIENTO DE INJERTO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS DE MEDULA OSEA O SANGRE PERIFÉRICA (BANCO NACIONAL)	29.026.840	14.513.420				
07 03 006	ADQUISICIÓN DE INJERTO SANGRE DE CORDÓN (BANCO NACIONAL)	30.358.290	15.179.140				
	OTROS TEJIDOS (INCLUYE PROCURAMIENTO Y PROCESAMIENTO)						
07 04 017	PARCHE DE 5X5 CM (25 CM2 C/U) PIEL DE DONANTE	86.430	43.210				
07 04 018	PARCHE DE 5X10 CM (50 CM2 C/U) PIEL DE DONANTE	176.580	88.290				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
07 04 019	PARCHE DE 10X10 CM (100 CM2 C/U) PIEL DE DONANTE	291.970	145.980				
07 04 020	PARCHE DE 10X10 CM (100 CM2 C/U) AMNIOS	126.190	63.090				
07 04 021	PARCHE DE 5X10 CM (50 CM2 C/U) AMNIOS	67.300	33.650				
07 04 022	PARCHE DE 5X5 CM (25 CM2 C/U) AMNIOS	33.660	16.830				
07 04 023	PARCHE DE 2X2 CM (4 CM2 C/U) AMNIOS	5.610	2.800				
07 04 024	CUBO DE TEJIDO ÓSEO (LIOFILIZADO/CONGELADO), C/U	38.660	19.330				
07 04 025	RODAJA DE TEJIDO ÓSEO (LIOFILIZADO/CONGELADO), C/U	222.490	111.240				
07 04 026	TABLILLA DE TEJIDO ÓSEO (LIOFILIZADO/CONGELADO), C/U	65.960	32.980				
07 04 028	MICROFRAGMENTADO O GRANULADO (1 GR) DE TEJIDO ÓSEO (LIOFILIZADO)	280.670	140.330				
07 04 029	FRAGMENTO DE HUESO LARGO (O DE SOPORTE), C/U	629.080	314.540				
07 04 030	VÁLVULAS CARDIACAS, CADA VÁLVULA	759.640	379.820				
07 04 031	HOMOINJERTOS SEGMENTOS VASCULARES, POR SEGMENTO	112.540	56.270				
07 04 032	CÓRNEA DE DONANTE	703.120	351.560				
	GRUPO : 08						
	ANATOMIA PATOLOGICA						
08 01 001	CITODIAGNÓSTICO CORRIENTE, EXFOLIATIVA (PAPANICOLAU) (POR CADA PLACA)	6.710	3.350	8.720	5.360	10.740	7.380
08 01 002	CITOLOGÍA NO GINECOLÓGICA (POR CADA PLACA O FRASCO) (MÁXIMO 6)	9.770	4.880	12.700	7.810	15.630	10.740
08 01 003	** ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CON MICROSCOPIA ELECTRÓNICA (POR CADA GRILLA)	39.330	19.660	51.130	31.460	62.930	43.260
08 01 004	** ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CON TÉCNICAS DE INMUNOHISTOQUÍMICA O INMUNOFLUORESCENCIA (POR CADA ANTICUERPO INVESTIGADO)	29.040	14.520	37.750	23.230	46.460	31.940
08 01 005	** ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CON TÉCNICAS HISTOQUÍMICAS, NIVELES, DECALCIFICACIÓN (POR CADA LÁMINA)	21.230	10.610	27.600	16.980	33.970	23.350
08 01 006	CONSULTA INTRAOPERATORIA (POR CADA MUESTRA / TEJIDO O ASISTENCIA A PABELLÓN) (NO INCLUYE BIOPSIA DIFERIDA)	28.210	14.100	36.670	22.560	45.140	31.030
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)	28.210	14.100	36.670	22.560	45.140	31.030

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
08 01 008	ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE BIOPSIA DIFERIDA (POR CADA MUESTRA Y/O TEJIDO) (INCLUYE HASTA 3 LÁMINAS)	14.620	7.310	19.010	11.700	23.390	16.080
08 01 009	NECROPSIA DE ADULTO O NIÑO, CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CORRIENTE.	74.330	37.160	96.630	59.460	118.930	81.760
08 01 010	NECROPSIA DE FETO O RECIÉN NACIDO, CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO CORRIENTE.	63.630	31.810	82.720	50.900	101.810	69.990
08 01 011	PCR TIEMPO REAL PARA MARCADORES TUMORALES EN CORTES HISTOLÓGICOS (INCLUYE MICRODISECCIÓN Y EXTRACCIÓN DE ADN)	461.490	230.740				
08 01 012	TÉCNICA INMUNOHISTOQUIMICA PARA MARCADORES TUMORALES (ALK-PDL1-ROS1) C/U	160.440	80.220				
08 01 013	HIBRIDACIÓN IN SITU EN CORTE DE TEJIDO EN PARAFINA, BÚSQUEDA DE ALTERACIONES.	283.840	141.920				
	** ESTOS EXÁMENES PUEDEN SER SOLICITADOS POR EL ANATOMOPATÓLOGO.						
	GRUPO : 09						
	PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA CLINICA						
	I.- PSIQUIATRIA						
09 01 001	CONTROL PACIENTE PSIQUIÁTRICO CRÓNICO;MÁX.2 CONTROLES AL MES	27.510	13.750	35.760	22.000	44.020	30.260
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)	27.510	13.750	35.760	22.000	44.020	30.260
09 01 003	SESIÓN DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE (HASTA 6 SESIONES POR CICLO O SESIONES DE MANTENCIÓN) C/ SESIÓN	27.510	13.750	35.760	22.000	44.020	30.260
09 01 005	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA O PSICOTERAPIA DE FAMILIA, INDIVIDUAL, DE RELAJACIÓN O DE MANEJO (CON FAMILIA U OTROS);(CADA SESIÓN MÍNIMO 45')	27.510	13.750	35.760	22.000	44.020	30.260
09 01 010	PSICOTERAPIA DE PAREJA (POR CADA MIEMBRO DE LA PAREJA)	13.760	6.880	17.890	11.010	22.020	15.140
	II.- PSICOLOGIA CLINICA						
09 02 001	CONSULTA PSICÓLOGO CLÍNICO (SESIONES 45')	12.040	6.020	15.650	9.630	19.260	13.240
09 02 002	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	12.040	6.020	15.650	9.630	19.260	13.240
09 02 003	SESIÓN DE PSICOTERAPIA DE PAREJA (CON AMBOS MIEMBROS)	12.040	6.020	15.650	9.630	19.260	13.240
	A.- EVALUACION DE PERSONALIDAD						
09 02 010	TEST DE RORSCHACH	30.360	15.180	39.470	24.290	48.580	33.400

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
09 02 011	TEST DE RELACIONES OBJETALES	23.970	11.980	31.160	19.170	38.350	26.360
09 02 012	TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA, T.A.T., C.A.T.-H O C.A.T.-A.	23.020	11.510	29.930	18.420	36.830	25.320
09 02 013	TEST DE EDWARDS	11.270	5.630	14.650	9.010	18.030	12.390
09 02 014	TEST DE M.M.P.I.	10.820	5.410	14.070	8.660	17.310	11.900
	B.- EVALUACION DE NIVEL INTELECTUAL, DESARROLLO Y FUNCIONES						
09 02 015	TEST DE WECHSLER, WAIS, WISC Ó WPPSI	17.630	8.810	22.920	14.100	28.210	19.390
09 02 016	TEST DE DOMINÓ O TEST DE RAVEN	11.270	5.630	14.650	9.010	18.030	12.390
09 02 021	TEST AMSE	21.230	10.610				
	C.- EVALUACION FUNCIONES GNOSOPRACTICAS						
09 02 017	TEST DE BENDER	10.820	5.410	14.070	8.660	17.310	11.900
09 02 018	BENDER BIP	10.820	5.410	14.070	8.660	17.310	11.900
09 02 019	TEST DE GOLDSTEIN	17.610	8.800	22.890	14.080	28.180	19.370
09 02 020	TEST DE LURIA-NEBRASKA	30.360	15.180	39.470	24.290	48.580	33.400
	D.- TELEREHABILITACION PSICOLOGIA CLINICA						
09 08 101	TELEREHABILITACIÓN: PSICÓLOGO CLÍNICO (SESIONES 45')	10.240	5.120	13.310	8.190	16.380	11.260
09 08 102	TELEREHABILITACIÓN: PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	10.230	5.110	13.300	8.180	16.370	11.250
09 08 103	TELEREHABILITACIÓN: SESIÓN DE PSICOTERAPIA DE PAREJA (CON AMBOS MIEMBROS)	10.230	5.110	13.300	8.180	16.370	11.250
	GRUPO : 10						
	ENDOCRINOLOGIA.						
	PRUEBAS FUNCIONALES.						
	INCLUYEN LA VIGILANCIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PROPIOS DE CADA PRUEBA, LA TOMA DE MUESTRAS, EL CONTROL CLÍNICO DEL PACIENTE Y EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES MÉDICAS DE CADA PRUEBA (NO INCLUYEN FÁRMACOS NI LOS EXÁMENES QUE CORRESPONDAN)						
10 01 005	DE ESTIMULACIÓN O FRENACIÓN CON ACTH, CLOMIFENO, GLUCOSA, GNRH, GONADOTROFINAS, L-DOPA, METOCLOPRAMIDA, METOPIRONA, TRH, THS, O SIMILARES, C/U.	3.530	1.760	4.590	2.820	5.650	3.880

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
10 01 007	DE HIPOGLICEMIA CON INSULINA O TOLBUTAMIDA O SIMILAR.	5.220	2.610	6.790	4.180	8.350	5.740
10 01 009	DE PRIVACIÓN ACUOSA, CON O SIN ADH	6.560	3.280	8.530	5.250	10.500	7.220
10 01 012	TEST DE SOBRECARGA O INFUSIÓN SALINA INTRAVENOSA (TEST CONFIRMATORIO HIPERALDOSTERONISMO)	2.430	1.210	3.160	1.940	3.890	2.670
10 01 013	PRUEBA DE ESTIMULACIÓN CON GLUCAGÓN (2 MUESTRAS)	7.140	3.570				

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		RELLENADO DE BOMBAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN LCR				13.090	6.540	17.020	10.470	20.940	14.390
11 01 002		PUNCIÓN SUBDURAL				12.380	6.190	16.090	9.900	19.810	13.620
11 01 003		PUNCIÓN LUMBAR C/S MANOMETRÍA C/S QUECKENSTED				8.920	4.460	11.600	7.140	14.270	9.810
11 01 140		ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE, TRATAMIENTO MÉDICO FARMACOLÓGICO ANUAL (INCLUYE INMUNOMODULADORES)				11.911.390	5.955.690				
11 01 141		ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE, TRATAMIENTO REHABILITACIÓN				288.940	144.470				
11 01 142		ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE, TRATAMIENTO BROTE				1.317.580	658.790				
		ELECTRODIAGNOSTICOS:									
11 01 004		E.E.G. DE 16 O MÁS CANALES (INCLUYE EL CÓD. 11-01-006)				24.880	12.440	32.340	19.900	39.810	27.370
11 01 005		ELECTROCORTICOGRAFÍA				33.140	16.570	43.080	26.510	53.020	36.450
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				21.570	10.780	28.040	17.250	34.510	23.720
11 01 007		ESTÉREO-ELECTROENCEFALOGRAFÍA (INCLUYE UNO O MAS ELECTRODOS ADICIONALES)				37.910	18.950	49.280	30.320	60.660	41.700
11 01 008		MONITOREO EEG INVASIVO CON ELECTRODOS SUBDURALES				16.390	8.190	21.310	13.110	26.220	18.020
11 01 040		E.E.G. EN VIGILIA, SUEÑO Y POST-PRIVACIÓN DE SUEÑO (INCLUYE CÓDIGO 11-01-006). EQUIPO DE 8 CANALES				34.810	17.400	45.250	27.840	55.700	38.290
11 01 041		EEG EN VIGILIA, SUEÑO Y POST-PRIVACIÓN DE SUEÑO (INCLUYE CÓDIGO 11-01-004) EQUIPODE 16 O MAS CANALES				36.400	18.200	47.320	29.120	58.240	40.040
11 01 042		EEG DIGITAL 20 CANALES (CON ACTIVACIONES HV Y FE) ESTÁNDAR O POST PRIVACIÓN DE SUEÑO DE 20 A 30 MINUTOS DURACIÓN				29.370	14.680	38.180	23.490	46.990	32.300
11 01 043		EEG DIGITAL 32 CANALES (CON ACTIVACIONES HV Y FE) ESTÁNDAR O POST PRIVACIÓN DE SUEÑO DE 20 A 30 MINUTOS DURACIÓN				37.990	18.990	49.390	30.390	60.780	41.780
11 01 046		ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL DE 32 CANALES CON MAPEO (MAPPING), ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FRECUENCIAS Y DE EVENTOS POR ÁREAS (INCLUYE ESTÍMULOS COGNITIVOS)				41.450	20.720	53.890	33.160	66.320	45.590

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 01 044		MONITOREO E.E.G. CONTINUO DE 24 HRS.				61.300	30.650	79.690	49.040	98.080	67.430
11 01 050		POLISOMNOGRAFÍA BASAL HOSPITALIZADO				84.090	42.040	109.320	67.270	134.540	92.490
11 01 051		POLISOMNOGRAFÍA NOCHE DIVIDIDA				90.560	45.280	117.730	72.450	144.900	99.620
11 01 052		POLISOMNOGRAFÍA BASAL AMBULATORIA				84.230	42.110	109.500	67.380	134.770	92.650
11 01 053		POLISOMNOGRAFÍA CON TITULACIÓN DE CPAP Y/O VMNI NOCHE COMPLETA				96.910	48.450	125.980	77.520	155.060	106.600
		ELECTROMIOGRAFIAS									
11 01 009		ELECTROMIOGRAFÍA DE FIBRA ÚNICA				25.320	12.660	32.920	20.260	40.510	27.850
11 01 010		ELECTROMIOGRAFÍAS CUALQUIER REGIÓN, POR EJ.: MÚSCULOS FACIALES, FARINGE, PARAVERTEBRALES, VEJIGA Y PERINÉ, TEST DE MIASTENIA (INCLUYE EL ESTUDIO CLÍNICOY MUESTREO SUFICIENTES PARA DIAGNOSTICAR NATURALEZA DEL TRASTORNO Y ESTADO EVOLUTIVO), C/U				15.280	7.640	19.860	12.220	24.450	16.810
11 01 011		POTENCIALES EVOCADOS EN CORTEZA (POR EJ.: AUDITIVO, OCULAR O CORPORALES), C/U				20.000	10.000	26.000	16.000	32.000	22.000
11 01 012		VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA (INCLUYE REFLEJO H, ONDA F Y OTROS)				12.490	6.240	16.240	9.990	19.980	13.730
		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			32.910	16.450	42.780	26.320	52.660	36.200
		VENTRICULO-ENCEFALOGRAFIAS (NO INCLUYEN LA TREPANACIÓN):									
		MIELOGRAFIAS									
11 01 025		POR PUNCIÓN LUMBAR, CON MEDIO DE CONTRASTE GASEOSO O HIDROSOLUBLE (A.C. 04-02-050)				15.770	7.880	20.500	12.610	25.230	17.340
		INFILTRACIONES (BLOQUEOS) DE NERVIOS Y/O RAICES NERVIOSAS									
11 01 026		BLOQUEO NERVIO PERIFÉRICO EN PUNTO MOTOR				13.080	6.540	17.000	10.460	20.930	14.390
11 01 027		BLOQUEO NERVIO TRONCULAR				17.390	8.690	22.610	13.910	27.820	19.120
11 01 028		INFILTRACIÓN O BLOQUEO DE RAMAS DEL TRIGÉMINO O DEL FACIAL	1			9.190	4.590	11.950	7.350	14.700	10.100
11 01 029		INFILTRACIÓN O BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO	1			9.430	4.710	12.260	7.540	15.090	10.370

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 01 030		INFILTRACIÓN O BLOQUEO EPIDURAL, CERVICAL, LUMBAR O SIMILARES, CADA SESIÓN	1			14.210	7.100	18.470	11.360	22.740	15.630
11 01 031		INFILTRACIÓN O BLOQUEO INTERCOSTALES (CUALQUIER NÚMERO)				13.080	6.540	17.000	10.460	20.930	14.390
11 01 032		RIZOTOMÍA QUÍMICA POR MEDIO DE INYECCIÓN INTRATECAL.	1			26.110	13.050	33.940	20.880	41.780	28.720
11 01 033		INFILTRACIÓN O BLOQUEO SUBOCCIPITAL U OTROS NERVIOS CERVICALES				9.430	4.710	12.260	7.540	15.090	10.370
		ALCOHOLIZACION O FENOLIZACION DE NERVIOS PERIFERICOS									
		(CUALQUIER NÚMERO):									
11 01 034		ALCOHOLIZACIÓN O FENOLIZACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS: INTRAMUSCULAR				12.690	6.340	16.500	10.150	20.300	13.950
11 01 035		ALCOHOLIZACIÓN O FENOLIZACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS: INTRATECAL				21.930	10.960	28.510	17.540	35.090	24.120
11 01 036		ALCOHOLIZACIÓN O FENOLIZACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS: TRONCULAR				17.870	8.930	23.230	14.290	28.590	19.650
		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	52.910	36.370	139.910	69.950	181.880	111.920	223.860	153.900
11 03 002	7	SINUS PERICRANI, TRAT. QUIR.	2	51.310	35.270	135.710	67.850	176.420	108.560	217.140	149.280
		B.- CRANEO									
11 03 003	9	HUNDIMIENTO SIMPLE, REPARACIÓN DE	2	54.300	37.330	143.620	71.810	186.710	114.900	229.790	157.980
		DEFECTO ÓSEO:									
11 03 004	10	CRANEOPLASTÍA CON AUTOINJERTO	2	55.710	38.300	147.330	73.660	191.530	117.860	235.730	162.060
11 03 005	10	CRANEOPLASTÍA CON PRÓTESIS (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	55.710	38.300	147.330	73.660	191.530	117.860	235.730	162.060
11 03 006	10	TUMORES DE CALOTA, EXTIRP. DE	2	52.910	36.370	140.290	70.140	182.380	112.230	224.460	154.310
11 03 007	9	OSTEOMIELITIS, LIMPIEZA QUIRÚRGICA	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
11 03 008	9	CRANIECTOMÍAS DESCOMPRESIVAS	2	92.850	63.830	195.110	97.550	253.640	156.080	312.180	214.620

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 03 009	9	REPARACIÓN DE FRACTURA CRECEDORA CRANEOESTENOSIS:	2	111.710	76.800	294.440	147.220	382.770	235.550	471.100	323.880
11 03 010	9	CRANEOTOMÍAS LINEALES	2	115.060	79.100	303.700	151.850	394.810	242.960	485.920	334.070
11 03 011	12	CRANIECTOMÍAS C/S REMODELACIÓN ÓSEA CIRUGÍA REPARADORA CRÁNEO-ÓRBITO-FACIAL: - AVANCE FRONTO-ORBITARIO BILATERAL EN CRANEOESTENOSIS COMPLEJAS - REPARACIÓN DE HIPERTELORISMO - REPARACIÓN DE MENINGOENCEFALOCELE FRONTOETMOIDAL - CIRUGÍA REPARADORA EN DISPLASIA FIBROSA FRONTOETMOIDAL O ESFENOIDAL (PARTICIPAN TRES O MÁS EQUIPOS DE ESPECIALISTAS; COMO 1ER. CIRUJANO: NEUROCIRUJANO, DE CABEZA Y CUELLO, DE PLÁSTICA, MÁXILO-FACIAL, OFTALMÓLOGO, OTORRINOLARINGÓLOGO U OTROS).	2	199.120	136.890	522.270	261.130	678.950	417.810	835.630	574.490
11 03 012	14	HONORARIOS DEL 1ER. CIRUJANO RESPONSABLE Y SUS AYUDANTES	2	216.290	148.700	567.350	283.670	737.560	453.880	907.760	624.080
11 03 013		HONORARIOS C/U DE LOS OTROS IROS. CIRUJANOS Y AYUDANTES C.- ENCEFALO Y ENVOLTURAS PARA CIRUGÍA ENDOVASCULAR NO INDIVIDUALIZADA, SE APLICARÁN LOS CÓDIGOS Y VALORES DE LAS TÉCNICAS CONVENCIONALES, AUMENTANDO EN DOS DÍGITOS EL CÓDIGO ADICIONAL.	2			427.360	213.680	555.570	341.890	683.780	470.100
11 03 014	10	HEMATOMA O ABSCESO EXTRADURAL, VACIAMIENTO DE	2	139.360	95.810	337.690	168.840	439.000	270.150	540.300	371.450
11 03 015	11	REPARACIÓN DE FÍSTULA DE LCR	2	90.530	62.240	226.130	113.060	293.970	180.900	361.810	248.740
11 03 016	10	HEMATOMA, EMPIEMA O COLECCIÓN SUBDURAL, VACIAMIENTO DE	2	139.360	95.810	337.690	168.840	439.000	270.150	540.300	371.450
11 03 017	12	QUISTES ARACNOIDALES ENCEFÁLICOS, TRAT. QUIR. (SUPRASELLARES, TEMPORALES, CEREBELOSOS, ETC.)	2	114.560	78.760	301.540	150.770	392.000	241.230	482.460	331.690
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	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
11 03 019	12	ABSCESO CEREBRAL, TRAT. QUIR.	2	172.240	118.410	454.570	227.280	590.940	363.650	727.310	500.020
11 03 020	9	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO ABIERTO O PENETRANTE (HERIDA A BALA U OTRO ELEMENTO PENETRANTE)	2	115.060	79.100	303.700	151.850	394.810	242.960	485.920	334.070
11 03 021	10	HUNDIMIENTO EXPUESTO, REPAR. DE	2	90.530	62.240	190.200	95.100	247.260	152.160	304.320	209.220
11 03 022	12	LOBECTOMÍAS POR CONTUSIÓN CEREBRAL	2	158.370	108.880	378.780	189.390	492.410	303.020	606.050	416.660
11 03 023	12	HEMATOMA INTRACEREBRAL, VACIAMIENTO DE TUMORES Y/O QUISTES Y/O CAVERNOMA (EXTIRPACIÓN DE)	2	139.360	95.810	362.300	181.150	470.990	289.840	579.680	398.530
11 03 024	12	DE BASE DE CRÁNEO, RESECCIÓN DE TUMORES Y/O QUISTES Y/O CAVERNOMA	3	255.390	175.580	663.900	331.950	863.070	531.120	1.062.240	730.290
11 03 025	12	INTRAORBITARIOS, RESECCIÓN DE TUMORES Y/O QUISTES Y/O CAVERNOMA	3	248.980	171.170	647.200	323.600	841.360	517.760	1.035.520	711.920
11 03 026	12	ENCEFÁLICOS Y DE HIPÓFISIS, RESECCIÓN DE TUMORES Y/O QUISTES Y/O CAVERNOMA LESIONES VASCULARES, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:	3	255.390	175.580	663.900	331.950	863.070	531.120	1.062.240	730.290
11 03 027	13	ANEURISMAS, MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS ENCEFÁLICAS U ORBITARIAS, FÍSTULAS DURALES FÍSTULA CARÓTIDO CAVERNOSA:	3	208.930	143.640	613.130	306.560	797.070	490.500	981.010	674.440
11 03 028	10	FÍSTULA CARÓTIDO CAVERNOSA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR	2	113.100	77.750	299.670	149.830	389.570	239.730	479.470	329.630
11 03 029	12	FÍSTULA CARÓTIDO CAVERNOSA, TRAT. QUIR. ANASTOMOSIS Y REVASCULARIZACIÓN CEREBRAL:	3	128.340	88.230	375.220	187.610	487.790	300.180	600.350	412.740
11 03 030	10	REVASCULARIZACIÓN INTRACRANEANA INDIRECTA (ENDODUROSINANGIOSIS, MULTITREPANACIÓN, EMÁS, ETC)	2	128.340	88.230	311.070	155.530	404.390	248.850	497.710	342.170
11 03 031	13	ANASTOMOSIS Y REVASCULARIZACIÓN CEREBRAL EXTRA-INTRACRANEANA (CIRUGÍA DE CARÓTIDA: VER CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA) CIRUGÍA DERIVATIVA DE LCR:	2	248.980	171.170	639.240	319.620	831.010	511.390	1.022.780	703.160
11 03 032	11	INSTALACIÓN DE DERIVATIVAS DE LCR (NO INCLUYE VALOR DE LA VÁLVULA)	2	92.850	63.830	231.950	115.970	301.540	185.560	371.120	255.140
11 03 033	7	REVISIÓN O EXTERIORIZACIÓN DE DERIVATIVA	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
11 03 034	10	VENTRICULOCISTERNOSTOMÍA	2	90.530	62.240	230.180	115.090	299.230	184.140	368.290	253.200
11 03 035	12	FENESTRACIÓN, SEPTOSTOMÍA O COAGULACIÓN PLEXOS COROÍDEOS (TRAT. ENDOSCÓPICO) MALFORMACIONES:	2	90.530	62.240	230.180	115.090	299.230	184.140	368.290	253.200

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	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	135.500	93.150	400.130	200.060	520.170	320.100	640.210	440.140
11 03 037	12	MENINGO Y MENINGOENCEFALOCELE OCCIPITAL, REPAR. DE NERVIOS CRANEANOS:	3	135.820	93.370	401.090	200.540	521.420	320.870	641.740	441.190
11 03 038	12	CIRUGÍA DESCOMPRESIVA NEUROVASCULAR	2	176.460	121.310	446.820	223.410	580.870	357.460	714.910	491.500
11 03 039	7	NEUROTOMÍAS	1	77.260	53.110	163.080	81.540	212.000	130.460	260.930	179.390
11 03 040	7	NEUROLISIS O MICROCOMPRESIÓN PERCUTÁNEA CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA:	2	90.530	62.240	230.180	115.090	299.230	184.140	368.290	253.200
11 03 041	12	CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA (CUALQUIER TÉCNICA) ESTEREOTAXIA Y CIRUGÍA FUNCIONAL	3	139.360	95.810	411.440	205.720	534.870	329.150	658.300	452.580
11 03 042	12	BIOPSIA ESTEREOTÁXICA CEREBRAL CON MARCO DE ESTEREOTAXIA O NEURONAVEGADOR	2	185.810	127.740	447.510	223.750	581.760	358.000	716.020	492.260
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	196.770	135.280	520.520	260.260	676.680	416.420	832.830	572.570
11 03 045	12	IMPLANTACIÓN DE ESTIMULADORES INTRACRANEANOS D.- COLUMNA Y MEDULA (ADEMÁS VER GRUPO 21 COLUMNA)	2	132.100	90.820	351.180	175.590	456.530	280.940	561.890	386.300
11 03 046	11	INSTALACIÓN DE ESTIMULADORES MEDULARES	2	85.550	58.810	217.520	108.760	282.780	174.020	348.030	239.270
11 03 047	12	DISRAFIAS ESPINALES: MENINGOCELE, MIELOMENINGOCELE, DIASTEMATOMIELIA, LIPOMA, LIPOMENINGOCELE, MÉDULA ANCLADA, ETC.	2	135.500	93.150	400.130	200.060	520.170	320.100	640.210	440.140
11 03 048	7	INFILTRACIÓN FACETARIA COLUMNA Y RADICULAR	1	83.870	57.660	177.050	88.520	230.170	141.640	283.280	194.750
11 03 049	11	HERNIA NÚCLEO PULPOSO, ESTENORRAQUIS, ARACNOIDITIS, FIBROSIS PERIRRADICULAR CERVICAL, DORSAL O LUMBAR, TRAT. QUIR.	2	175.360	120.560	462.310	231.150	601.000	369.840	739.700	508.540
11 03 050	11	LAMINECTOMÍA DESCOMPRESIVA	2	162.450	111.680	388.550	194.270	505.120	310.840	621.680	427.400
11 03 069	11	FIJACIÓN DE COLUMNA (CERVICAL-DORSAL-LUMBAR) CUALQUIER VÍA ABORDAJE, C/S OSTEOSÍNTESIS.	2	147.470	101.380	384.680	192.340	500.080	307.740	615.490	423.150
11 03 051	9	HERIDAS RAQUIMEDULARES, TRAT. QUIR.	2	112.880	77.600	298.300	149.150	387.790	238.640	477.280	328.130
11 03 052	10	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR ESPINAL EXTRADURAL	2	135.820	93.370	329.190	164.590	427.950	263.350	526.700	362.100

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	158.370	108.880	401.080	200.540	521.400	320.860	641.730	441.190
11 03 054	12	MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA O FÍSTULA DURAL MEDULAR, TRAT. QUIR.	2	173.460	119.250	457.580	228.790	594.850	366.060	732.130	503.340
11 03 055	7	CORDOTOMÍA PERCUTÁNEA	1	106.860	73.460	217.520	108.760	282.780	174.020	348.030	239.270
11 03 056	9	MIELOTOMÍA, DREZTOMÍA	2	149.650	102.880	357.930	178.960	465.310	286.340	572.690	393.720
11 03 057	9	RIZOTOMÍA (CUALQUIER TÉCNICA)	1	130.320	89.590	275.430	137.710	358.060	220.340	440.690	302.970
		E.- NERVIOS PERIFERICOS Y PLEXOS									
11 03 058	7	TUMOR DE NERVIO PERIFÉRICO, EXTIRP. DE	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
11 03 059	10	REPARACIÓN DE PLEXOS C/S NEUROTIZACIÓN CON TÉCNICA MICROQUIRÚRGICA O INJERTOS INTERFASCICULARES	2	185.810	127.740	439.250	219.620	571.030	351.400	702.800	483.170
11 03 060	10	SECCIÓN DE NERVIO, REPARACIÓN CON INJERTO	2	90.320	62.090	221.630	110.810	288.120	177.300	354.610	243.790
11 03 061	8	SECCIÓN DE NERVIO, REPARACIÓN SIN INJERTO	2	75.380	51.820	196.590	98.290	255.570	157.270	314.540	216.240
11 03 068	7	NEURECTOMÍA, CUALQUIER LOCALIZACIÓN, CADA ZONA QUIRÚRGICA	2	51.040	35.090	129.820	64.910	168.770	103.860	207.710	142.800
11 03 062	10	NEUROLISIS CON TÉCNICA MICROQUIRÚRGICA	2	85.550	58.810	209.940	104.970	272.920	167.950	335.900	230.930
11 03 063	6	NEUROLISIS EXTERNA	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
11 03 064	8	SÍNDROME DEL ESCALENO, TRAT. QUIR.	2	67.680	46.530	178.190	89.090	231.650	142.550	285.100	196.000
11 03 065	8	SÍNDROME DE COSTILLA CERVICAL, TRAT. QUIR.	2	121.260	83.360	319.630	159.810	415.520	255.700	511.410	351.590
11 03 066	7	LIBERACIÓN QUIRÚRGICA DE NERVIO PERIFÉRICO EXTRACRANEANO (TRAT. QUIR. DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, TARSO U OTRO)	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
11 03 067	7	LIBERACIÓN DE NERVIO CUBITAL A NIVEL DEL CODO, CUALQUIER TÉCNICA	2	69.600	47.850	177.110	88.550	230.240	141.680	283.380	194.820
11 03 083	4	LIBERACIÓN QUIRÚRGICA DE NERVIO PERIFÉRICO EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO TÉC. WALANT (ANESTESIA LOCAL SIN TORNIQUETE)	2			147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
		GRUPO : 12									
		OFTALMOLOGIA									
		I.- PROCEDIMIENTOS									
		A.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS									
12 01 001		& CAMPIMETRÍA DE PROYECCIÓN, UNILATERAL (PROC.AUT.)				7.130	3.560	9.270	5.700	11.410	7.840

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 01 042		& CAMPIMETRÍA COMPUTARIZADA, UNILATERAL				16.330	8.160	21.230	13.060	26.130	17.960
12 01 002		& COORDIMETRÍA, TEST DE HESS U OTRO, UNILATERAL				3.640	1.820	4.730	2.910	5.820	4.000
12 01 003		& CUANTIFICACIÓN DE LAGRIMACIÓN (TEST DE SCHIRMER), UNI O BILATERAL				2.210	1.100	2.870	1.760	3.540	2.430
12 01 004		& CURVA DE TENSIÓN APLANÁTICA (POR CADA DÍA), UNILATERAL				5.570	2.780	7.240	4.450	8.910	6.120
12 01 005		& DIPLOSCOPIA CUANTITATIVA, BILATERAL				3.210	1.600	4.170	2.560	5.140	3.530
12 01 006		& ELECTROMIOGRAFÍA MÚSCULOS OCULARES ADULTOS, UNILATERAL				15.000	7.500	19.500	12.000	24.000	16.500
12 01 007		& ELECTROMIOGRAFÍA MÚSCULOS OCULARES NIÑOS, UNILATERAL				13.930	6.960	18.110	11.140	22.290	15.320
12 01 008		& ELECTROOCULOGRAFÍA, BILATERAL				12.390	6.190	16.110	9.910	19.820	13.620
12 01 009		& EXPLORACIÓN SENSORIOMOTORA: ESTRABISMO, ESTUDIO COMPLETO, BILATERAL				12.930	6.460	16.810	10.340	20.690	14.220
12 01 010		& PERIMETRÍA DE GOLDMAN O PERIMETRÍA CINÉTICA, UNILATERAL				11.050	5.520	14.370	8.840	17.680	12.150
12 01 011		& PRUEBAS DE PROVOCACIÓN PARA GLAUCOMA (PRUEBA DE OSCURIDAD U OTRAS), UNI O BILATERAL				7.210	3.600	9.370	5.760	11.540	7.930
12 01 012		& RETINOGRAFÍA, BILATERAL				8.300	4.150	10.790	6.640	13.280	9.130
12 01 014		& TONOMETRÍA APLANÁTICA UNILATERAL				1.850	920	2.410	1.480	2.960	2.030
12 01 015		& TRATAMIENTO ORTÓPTICO Y/ O PLEÓPTICO (POR SESIÓN), BILATERAL				4.100	2.050	5.330	3.280	6.560	4.510
12 01 027		EXAMEN OPTOMÉTRICO C/S PRESCRIPCIÓN DE LENTES				12.450	6.220				
12 01 045		& PAQUIMETRÍA				33.840	16.920				
		IRIS Y RETINA									
12 01 016		ANGIOGRAFÍA DE RETINA O DE IRIS, (CON FLUORESCÉINA O SIM.), UNILATERAL				14.380	7.190	18.690	11.500	23.010	15.820
12 01 017		ANGIOSCOPIA RETINAL Y/O IRIS (CON FLUORESCÉINA O SIMILAR), UNILATERAL (PROC.AUT.)				3.620	1.810	4.710	2.900	5.790	3.980
12 01 018		& ELECTORRETINOGRAFÍA, UNILATERAL				11.170	5.580	14.520	8.930	17.870	12.280
12 01 019		EXPLORACIÓN VITREORRETINAL, AMBOS OJOS				6.690	3.340	8.700	5.350	10.700	7.350
12 01 020		& ECOBIOMETRÍA CON CÁLCULO DE LENTE INTRAOCULAR, BILATERAL				22.930	11.460	29.810	18.340	36.690	25.220
12 01 023		& POTENCIAL VISUAL EVOCADO EN ADULTOS, BILATERAL				17.110	8.550	22.240	13.680	27.380	18.820

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 01 024		& POTENCIAL VISUAL EVOCADO EN NIÑOS, BILATERAL				16.940	8.470	22.020	13.550	27.100	18.630
12 01 043		& TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTARIZADA, UNILATERAL				27.810	13.900	36.150	22.240	44.500	30.590
12 01 044		& TOMOGRAFÍA COHERENCIA ÓPTICA, C/ OJO				52.740	26.370				
		& 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		CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN ADULTOS				8.690	4.340	11.300	6.950	13.900	9.550
12 01 030		CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL Y/O CORNEAL EN NIÑOS				13.420	6.710	17.450	10.740	21.470	14.760
		VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAGE DE:									
12 01 031		VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAGE EN ADULTOS				13.080	6.540	17.000	10.460	20.930	14.390
12 01 032		VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAGE EN LACTANTES	1			21.750	10.870	28.280	17.400	34.800	23.920
12 01 033		VÍA LAGRIMAL, CATETERISMO O SONDAGE EN NIÑOS	1			16.870	8.430	21.930	13.490	26.990	18.550
12 01 034		TOCACIÓN CORNEAL C/YODO Y/O ÉTER U OTROS, EN NIÑOS O ADULTOS				6.220	3.110	8.090	4.980	9.950	6.840
		CRIOCOAGULACIÓN CONJUNTIVAL, CORNEAL O PALPEBRAL:									
12 01 035	2	CRIOCOAGULACIÓN CONJUNTIVAL, CORNEAL O PALPEBRAL EN ADULTOS	1			13.080	6.540	17.000	10.460	20.930	14.390
12 01 036	2	CRIOCOAGULACIÓN CONJUNTIVAL, CORNEAL O PALPEBRAL EN NIÑOS	1			14.520	7.260	18.880	11.620	23.230	15.970
12 01 037	3	GLAUCOMA, CICLODIATERMIA Y/O CICLOCRIOTERAPIA	1			48.380	24.190	62.890	38.700	77.410	53.220
12 01 038		INYECCIÓN RETROBULBAR	1			8.690	4.340	11.300	6.950	13.900	9.550
12 01 039	3	PESTAÑAS, EXTIRP. POR ELECTROCOAGULACIÓN (CUALQUIER NÚMERO)	1			14.520	7.260	18.880	11.620	23.230	15.970
12 01 040	3	PUNTOS LAGRIMALES; ELECTROTERMOCOAGULACIÓN	1			13.080	6.540	17.000	10.460	20.930	14.390

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 01 041	3	SONDAJE VÍA LAGRIMAL EN NIÑOS (BAJO ANESTESIA GENERAL) 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	1	51.170	35.180	65.570	32.780	85.240	52.450	104.910	72.120
12 02 001	2	INTUBACIÓN VÍA LAGRIMAL	1			68.010	34.000	88.410	54.400	108.820	74.810
12 02 002	4	PUNTOS LAGRIMALES, PLASTÍA DE	1			47.560	23.780	61.830	38.050	76.100	52.320
12 02 003	4	RECONSTITUCIÓN DE CANALÍCULOS B.- SACO Y/O GLANDULA LAGRIMAL	1	64.080	44.050	108.830	54.410	141.480	87.060	174.130	119.710
12 02 004	2	ABSCESO, VACIAMIENTO Y/O DRENAJE DE SACO Y/O GLÁNDULA LAGRIMAL	1			29.530	14.760	38.390	23.620	47.250	32.480
12 02 005	4	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA	2	64.080	44.050	166.920	83.460	217.000	133.540	267.070	183.610
12 02 006	3	EXTIRPACIÓN DE SACO Y/O GLÁNDULA LAGRIMAL	1			90.600	45.300	117.780	72.480	144.960	99.660
12 02 007	6	RECONSTITUCIÓN VÍA LAGRIMAL EN AUSENCIA DEL SACO	2	85.550	58.810	222.730	111.360	289.550	178.180	356.370	245.000
12 02 008	6	EXTIRPACIÓN TOTAL O PARCIAL DE LA GLÁNDULA LAGRIMAL	2	90.530	62.240	230.180	115.090	299.230	184.140	368.290	253.200
12 02 009	6	TUMOR MALIGNO DEL SACO, TRAT. QUIR. COMPLETO C.- PARPADO Y CEJA (SUPERIOR O INFERIOR)	2	64.080	44.050	166.920	83.460	217.000	133.540	267.070	183.610
12 02 010	2	ABSCESO, TRAT. QUIR. PÁRPADO O CEJA	1			27.210	13.600	35.370	21.760	43.540	29.930
12 02 011	3	BIOPSIA DE PÁRPADO Y/O ANEXOS (PROC. AUT.)	1			39.660	19.830	51.560	31.730	63.460	43.630
12 02 012	3	BLEFAROCHALASIS, PLASTÍA DE	1			88.310	44.150	114.800	70.640	141.300	97.140
12 02 013	5	BLEFAROFIMOSIS, PLASTÍA DE	1			171.390	85.690	222.810	137.110	274.220	188.520
12 02 014	3	BLEFARORRAFIA CON BLEFAROTOMÍA POSTERIOR	1			47.560	23.780	61.830	38.050	76.100	52.320
12 02 015	3	CANTOPLASTÍA	1			68.010	34.000	88.410	54.400	108.820	74.810
12 02 016	3	CHALAZIÓN Y OTROS TUMORES BENIGNOS (UNO O MÁS, UNILATERAL), TRAT. QUIR. COMPLETO	1			52.910	26.450	68.780	42.320	84.660	58.200

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 02 017	5	COLOBOMA, PLASTÍA DE	2	65.760	45.210	144.950	72.470	188.440	115.960	231.920	159.440
12 02 018	4	ECTROPIÓN, PLASTÍA DE	1			107.190	53.590	139.350	85.750	171.500	117.900
12 02 019	4	ENTROPIÓN, PLASTÍA DE	1			107.190	53.590	139.350	85.750	171.500	117.900
12 02 020	4	EPICANTO, PLASTÍA DE	1			107.190	53.590	139.350	85.750	171.500	117.900
12 02 021	5	PTOSIS, TRAT. QUIR.	1			173.700	86.850	225.810	138.960	277.920	191.070
12 02 022	3	QUISTE DERMOIDE DE LA COLA DE LA CEJA, RESEC. PLÁSTICA	1			54.350	27.170	70.660	43.480	86.960	59.780
12 02 023	5	TUMOR MALIGNO DE PÁRPADO O CEJA, TRAT. QUIR. COMPLETO	1	64.080	44.050	108.830	54.410	141.480	87.060	174.130	119.710
12 02 024	3	XANTELASMA, TRAT. QUIR.	1			41.590	20.790	54.070	33.270	66.540	45.740
12 02 071	3	HERIDA O DEHISCENCIA DE SUTURA DE PÁRPADO, REPARACIÓN D.- CONJUNTIVA	1			65.340	32.670	84.940	52.270	104.540	71.870
12 02 025	4	HERIDA O DEHISCENCIA DE LA CONJUNTIVA, SUTURA DE (PROC. AUT.)	1			86.040	43.020	111.850	68.830	137.660	94.640
12 02 026	4	PTERIGIÓN Y/O PSEUDOPTERIGIÓN O SU RECIDIVA, EXTIRPACIÓN	1			100.930	50.460	131.210	80.740	161.490	111.020
12 02 027	5	SIMBLÉFARON, RESECCIÓN DE ADHERENCIAS Y PLASTÍA DE	1			89.080	44.540	115.800	71.260	142.530	97.990
12 02 028	4	EXTIRPACIÓN DE TUMOR BENIGNO DE LA CONJUNTIVA E.- ORBITA	1			52.910	26.450	68.780	42.320	84.660	58.200
12 02 029	4	ABSCESO ORBITARIO, TRAT. QUIR.	1			49.120	24.560	63.860	39.300	78.590	54.030
12 02 030	7	CORRECCIÓN DE CAVIDAD ANOFTÁLMICA TRAT. COMPLETO	2	85.550	58.810	206.220	103.110	268.090	164.980	329.950	226.840
12 02 031	8	CUERPO EXTRAÑO ORBITARIO (CON ORBITOTOMÍA)	2	87.740	60.320	215.350	107.670	279.960	172.280	344.560	236.880
12 02 032	11	EXANTERACIÓN ORBITARIA O TUMOR ORBITARIO, TRAT. QUIRÚRGICO COMPLETO	2	154.030	105.890	397.060	198.530	516.180	317.650	635.300	436.770
12 02 033	6	ORBITOTOMÍA ANTERIOR	1			111.880	55.940	145.440	89.500	179.010	123.070
12 02 034	5	ORBITOTOMÍA LATERAL DESCOMPRESIVA	2	67.820	46.620	172.650	86.320	224.450	138.120	276.240	189.910
12 02 072	6	**RECONSTRUCCIÓN DE PAREDES ORBITARIAS F.- GLOBO Y MUSCULOS OCULARES	2	52.910	36.370	140.290	70.140	182.380	112.230	224.460	154.310

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 02 035	5	BIOPSIA DE GLOBO OCULAR (PROC. AUT.)	1			81.590	40.790	106.070	65.270	130.540	89.740
12 02 036	7	ENUCLEACIÓN O IMPLANTE DE PRÓTESIS OCULAR (PROC. AUT.)	1	85.550	58.810	149.590	74.790	194.470	119.670	239.340	164.540
12 02 037	8	ENUCLEACIÓN CON IMPLANTE	1	106.860	73.460	203.930	101.960	265.110	163.140	326.290	224.320
12 02 038	7	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMPLETO DEL ESTRABISMO UNILATERAL O BILATERAL	2	106.860	73.460	243.540	121.770	316.600	194.830	389.660	267.890
12 02 039	7	EXANTERACIÓN OCULAR (PROC. AUT.)	1	85.550	58.810	149.590	74.790	194.470	119.670	239.340	164.540
12 02 040	5	SUTURA DE LESIÓN TRAUMÁTICA DE GLOBO O MUSCULOS OCULARES (PROC. AUT.)	1			105.730	52.860	137.450	84.580	169.170	116.300
		G.- CORNEA Y ESCLEROTICA									
12 02 041	5	CIRUGÍA REFRACTIVA, QUERATOTOMÍA RADIAL O SIMILAR CON BISTURÍ DE DIAMANTE	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
12 02 042	3	CRIOTERAPIA Y RECESIÓN CONJUNTIVAL	1			75.510	37.750	98.160	60.400	120.820	83.060
12 02 044	4	EXTRACCIÓN QUIR. DE CUERPO EXTRAÑO EN CORNEA Y/O ESCLERA	1			31.710	15.850	41.220	25.360	50.740	34.880
12 02 045	9	GLAUCOMA, TRAT. QUIR. POR CUALQUIER TÉCNICA	2	85.550	58.810	209.940	104.970	272.920	167.950	335.900	230.930
12 02 046	5	HERIDA CORNEAL O CORNEO-ESCLERAL O DEHISCENCIA DE SUTURA	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
12 02 047	6	QUERATECTOMÍA LAMINAR	2	63.860	43.900	135.440	67.720	176.070	108.350	216.700	148.980
12 02 048	8	QUERATOPLASTÍA. INJERTO LAMELAR O PENETRANTE TRAT. QUIR. COMPLETO	2	136.690	93.970	290.720	145.360	377.940	232.580	465.150	319.790
12 02 049	9	QUERATOPRÓTESIS, IMPLANTACIÓN DE (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	142.560	98.010	317.090	158.540	412.220	253.670	507.340	348.790
12 02 050	6	RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL	2	64.080	44.050	163.160	81.580	212.110	130.530	261.060	179.480
12 02 051	6	REHABILITACIÓN SUPERFICIE OCULAR (CON INJERTO DE MUCOSA)	2	64.080	44.050	163.160	81.580	212.110	130.530	261.060	179.480
12 02 070	6	SINEQUIOTOMÍA (PROC. AUT.)	1			90.600	45.300	117.780	72.480	144.960	99.660
12 02 073	10	OPERACIÓN TRIPLE (INJERTO, FACOÉRESIS E IMPLANTE DELENTE INTRAOCULAR) (NO INCLUYE VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	218.700	150.350	482.140	241.070	626.780	385.710	771.420	530.350
		H.- IRIS Y CUERPO CILIAR									
12 02 053	5	IRIDECTOMÍA PERIFÉRICA Y/U ÓPTICA, (PROC. AUT.)	1	62.460	42.940	106.020	53.010	137.830	84.820	169.630	116.620
12 02 054	7	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN TUMORAL DEL IRIS O CUERPO CILIAR	2	89.120	61.270	205.390	102.690	267.010	164.310	328.620	225.920
12 02 074	7	HERNIA DE IRIS Y/O FÍSTULAS, REPARACIÓN DE	1	64.080	44.050	108.830	54.410	141.480	87.060	174.130	119.710

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		I.- COROIDES, CAMARA POSTERIOR Y RETINA									
12 02 055	4	DESGARRO CON O SIN DESPRENDIMIENTO, DIATERMO Y/O CRIO Y/O FOTOCOAGULACIÓN (INCLUYE ENDOFOTOCOAGULACIÓN INTRAQUIRÚRGICA)	1	64.080	44.050	108.830	54.410	141.480	87.060	174.130	119.710
12 02 056	8	DESPRENDIMIENTO RETINAL, CIRUGÍA CONVENCIONAL (EXOIMPLANTES)	2	106.860	73.460	283.190	141.590	368.150	226.550	453.100	311.500
12 02 058	4	TUMOR RETINAL O COROIDAL, DIATERMO Y/O CRIO Y/O FOTOCOAGULACIÓN DE	1	65.760	45.210	111.640	55.820	145.130	89.310	178.620	122.800
12 02 059	4	VASCULOPATÍA RETINAL (EXCEPTO RETINOPATÍA PROLIFERATIVA) DIATERMO Y/O CRIO Y/O FOTOCOAGULACIÓN (INCLUYE ENDOFOTOCOAGULACIÓN INTRAQUIRÚRGICA)	1	62.460	42.940	129.510	64.750	168.360	103.600	207.220	142.460
12 02 060	8	VITRECTOMÍA C/RETINOTOMÍA (C/S INYECCIÓN DE GAS O SILICONA)	2	149.650	102.880	388.090	194.040	504.520	310.470	620.940	426.890
12 02 061	8	VITRECTOMÍA CON INYECCIÓN DE GAS O SILICONA	2	128.340	88.230	318.590	159.290	414.170	254.870	509.740	350.440
12 02 062	8	VITRECTOMÍA CON VITREÓFAGO (PROC. AUT)	2	106.860	73.460	279.410	139.700	363.230	223.520	447.060	307.350
12 02 075	7	RETINOPEXIA NEUMÁTICA	1	104.110	71.570	220.770	110.380	287.000	176.610	353.230	242.840
12 02 077	6	DESPRENDIMIENTO COROÍDEO O HEMORRAGIA COROÍDEA, TRAT. QUIR.	1	64.080	44.050	108.830	54.410	141.480	87.060	174.130	119.710
		J.- CRISTALINO Y CUERPO CILIAR									
12 02 063	7	- FACOÉRESIS INTRACAPSULAR O CATARATA SECUNDARIA O DISCISIÓN Y ASPIRACIÓN DE MASAS	2	101.660	69.890	231.960	115.980	301.550	185.570	371.140	255.160
12 02 064	8	- FACOÉRESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	180.590	124.150	368.890	184.440	479.560	295.110	590.220	405.770
12 02 065	10	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRAOCULAR	2	149.650	102.880	356.440	178.220	463.370	285.150	570.300	392.080
12 02 066	5	ASPIRACIÓN ESFERULAR C/S CAPSULOTOMÍA	1	51.310	35.270	108.980	54.490	141.670	87.180	174.370	119.880
12 02 076	8	EXTRACCIÓN O CORRECCIÓN DE DESPLAZAMIENTO DE LENTE INTRAOCULAR	1	99.900	68.680	208.390	104.190	270.910	166.710	333.420	229.220
		** 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			215.260	107.630	279.840	172.210	344.420	236.790
12 02 067	4	DISCISIÓN DE CÁPSULA POSTERIOR	1			108.800	54.400	141.440	87.040	174.080	119.680

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
12 02 068	4	IRIDOTOMÍA	1			108.800	54.400	141.440	87.040	174.080	119.680
12 02 069	4	TRABECULOPLASTÍA O IRIDOPLASTÍA	1			108.800	54.400	141.440	87.040	174.080	119.680
12 02 078	5	CIRUGÍA FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA DE CÓRNEA, CUALQUIER TÉCNICA	1			448.490	224.240	583.040	358.790	717.580	493.330
		GRUPO : 13									
		OTORRINOLARINGOLOGIA									
		I.- PROCEDIMIENTOS.									
		(ADEMÁS ANESTESIA CÓD. 22-01-001 SI CORRESPONDE)A.-									
		PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS.-									
		BOCA									
13 01 001		ELECTROGUSTOMETRÍA				4.830	2.410	6.280	3.860	7.730	5.310
		FOSAS NASALES Y CAVIDADES PERINASALES									
13 01 002		& RINOMANOMETRÍA C/S VASOCONTRICTOR				9.280	4.640	12.060	7.420	14.850	10.210
13 01 003		NASOFARINGOLARINGOFIBROSCOPIA				16.500	8.250	21.450	13.200	26.400	18.150
13 01 005		SINUSOSCOPIA DE CADA SENO MAXILAR POR PUNCIÓN, C/S BIOPSIA, C/S TOMA DE MUESTRAS	1			8.910	4.450	11.580	7.120	14.260	9.800
		LARINGE									
		LARINGOSCOPIA Y/O TRAQUEOSCOPIA DIRECTA C/S TOMA DE MUESTRA, C/S BIOPSIA									
13 01 006		LARINGOSCOPIA Y/O TRAQUEOSCOPIA DIRECTA C/S TOMA DE MUESTRA, C/S BIOPSIA. CON MICROSCOPIO	1			20.540	10.270	26.700	16.430	32.860	22.590
13 01 007		LARINGOSCOPIA Y/O TRAQUEOSCOPIA DIRECTA C/S TOMA DE MUESTRA, C/S BIOPSIA. SIN MICROSCOPIO	1			17.930	8.960	23.310	14.340	28.690	19.720
		OIDO									
		AUDIOGRAMA (INCLUYE AUDIOMETRÍA TONAL PURA, DE LA PALABRA Y PRUEBAS SUPRALIMINALES).									
13 01 021		# AUDIOMETRÍA ADULTOS				8.300	4.150	10.790	6.640	13.280	9.130
13 01 008		# AUDIOMETRÍA NIÑOS				9.710	4.850	12.620	7.760	15.540	10.680
13 01 050		# AUDIOMETRÍA CAMPO LIBRE. NIÑOS Y ADULTOS				10.390	5.190				

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
13 01 009		# IMPEDANCIOMETRÍA				6.200	3.100	8.060	4.960	9.920	6.820
13 01 010		# CALIBRACIÓN DE AUDÍFONOS O IMPLANTES				5.200	2.600	6.760	4.160	8.320	5.720
13 01 011		# POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL CLÍNICOS				18.220	9.110	23.690	14.580	29.150	20.040
13 01 012		# CÓCLEOVESTIBULAR CON ELECTRONISTAGMOGRAFÍA				16.670	8.330	21.670	13.330	26.670	18.330
13 01 015		# ELECTRONISTAGMOGRAFÍA O VIDEOELECTRONISTAGMOGRAFÍA C/S NISTAG.DE POSICIÓN				6.090	3.040	7.920	4.870	9.740	6.690
13 01 016		# FUNCIÓN TUBARIA				4.680	2.340	6.080	3.740	7.490	5.150
13 01 017		# PRUEBA CALÓRICA O PRUEBA CALÓRICA MÍNIMA (PROC.AUT.)				4.350	2.170	5.660	3.480	6.960	4.780
13 01 019		# TEST DE GLICEROL (CON 3 AUDIOMETRÍAS)				16.420	8.210	21.350	13.140	26.270	18.060
13 01 020		# EXAMEN FUNCIONAL DE VIII PAR				18.440	9.220	23.970	14.750	29.500	20.280
13 01 045		# EMISIONES OTOACÚSTICAS				11.490	5.740				
13 01 046		# POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL ACORTADOS				20.400	10.200				
		& ; 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		SENOS PERINASALES, PUNCIÓN EVACUADORA C/S TOMA DE MUESTRAS, C/S INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS; CADA PUNCIÓN	1			6.510	3.250	8.460	5.200	10.420	7.160
13 01 025		**TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR (PROC. AUT.)				4.610	2.300	5.990	3.680	7.380	5.070
13 01 026		**TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR				13.420	6.710	17.450	10.740	21.470	14.760
13 01 027		VACIAMIENTO CAVID. PERINASALES (PROETZ Y SIM.) (10 SESIONES)	1			25.170	12.580	32.720	20.130	40.270	27.680
13 01 028	1	CAUTERIZACIÓN UNI O BILATERAL DE VASOS EN FOSA NASAL ANTERIOR	1			13.420	6.710	17.450	10.740	21.470	14.760
		CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NASALES, EXTRACCIÓN DE:									
13 01 029		CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NASALES, EXTRACCIÓN DE: - EN ADULTOS				6.220	3.110	8.090	4.980	9.950	6.840

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		CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NAALES, EXTRACCIÓN DE: - EN NIÑOS				14.210	7.100	18.470	11.360	22.740	15.630
		LARINGE Y TRAQUEA									
		CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE Y/O TRÁQUEA, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE LA ENDOSCOPIA CON TUBO RÍGIDO)									
13 01 035	3	CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE Y/O TRÁQUEA, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE LA ENDOSCOPIA CON TUBO RÍGIDO) - EN ADULTOS	1		25.310	12.650	32.900	20.240	40.500	27.840	
13 01 036	3	CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE Y/O TRÁQUEA, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE LA ENDOSCOPIA CON TUBO RÍGIDO) - EN NIÑOS	1		29.540	14.770	38.400	23.630	47.260	32.490	
		HIPOFARINGE Y/O ESOFAGO									
13 01 037	2	DILATACIÓN ESOFÁGICA POR SESIÓN	1		6.560	3.280	8.530	5.250	10.500	7.220	
		CUERPO EXTRAÑO EXTRACCIÓN (POR TUBO RÍGIDO)									
13 01 038	2	CUERPO EXTRAÑO EXTRACCIÓN EN HIPOFARINGE Y/O ESÓFAGO (POR TUBO RÍGIDO) - EN NIÑOS	1		26.810	13.400	34.850	21.440	42.900	29.490	
13 01 039	2	CUERPO EXTRAÑO EXTRACCIÓN EN HIPOFARINGE Y/O ESÓFAGO (POR TUBO RÍGIDO) - EN ADULTOS	1		26.810	13.400	34.850	21.440	42.900	29.490	
		OIDO									
13 01 040		LESIONES DEL OÍDO EXTERNO Y/O MEDIO, CURACIÓN BAJO MICROSCOPIO (PROC. AUT.)			4.370	2.180	5.680	3.490	6.990	4.800	
13 01 041		TROMPA DE EUSTAQUIO, INSUFLACIÓN INSTRUMENTAL (PROC. AUT.)	1		4.370	2.180	5.680	3.490	6.990	4.800	
		CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE TAPÓN DE CERUMEN) (PROC. AUT.)									
13 01 042		CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE TAPÓN DE CERUMEN) (PROC. AUT.) - EN ADULTOS			4.370	2.180	5.680	3.490	6.990	4.800	
13 01 043		CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO, EXTRACCIÓN DE (INCLUYE TAPÓN DE CERUMEN) (PROC. AUT.) - EN NIÑOS			13.080	6.540	17.000	10.460	20.930	14.390	
13 01 044		BIOPSIA OÍDO (PROC. AUT.)	1		13.080	6.540	17.000	10.460	20.930	14.390	
		II.- INTERVENCIONES QUIRURGICAS									
		EN LOS CASOS DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS Y EN AUSENCIA DE CÓDIGOS PARA ELLOS, SE APLICARÁN LOS CORRESPONDIENTES A LAS TÉCNICAS CONVENCIONALES. PARA EL CÓDIGO ADICIONAL SE APLICARÁ EN ESTOS CASOS, EL CORRESPONDIENTE A LA INTERVENCIÓN CONVENCIONAL, AUMENTADO EN DOS DÍGITOS.									
		(VÉASE, ADEMÁS CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO). TODAS LAS INTERVENCIONES SOBRE EL OÍDO SE REFIEREN A UN LADO.									

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		OIDO EXTERNO									
13 02 001		ABSCESO Y/O HEMATOMAS OÍDO EXTERNO, TRAT. QUIR.	1			20.340	10.170	26.440	16.270	32.540	22.370
13 02 002	3	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	1			44.320	22.160	57.620	35.460	70.910	48.750
13 02 003	4	FÍSTULA PREAURICULAR COMPLICADA, TRAT. QUIR.	2	52.820	36.310	140.050	70.020	182.070	112.040	224.080	154.050
13 02 004	3	EXTIRPACIÓN DE TUMOR DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	1			27.980	13.990	36.370	22.380	44.770	30.780
13 02 005	4	TUMOR MALIGNO OÍDO EXTERNO, TRAT. QUIR.	2	65.760	45.210	139.500	69.750	181.350	111.600	223.200	153.450
		OIDO MEDIO									
13 02 006	7	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOSTOMÍA	2	88.060	60.540	165.500	82.750	215.150	132.400	264.800	182.050
13 02 007	7	MASTOIDECTOMÍA C/S SECCIÓN CUERDA DEL TÍMPANO	2	88.060	60.540	184.960	92.480	240.450	147.970	295.940	203.460
13 02 008	3	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MUCOSITIS TIMPÁNICA, OTITIS MEDIA CON EFUSIÓN UNI O BILATERAL	1	51.310	35.270	108.980	54.490	141.670	87.180	174.370	119.880
13 02 009	7	OPERACIÓN RADICAL DE OÍDO	2	64.080	44.050	163.160	81.580	212.110	130.530	261.060	179.480
13 02 011	8	RECONSTITUCIÓN FUNCIONAL DE OÍDO RADICALIZADO	2	83.070	57.110	208.230	104.110	270.700	166.580	333.170	229.050
13 02 012	7	TIMPANOPLASTÍA FUNCIONAL (CUALQUIER TIPO) C/S MASTOIDECTOMÍA	2	65.950	45.340	167.900	83.950	218.270	134.320	268.640	184.690
		OIDO MEDIO Y EXTERNO									
13 02 013	7	RECONSTITUCIÓN PLÁSTICA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO CARTILAGINOSO	2	83.340	57.290	208.950	104.470	271.640	167.160	334.320	229.840
13 02 014	7	EXOSTOSIS U OSTEOMA OÍDO MEDIO O EXTERNO, RESECCIÓN POR CUALQUIER VÍA	2	64.080	44.050	148.100	74.050	192.530	118.480	236.960	162.910
13 02 015	7	NEURECTOMÍA DE JACOBSON	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
13 02 016	7	RECONSTITUCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, C/S TIMPANOPLASTÍA (INCLUYE REVISIÓN DE CADENA OSICULAR)	2	85.550	58.810	179.740	89.870	233.660	143.790	287.580	197.710
13 02 017	7	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR GLÓMICO TIMPÁNICO	3	85.550	58.810	214.490	107.240	278.840	171.590	343.180	235.930
		OIDO INTERNO Y NERVIO ACUSTICO									
13 02 018	7	LABERINTECTOMÍA	2	67.820	46.620	172.650	86.320	224.450	138.120	276.240	189.910
13 02 019	8	NEURINOMA DEL ACÚSTICO, TRAT. QUIR. VÍA TRANSLABERÍNTICA Y/O FOSA MEDIA	3	116.020	79.760	303.320	151.660	394.320	242.660	485.310	333.650
13 02 074	12	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA IMPLANTE COCLEAR	2			2.201.520	1.100.760				

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			32.760	16.380	42.590	26.210	52.420	36.040
13 02 039	4	ARTERIA ESFENOPALATINA, CAUTERIZACIÓN POR VÍA NASAL	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
13 02 040	6	ARTERIA MAXILAR INTERNA, LIGADURA DE (POR VÍA TRANSMAXILAR)	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
13 02 041	4	LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES ANTERIORES	1	51.310	35.270	108.980	54.490	141.670	87.180	174.370	119.880
13 02 042	4	TURBINECTOMÍA O CAUTERIZACIÓN DE CORNETES, CUALQUIER TÉCNICA	1			36.980	18.490	48.070	29.580	59.170	40.680
13 02 043	5	CONDUCTO Y/O SENO LAGRIMAL, OBSTRUCCIÓN DEL, TRAT. QUIR. POR VÍA NASAL	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
13 02 044	7	ETMOIDECTOMÍA ENDO O EXONASAL	2	67.660	46.510	143.550	71.770	186.620	114.840	229.680	157.900
13 02 045	5	**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FISTULAS BUCO-SINUSALES O BUCO-NASALES Y/O RETIRO CUERPOS EXTRAÑOS DEL SENO MAXILAR	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
13 02 046	2	FRACT. NASAL RECIENTE, CERRADA O EXPUESTA, REDUCCIÓN C/S INMOVILIZACIÓN	1			30.280	15.140	39.360	24.220	48.450	33.310
13 02 047	6	NERVIO VIDIANO, SECCIÓN DEL (POR CUALQUIER VÍA)	2	65.760	45.210	167.360	83.680	217.570	133.890	267.780	184.100
13 02 048	4	PERFORACIÓN DEL TABIQUE, TRAT. QUIR.	1	54.210	37.270	115.050	57.520	149.570	92.040	184.080	126.550
13 02 049	3	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PÓLIPO NASAL	1			36.640	18.320	47.630	29.310	58.620	40.300
13 02 050	5	RINITIS ATRÓFICA, TRAT. POR INCLUSIÓN SUBMUCOSA, CON CUALQUIER MATERIAL, UNI O BILATERAL	1	51.310	35.270	108.980	54.490	141.670	87.180	174.370	119.880
13 02 051	6	RINOFIMA, TRAT. QUIR.	2	64.080	44.050	140.450	70.220	182.590	112.360	224.720	154.490
13 02 052	6	RINOPLASTÍA Y/O SEPTOPLASTÍA, CUALQUIER TÉCNICA	2	69.600	47.850	185.280	92.640	240.860	148.220	296.450	203.810
13 02 053	6	SENO ESFENOIDAL, ABERTURA POR CUALQUIER VÍA	2	82.610	56.790	168.890	84.440	219.560	135.110	270.220	185.770
13 02 054	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE SENO FRONTAL, CUALQUIER VÍA	2	67.660	46.510	143.550	71.770	186.620	114.840	229.680	157.900
13 02 055	6	ANTROSTOMÍA SENO MAXILAR, CUALQUIER VÍA	2	65.760	45.210	139.500	69.750	181.350	111.600	223.200	153.450
13 02 056	2	SINEQUIA NASAL, TRAT. QUIR.	1			20.860	10.430	27.120	16.690	33.380	22.950
13 02 057	5	TUMOR NASAL, EXTIRP. POR RINOTOMÍA LATERAL	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
13 02 058	5	VACIAMIENTO ETMOIDAL POR VÍA NASAL C/S POLIPECTOMÍA	1	65.760	45.210	103.460	51.730	134.500	82.770	165.540	113.810
		LARINGE Y TRAQUEA									
13 02 059	4	ARITENOIDECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	1	65.950	45.340	103.810	51.900	134.950	83.040	166.100	114.190

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
13 02 060	6	ARITENOIDECTOMÍA VÍA EXTERNA	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
13 02 061	6	DECORTICACIÓN DE CUERDAS VOCALES C/MICROSCOPIO	1	65.950	45.340	111.990	55.990	145.590	89.590	179.180	123.180
13 02 073	3	ESTENOSIS LARINGOTRAQUEALES Y FARÍNGEAS, TRAT. QUIR. POR VÍA ENDOSCÓPICA (INCLUYE LASER)	1	49.710	34.170	71.790	35.890	93.330	57.430	114.860	78.960
		CUERDAS VOCALES, TUMORES BENIGNOS, TRAT. QUIR.									
13 02 062	3	TUMOR BENIGNO DE CUERDAS VOCALES, TRAT. QUIRÚRGICO POR VÍA ABIERTA	1	64.080	44.050	108.830	54.410	141.480	87.060	174.130	119.710
13 02 063	3	TUMOR BENIGNO DE CUERDAS VOCALES, TRAT. QUIRÚRGICO POR VÍA ENDOSCÓPICA	1	67.660	46.510	114.890	57.440	149.360	91.910	183.820	126.370
13 02 064	5	CORDECTOMÍA, RESECCIÓN DE SINEQUIA Y OTRAS MALFORMACIONES, TRAT. QUIRÚRGICO POR VÍA EXTERNA	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
13 02 065	6	ESTENOSIS LARINGOTRAQUEALES Y/O FARÍNGEAS, TRAT. QUIR. POR VÍA ABIERTA (INCLUYE RECONSTRUCCIÓN LARINGOTRAQUEAL)	2	115.060	79.100	303.700	151.850	394.810	242.960	485.920	334.070
13 02 066	8	LARINGECTOMÍA PARCIAL O SUBTOTAL (CUALQUIER TÉCNICA)	3	106.860	73.460	286.970	143.480	373.060	229.570	459.150	315.660
13 02 067	10	LARINGECTOMÍA TOTAL MÁS FARINGECTOMÍA PARCIAL	3	132.100	90.820	382.290	191.140	496.980	305.830	611.660	420.510
13 02 068	13	LARINGECTOMÍA TOTAL MÁS FARINGECTOMÍA TOTAL Y/O ESOFAGECTOMÍA CERVICAL	3	166.750	114.640	526.650	263.320	684.650	421.320	842.640	579.310
13 02 069	5	LARINGOCELE, TRAT. QUIR.	2	50.000	34.370	132.570	66.280	172.340	106.050	212.110	145.820
13 02 070	2	PAPILOMAS LARÍNGEOS, TRAT. QUIR. (POR SESIÓN)	1			52.910	26.450	68.780	42.320	84.660	58.200
13 02 071	5	PARÁLISIS DE CUERDAS VOCALES, TRAT. QUIR. CUALQUIER TÉCNICA	2	66.100	45.440	140.190	70.090	182.250	112.150	224.300	154.200
13 02 072	5	TRAQUEOSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
		**ESTAS PRESTACIONES SE AUTORIZAN A CIRUJANOS DENTISTAS ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL".									
		III.- FONOAUDIOLOGIA									
13 03 001		EVALUACIÓN DE VOZ				5.570	2.780	7.240	4.450	8.910	6.120
13 03 002		EVALUACIÓN DE HABLA				9.880	4.940	12.840	7.900	15.810	10.870
13 03 003		EVALUACIÓN DEL LENGUAJE (INCLUYE VOZ, HABLA Y ASPECTO SEMÁNTICO, SINTÁCTICO Y FONOLÓGICO, ETC. E INFORME) (INCLUYE 3 SESIONES DE MÍNIMO 30')				14.040	7.020	18.250	11.230	22.460	15.440
13 03 004		REHABILITACIÓN DE LA VOZ				5.130	2.560	6.670	4.100	8.210	5.640
13 03 005		REHABILITACIÓN DEL HABLA Y/O DEL LENGUAJE (MÁXIMO 30 SESIONES ANUALES)(CADA SESIÓN MÍNIMO 30')				5.460	2.730	7.100	4.370	8.740	6.010

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
13 03 006		REHABILITACIÓN DE LA DEGLUCIÓN				5.360	2.680	6.970	4.290	8.580	5.900
13 03 007		EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEGLUCIÓN				10.660	5.330	13.860	8.530	17.060	11.730
		TELEREHABILITACION FONOAUDIOLOGÍA									
13 08 301		TELEREHABILITACIÓN: EVALUACIÓN DE VOZ				4.730	2.360	6.150	3.780	7.570	5.200
13 08 302		TELEREHABILITACIÓN: EVALUACIÓN DE HABLA				8.400	4.200	10.920	6.720	13.440	9.240
13 08 303		TELEREHABILITACIÓN: EVALUACIÓN DEL LENGUAJE (INCLUYE VOZ, HABLA Y ASPECTO SEMÁNTICO, SINTÁCTICO Y FONOLÓGICO, ETC. E INFORME) (INCLUYE 3 SESIONES DE MÍNIMO 30')				11.940	5.970	15.520	9.550	19.100	13.130
13 08 304		TELEREHABILITACIÓN: REHABILITACIÓN DE LA VOZ				4.370	2.180	5.680	3.490	6.990	4.800
13 08 305		TELEREHABILITACIÓN: REHABILITACIÓN DEL HABLA Y/O DEL LENGUAJE (MÁXIMO 30 SESIONES ANUALES)(CADA SESIÓN MÍNIMO 30')				4.650	2.320	6.050	3.720	7.440	5.110
		GRUPO : 14									
		CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO									
		(ADEMÁS VÉASE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA)									
		I.- PROCEDIMIENTOS.									
		TIROIDES									
14 01 001		PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA DE NÓDULO TIROIDEO	1			13.420	6.710	17.450	10.740	21.470	14.760
		II.- INTERVENCIONES QUIRURGICAS.									
		TIROIDECTOMÍA:									
14 02 001	7	TIROIDECTOMÍA BILATERAL TOTAL	3	109.980	75.610	287.540	143.770	373.800	230.030	460.060	316.290
14 02 002	7	TIROIDECTOMÍA BILATERAL SUBTOTAL	3	83.340	57.290	204.520	102.260	265.880	163.620	327.230	224.970
14 02 003	9	BOCIO INTRATORÁCICO, TRAT. QUIR. POR ESTERNOTOMÍA	3	106.860	73.460	303.800	151.900	394.940	243.040	486.080	334.180
14 02 004	9	EXTIRPACIÓN DE TIROIDES LINGUAL	2	106.860	73.460	271.860	135.930	353.420	217.490	434.980	299.050
14 02 005	6	LOBECTOMÍA CON O SIN ISTMECTOMÍA O RESECCIÓN PARCIAL	3	64.080	44.050	200.890	100.440	261.160	160.710	321.420	220.970
14 02 006	9	TIROIDECTOMÍA TOTAL AMPLIADA (INCLUYE EXTIRPACIÓN DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS VECINAS)	3	160.420	110.290	490.800	245.400	638.040	392.640	785.280	539.880

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		PARATIROIDES (UN LADO)									
		ADENOMA Y/O HIPERPLASIA, TRAT. QUIR.									
14 02 007	6	AUTOTRANSPLANTE DE PARATIROIDES (OPERACIÓN ASOCIADA A ALGUNAS DE LAS PRESTACIONES DE TIROIDES Y PARATIROIDES)	2	74.900	51.490	197.310	98.650	256.500	157.840	315.700	217.040
14 02 008	9	PARATIROIDECTOMÍA O EXPLORACIÓN PARATIROIDES CON EXPLORACIÓN DE MEDIASTINO, ABORDAJE TRANSTORÁCICO.	3	106.860	73.460	271.860	135.930	353.420	217.490	434.980	299.050
14 02 009	7	PARATIROIDECTOMÍA O EXPLORACIÓN DE PARATIROIDES (ABORDAJE CERVICAL, CLÁSICO O MÍNIMAMENTE INVASIVO)	3	90.530	62.240	208.530	104.260	271.090	166.820	333.650	229.380
14 02 010	9	REEXPLORACIÓN CERVICAL PARATIROIDES POR PERSISTENCIA O RECIDIVA HIPERPARATIROIDISMO	3	106.860	73.460	231.120	115.560	300.460	184.900	369.790	254.230
		GLANDULAS SALIVALES									
		PAROTIDA (UN LADO)									
		PAROTIDECTOMÍA									
14 02 011	6	PAROTIDECTOMÍA SUPRAFACIAL CON DISECCIÓN Y PRESERVACIÓN DEL NERVIO FACIAL	2	65.950	45.340	139.940	69.970	181.920	111.950	223.900	153.930
14 02 012	7	PAROTIDECTOMÍA TOTAL, CON DISECCIÓN Y PRESERVACIÓN DEL NERVIO FACIAL.	2	85.550	58.810	207.680	103.840	269.980	166.140	332.290	228.450
14 02 013	9	PAROTIDECTOMÍA TOTAL AMPLIADA (INCLUYE MÚSCULOS, GANGLIOS, ARTICULACIONES Y RAMA VERTICAL DE LA MANDÍBULA)	3	171.180	117.680	450.040	225.020	585.050	360.030	720.060	495.040
14 02 014	9	TOTALIZACIÓN DE PAROTIDECTOMÍA PREVIA O PAROTIDECTOMÍA DEL LÓBULO PROFUNDO	3	85.550	58.810	202.450	101.220	263.190	161.960	323.920	222.690
		GLANDULA SUBMANDIBULAR									
14 02 015	8	EXTIRPACIÓN SUBMANDIBULAR AMPLIADA (INCLUYE PISO DE BOCA, ARCO MANDIBULAR ,MÚSCULOS Y ARTICULACIONES)	3	171.180	117.680	450.040	225.020	585.050	360.030	720.060	495.040
14 02 016	6	EXTIRPACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL SUBMANDIBULAR	2	65.950	45.340	139.940	69.970	181.920	111.950	223.900	153.930
		SUB-LINGUAL (UNA O AMBAS)									
14 02 017	5	**EXTIRPACIÓN GLÁNDULA SALIVAL SUBLINGUAL	1	52.640	36.190	111.790	55.890	145.330	89.430	178.860	122.960
14 02 018	8	EXTIRPACIÓN SUBLINGUAL AMPLIADA (INCLUYE PISO DE BOCA, ARCO MANDIBULAR, MÚSCULOS, GANGLIOS Y ARTICULACIONES)	3	171.180	117.680	450.040	225.020	585.050	360.030	720.060	495.040
		OTROS									
14 02 019	3	** ABSCESO PAROTÍDEO SUBMAXILAR Y/O CERVICAL PROFUNDO, TRAT.QUIR.	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
14 02 020	5	** CONDUCTOS SALIVALES DE EXCRECIÓN, REIMPLANTACIÓN ORO-FARÍNGEA	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
14 02 021	3	**CIERRE DE FÍSTULA SALIVAL: REPARACIÓN DEL CONDUCTO DE EXCRECIÓN	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
14 02 022	2	**EXTIRPACIÓN DE QUISTE O MUCOCELE DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR DE LABIOS	1	52.640	36.190	53.510	26.750	69.560	42.800	85.620	58.860
14 02 023	6	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO TORTICOLIS CONGÉNITA	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
		OTRAS ESTRUCTURAS PROFUNDAS DE CUELLO									
14 02 024	6	QUISTES Y/O FÍSTULAS DEL CONDUCTO TIROGLOSO, Y/O BRANQUIAL, Y/O HIGROMA, Y/O FÍSTULA PREAURICULAR COMPLICADA, Y/U OTROS QUISTES Y/O TUMORES BENIGNOS, TRAT. QUIR.	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
14 02 025	7	TUMORES DEL CUERPO CAROTÍDEO, TRAT. QUIR. (INCL. PROC. VASCULAR)	2	87.740	60.320	176.650	88.320	229.650	141.320	282.640	194.310
		PIEL Y MUCOSAS									
14 02 026	2	BIOPSIA QUIR., MUCOSA ORONASOFARÍNGEA (PROC. AUT.)	1			21.510	10.750	27.960	17.200	34.420	23.660
14 02 027	2	BIOPSIA QUIR., PIEL Y MUCOSA CARA (PROC. AUT.)	1			27.210	13.600	35.370	21.760	43.540	29.930
		TUMORES MALIGNOS:									
14 02 028	6	RESECCIÓN CUTÁNEA AMPLIADA (INCLUYE MUSCULATURA, GANGLIOS Y HUESOS SUBYACENTES; DESPLAZAMIENTO DE COLGAJOS)	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
14 02 029	3	RESECCIÓN CUTÁNEA SIMPLE (SUTURA PRIMARIA)	1			44.320	22.160	57.620	35.460	70.910	48.750
14 02 030	6	TUMOR MALIGNO DE LABIO SUPERIOR O INFERIOR, RESECCIÓN TOTAL DEL LABIO Y CIRUGÍA REPARADORA	2	64.080	44.050	170.660	85.330	221.860	136.530	273.060	187.730
14 02 031	6	TUMOR MALIGNO DE LABIO SUPERIOR O INFERIOR, RESECCIÓN PARCIAL DEL LABIO Y CIRUGÍA REPARADORA	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
		NARIZ									
14 02 032	5	RESECCIÓN PARCIAL Y CIRUGÍA REPARADORA NARIZ	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
14 02 033	6	RESECCIÓN TOTAL Y CIRUGÍA REPARADORA NARIZ	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
		CAVIDADES PARANASALES Y HUESO TEMPORAL									
14 02 034	8	EXTIRPACIÓN AMPLIADA DE NARIZ INCLUYENDO PARTE ESQUELETO FACIAL (NASO-ETMOIDIANA)	2	85.550	58.810	172.190	86.090	223.850	137.750	275.500	189.400
14 02 035	12	EXANTERACIÓN ORBITARIA AMPLIADA (INCLUYE ETMOIDES, HUESO FRONTAL, BASE DE CRÁNEO ANTERIOR Y REGIÓN MÁXILO-MALAR)	3	203.650	140.010	493.860	246.930	642.020	395.090	790.180	543.250
14 02 036	11	EXTIRPACIÓN TOTAL AMPLIADA DEL HUESO TEMPORAL	3	192.460	132.310	466.670	233.330	606.670	373.330	746.670	513.330
		MAXILECTOMIA									
14 02 037	7	**MAXILECTOMIA PARCIAL Y REPARACIÓN PROTÉSICA	2	65.760	45.210	175.080	87.540	227.600	140.060	280.130	192.590

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
14 02 038	7	**MAXILECTOMÍA PARCIAL (INCLUYE PALADAR ÓSEO; REPARACIÓN CON COLGAJO)	2	81.330	55.910	213.320	106.660	277.320	170.660	341.310	234.650
14 02 039	12	MAXILECTOMÍA RADICAL AMPLIADA (INCLUYE EXANTERACIÓN ORBITARIA Y DE FOSACRANEAL ANTERIOR O MEDIA)	3	192.460	132.310	466.670	233.330	606.670	373.330	746.670	513.330
14 02 040	10	MAXILECTOMÍA RADICAL CLÁSICA (INCLUYE EXANTERACIÓN ORBITARIA Y REPARACIÓN CON COLGAJO)	3	171.180	117.680	480.190	240.090	624.250	384.150	768.300	528.200
14 02 041	10	MAXILECTOMÍA RADICAL CLÁSICA (INCLUYE EXANTERACIÓN ORBITARIA Y REPARACIONPROTÉSICA)	3	171.180	117.680	404.640	202.320	526.030	323.710	647.420	445.100
		CAVIDAD ORAL Y OROFARINGEA									
14 02 042	6	** GLOSECTOMÍA PARCIAL, REPARACIÓN PRIMARIA	2			143.510	71.750	186.560	114.800	229.620	157.860
14 02 043	7	RESECCIÓN AMPLIA DE TUMOR MALIGNO CAVIDAD ORAL Y OROFARINGEA Y DISECCIÓN GANGLIONAR CERVICAL	2	83.780	57.600	523.480	261.740	680.520	418.780	837.570	575.830
		RESECCION DE MANDIBULA									
14 02 044	7	** HEMIMANDIBULECTOMÍA	2	90.530	62.240	217.350	108.670	282.560	173.880	347.760	239.080
14 02 045	9	** MANDIBULECTOMÍA TOTAL	3	128.340	88.230	339.780	169.890	441.710	271.820	543.650	373.760
14 02 046	13	OPERACIÓN COMANDO (INCLUYE EXTIRP. DEL TUMOR, HEMIMANDIBULECTOMÍA Y DISECCIÓN GANGLIONAR RADICAL DE CUELLO)	3	192.460	132.310	511.920	255.960	665.500	409.540	819.070	563.110
14 02 047	5	**RESECCIÓN PARCIAL DE MANDÍBULA	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
14 02 048	8	EXTIRPACIÓN DE TUMOR INTRAORAL AMPLIA EN TERCIO POSTERIOR CAVIDAD ORAL (REGIÓN FARINGEA)	3	196.770	135.280	520.790	260.390	677.030	416.630	833.260	572.860
		HIPOFARINGE Y ESOFAGO CERVICAL									
14 02 050	6	FARINGECTOMÍA PARCIAL	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
		CIRUGIA OSTEOTOMICA SOBRE LOS MAXILARES									
14 02 051	6	**GENIOPLASTÍA	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
14 02 052	6	**OSTEOTOMIAS SEGMENTARIAS DEL MAXILAR O MANDÍBULA	2	65.760	45.210	139.500	69.750	181.350	111.600	223.200	153.450
14 02 053	7	**OSTEOTOMIAS TOTALES DEL MAXILAR O MANDIBULA (TIPO LE FORT I O SAGITAL DE RAMA)	2	92.850	63.830	244.300	122.150	317.590	195.440	390.880	268.730
		TRAUMATOLOGIA MAXILO FACIAL									
		FRACTURAS DEL MALAR, MAXILAR SUPERIOR, MANDIBULA Y ORBITARIAS, UNICAS O MULTIPLES, EXCLUIDA NARIZ.									
		REDUCCIÓN:									
14 02 054	4	**REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS MAXILOFACIALES	1			80.340	40.170	104.440	64.270	128.540	88.370

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
14 02 055	5	**REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MAXILOFACIALES Y ESTABILIZACIÓN CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	2	69.600	47.850	177.110	88.550	230.240	141.680	283.380	194.820
14 02 056	4	**REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MAXILOFACIALES CON OSTEOSÍNTESIS ÚNICA	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
14 02 057	10	RECONSTRUCCIONES COMPLEJAS DE LA CARA SIMULTÁNEAS CON PROC. NEUROQUIRÚRGICO (CRANEOTOMÍAS MÁS ABORDAJES Y TRAT. FACIAL), TIEMPO FACIAL	2	185.810	127.740	439.250	219.620	571.030	351.400	702.800	483.170
14 02 058	7	RECONSTRUCCIONES DE PARTES DURAS Y BLANDAS DE LA CARA, MEDIANTE ABORDAJES MÚLTIPLES Y HEMICORONAL O CORONAL	2	113.100	77.750	299.670	149.830	389.570	239.730	479.470	329.630
14 02 059	4	**REMOCIÓN DE ARCOS DENTARIOS O LIGADURAS DE ALAMBRE	1			49.170	24.580	63.920	39.330	78.670	54.080
14 02 060	3	** REMOCIÓN SIMPLE (PROC.AUT.)	1			45.300	22.650	58.890	36.240	72.480	49.830
		**ESTAS PRESTACIONES SE AUTORIZAN A CIRUJANOS DENTISTAS ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL".									
		GRUPO : 15									
		CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA									
		(ADEMÁS ANESTESIA CÓD. 22-01-001 SI CORRESPONDE)									
		HERIDAS DE LA CARA (CORTANTES Y/O CONTUSAS), SUTURA PLÁSTICA (PROC. AUT.)									
15 02 001	4	HERIDAS DE LA CARA COMPLICADAS: 1 O VARIAS DE MÁS DE 5 CMS. Y/O UBICADAS EN BORDES DE PÁRPADOS, LABIOS O ALA NASAL Y/O QUE COMPROMETEN MÚSCULOS, CONDUCTOS, VASOS O NERVIOS	2			147.580	73.790	191.850	118.060	236.130	162.340
15 02 002	2	HERIDAS DE LA CARA SIMPLES: 1 O VARIAS DE HASTA 5 CMS. QUE SÓLO COMPROMETEN PIEL	1			36.980	18.490	48.070	29.580	59.170	40.680
15 02 003	4	IMPLANTE DE SILICONA FACIAL (CUALQUIER ZONA O ZONAS)	1			101.950	50.970	132.540	81.560	163.120	112.140
		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			143.510	71.750	186.560	114.800	229.620	157.860
15 02 005	4	RESECCIÓN PLÁSTICA DE 3 O MÁS CICATRICES (CUALQUIER LOCALIZACIÓN O TAMAÑO)	2			163.990	81.990	213.190	131.190	262.380	180.380
		INJERTOS PIEL PARCIAL Y/O MUCOSA (INCLUYE TRATAMIENTO ZONAS DADORA Y RECEPTORA)									
15 02 006	3	INJERTOS HASTA 1% SUPERFICIE CORPORAL RECEPTORA	1			34.930	17.460	45.410	27.940	55.890	38.420
15 02 007	4	INJERTOS HASTA 5% SUPERFICIE CORPORAL RECEPTORA	1			57.430	28.710	74.660	45.940	91.890	63.170
15 02 008	5	INJERTOS HASTA 10% SUPERFICIE CORPORAL RECEPTORA	1			106.590	53.290	138.570	85.270	170.540	117.240
15 02 009	6	INJERTOS POR CADA 10% (O SU FRACCIÓN) ADICIONAL HASTA 50%	1			42.650	21.320	55.450	34.120	68.240	46.910

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
15 02 010	13	INJERTOS 51% Y MÁS DE SUPERFICIE CORPORAL RECEPTORA	2	150.900	103.740	342.060	171.030	444.680	273.650	547.300	376.270
15 02 011	8	PIEL TOTAL, CUALQUIER TAMAÑO (INCLUYE TRATAMIENTO ZONA DADORA Y RECEPTORA)	2			139.470	69.730	181.310	111.570	223.150	153.410
		TOMA DE INJERTOS									
15 02 012	4	TOMA DE INJERTOS CARTÍLAGO (AURICULAR, COSTAL O SIMILARES) C/U	2			147.580	73.790	191.850	118.060	236.130	162.340
15 02 013	5	TOMA DE INJERTOS-ÓSEO (COSTAL, ILÍACO, TIBIAL O SIMILARES) C/U.	2			169.600	84.800	220.480	135.680	271.360	186.560
		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			143.510	71.750	186.560	114.800	229.620	157.860
15 02 015	5	PLASTÍAS EN Z, 4 Y MÁS	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
		COLGAJOS (ROTACIÓN, AVANCE, DESLIZAMIENTO, AL AZAR O SIMILAR)									
15 02 016	7	- COLGAJOS COMPLEJOS (ABBE, MUSTARDA, CONVERSE, JURI, BAKAMJIAN O SIMILAR)	2	69.600	47.850	177.110	88.550	230.240	141.680	283.380	194.820
15 02 017	9	- COLGAJOS LIBRES CON MICROANASTOMOSIS (INCLUYE TOMA DEL COLGAJO Y LAS SUTURAS NEUROVASCULARES)	2	208.930	143.640	506.620	253.310	658.610	405.300	810.590	557.280
15 02 018	7	- COLGAJOS MUSCULARES O MUSCULOCUTÁNEOS	2	109.980	75.610	240.980	120.490	313.270	192.780	385.570	265.080
15 02 019	8	- COLGAJOS OSTEOMUSCULOCUTÁNEOS	2	153.500	105.530	367.170	183.580	477.320	293.730	587.470	403.880
15 02 020	6	- COLGAJOS SIMPLES DOS O MÁS	2	67.660	46.510	143.550	71.770	186.620	114.840	229.680	157.900
15 02 021	5	- COLGAJO SIMPLE ÚNICO	2			131.120	65.560	170.460	104.900	209.790	144.230
		CRANEO Y CARA									
15 02 022	6	PARÁLISIS FACIAL, TRASPLANTES MUSCULARES	2	85.550	58.810	202.450	101.220	263.190	161.960	323.920	222.690
		RIDECTOMÍA									
15 02 023	6	RIDECTOMÍA CÉRVICO-FACIAL, UN LADO	2	64.080	44.050	155.590	77.790	202.270	124.470	248.940	171.140
15 02 024	5	RIDECTOMÍA FRONTAL	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
		OREJAS (UN LADO)									
15 02 025	4	OREJAS ALADAS O EN ASA, CORRECCIÓN PLÁSTICA	2	55.710	38.300	234.910	117.450	305.380	187.920	375.860	258.400

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
15 02 026	3	LÓBULO AURICULAR PARTIDO, CORRECCIÓN PLÁSTICA (PROC. AUT)	1			36.980	18.490	48.070	29.580	59.170	40.680
15 02 027	5	MALFORMACIÓN CONGÉNITA COMPLEJA EN OREJAS, CADA PLASTÍA O PLASTÍAS EN TIEMPOS DIFERENTES	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
		NARIZ									
15 02 028	5	CORRECCIÓN NASAL PARCIAL (ALARES, ALARGAMIENTO COLUMELA O SIMILAR)	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
		PARPADOS									
		BLEFAROPLASTIA UNO O AMBOS PÁRPADOS:									
15 02 029	5	BLEFAROPLASTIA PÁRPADOS INFERIORES, UNI O BILATERAL	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
15 02 030	5	BLEFAROPLASTIA PÁRPADOS SUPERIORES, UNI O BILATERAL	2	54.700	37.600	144.270	72.130	187.550	115.410	230.830	158.690
		LABIOS									
15 02 031	5	** CORRECCIÓN QUIRÚRGICA SECUNDARIA DE QUEILOPLASTIA	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
15 02 032	5	** QUEILOPLASTIA PRIMARIA, UN LADO (PROC. QUIR. COMPLETO POR CUALQUIER TÉCNICA)	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
		AFECCIONES CONGENITAS									
15 02 033	5	** CIERRE DE PALADAR DURO Y/O CIERRE DE COMUNICACIÓN ORO-NASAL	2	62.460	42.940	132.480	66.240	172.220	105.980	211.970	145.730
15 02 034	5	**CIERRE MUCOSO VESTÍBULO ORAL O GINGIVO-PERIOSTIO-PLASTIA	2	67.820	46.620	143.900	71.950	187.070	115.120	230.240	158.290
15 02 035	5	** PLASTIA DE VELO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
15 02 036	5	** CIERRE DE MACROSTOMÍA, UNILATERAL	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
15 02 037	7	**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANOMALÍAS CRÁNEO FACIALES	2	106.860	73.460	241.740	120.870	314.260	193.390	386.780	265.910
		RECONSTRUCCION OSTEOPLASTICA REBORDE ALVEOLAR									
15 02 038	6	**RECONSTRUCCIÓN OSTEOPLÁSTICA REBORDE ALVEOLAR BILATERAL EN UN TIEMPO	2	92.850	63.830	219.750	109.870	285.680	175.800	351.600	241.720
15 02 039	5	**RECONSTRUCCIÓN OSTEOPLÁSTICA REBORDE ALVEOLAR UNILATERAL	2	67.820	46.620	156.720	78.360	203.740	125.380	250.750	172.390
		HIPERTELORISMO									
15 02 040	11	DISTOPLASIAS ORBITARIAS: MOVILIZACIÓN UNILATERAL O VERTICAL TIEMPO FACIAL	3	171.180	117.680	404.640	202.320	526.030	323.710	647.420	445.100
15 02 041	11	EXPANSIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE UN MICRO-ORBITISMO	3	171.180	117.680	404.640	202.320	526.030	323.710	647.420	445.100

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
15 02 042	12	SÍNDROME DE APERT CROUZON O SIMILAR: AVANCE FRONTO-ORBITO-MAXILAR VÍA INTRACRANEANA, TIEMPO FACIAL	3	192.460	132.310	466.670	233.330	606.670	373.330	746.670	513.330
15 02 043	12	SÍNDROME DE APERT CROUZON O SIMILAR: OSTEOTOMÍA TIPO LE FORT III O SIMILAR	3	192.460	132.310	466.670	233.330	606.670	373.330	746.670	513.330
15 02 044	6	CORRECCIÓN TELECANTO	2	64.080	44.050	155.590	77.790	202.270	124.470	248.940	171.140
15 02 045	11	MOVILIZACIÓN ORBITARIA EXTRACRANEANA	3	171.180	117.680	404.640	202.320	526.030	323.710	647.420	445.100
15 02 046	13	MOVILIZACIÓN ORBITARIA INTRACRANEANA, TIEMPO FACIAL	3	192.460	132.310	466.670	233.330	606.670	373.330	746.670	513.330
		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	55.710	38.300	148.690	74.340	193.300	118.950	237.900	163.550
15 02 048	6	MAMOPLASTÍA DE AUMENTO (UNILATERAL)	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
15 02 049	6	MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN	2	82.460	56.690	180.700	90.350	234.910	144.560	289.120	198.770
15 02 050	6	MASTOPEXIA C/S IMPLANTE DE PRÓTESIS (NO INCLUYE VALOR DE LA PRÓTESIS)	2	65.950	45.340	132.550	66.270	172.320	106.040	212.080	145.800
15 02 051	5	RECONSTRUCCIÓN AREOLA Y/O PEZÓN C/S PLASTÍA (PROC. AUT.)	2			147.580	73.790	191.850	118.060	236.130	162.340
15 02 052	7	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA	2	87.740	60.320	192.100	96.050	249.730	153.680	307.360	211.310
		ABDOMEN Y PELVIS									
15 02 053	6	ABDOMINOPLASTIA	3	90.530	62.240	208.530	104.260	271.090	166.820	333.650	229.380
		TRATAMIENTO DE ESCARAS DE DECUBITO									
15 02 054	7	ESCARECTOMÍA CON RESECCIÓN ÓSEA C/S COLGAJO DE ROTACIÓN	2	65.760	45.210	132.120	66.060	171.760	105.700	211.390	145.330
15 02 055	7	TRATAMIENTO DE ESCARAS DE DECUBITO, CON RESECCIÓN ÓSEA Y COLGAJOS MUSCULARES O MUSCULOCUTÁNEOS	2	106.860	73.460	241.740	120.870	314.260	193.390	386.780	265.910
		EXTREMIDADES									
		SINDACTILIA, TRAT. QUIR. CADA ESPACIO									
15 02 056	5	SINDACTILIA, TRAT. QUIR. CADA ESPACIO CON INJERTO	2			139.470	69.730	181.310	111.570	223.150	153.410
15 02 057	4	SINDACTILIA, TRAT. QUIR. CADA ESPACIO SIN INJERTO	1			56.000	28.000	72.800	44.800	89.600	61.600
15 02 058	5	POLIDACTILIA, EXTIRPACIÓN Y PLASTÍA UNILATERAL	1			139.470	69.730	181.310	111.570	223.150	153.410

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
15 02 059	6	LIPECTOMÍA GLÚTEA, UNILATERAL	2			132.440	66.220	172.170	105.950	211.900	145.680
15 02 060	6	LIPECTOMÍA TROCANTÉREA, UNILATERAL	2			135.950	67.970	176.740	108.760	217.520	149.540
		PROCEDIMIENTOS EN ESCARAS									
		(QUEMADURAS, LOXOSCELISMO O SIMILAR)									
		ESCAROTOMÍA									
15 02 061	4	ESCAROTOMÍA HASTA 10 % SUPERFICIE CORPORAL	1			26.260	13.130	34.140	21.010	42.020	28.890
15 02 062	2	ESCAROTOMÍA POR CADA 10 % ADICIONAL (O SU FRACCIÓN)	1			20.340	10.170	26.440	16.270	32.540	22.370
		ESCARECTOMÍA									
15 02 063	3	ESCARECTOMÍA HASTA 1 % SUPERFICIE CORPORAL	1			57.430	28.710	74.660	45.940	91.890	63.170
15 02 064	4	ESCARECTOMÍA HASTA 5 % SUPERFICIE CORPORAL	1			81.970	40.980	106.560	65.570	131.150	90.160
15 02 065	5	ESCARECTOMÍA HASTA 10% SUPERFICIE CORPORAL	1	55.710	38.300	118.300	59.150	153.790	94.640	189.280	130.130
15 02 066	6	ESCARECTOMÍA POR CADA 10% ADICIONAL (O SU FRACCIÓN) (SE COBRARÁ CÓD. AD. UNA SÓLA VEZ POR SUPERFICIE ENTRE EL 11% Y 50%).	1			65.620	32.810	85.310	52.500	104.990	72.180
		** ESTAS PRESTACIONES SE AUTORIZAN A CIRUJANOS DENTISTAS ESPECIALISTAS.									
		GRUPO : 16									
		DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS									
		PROCEDIMIENTOS									
		EN CONSULTA O SALA DE PROCEDIMIENTO. LA CURACIÓN SIMPLE DE HERIDAS ESTÁ INCLUIDA EN LA CONSULTA. CUANDO SEA NECESARIA ANESTESIA GENERAL PARA CUALQUIERA DE ESTOS PROCEDIMIENTOS, DEBERÁ USARSE ANESTESIA CÓD. 22-01-001 Y FUNDAMENTARSE EN EL PROGRAMA RESPECTIVO. LA CALIFICACIÓN DE MALIGNO O BENIGNO PREOPERATORIA ES SÓLO PRESUNTIVA.									
16 01 110		CURETAJE DE LESIONES VIRALES Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES POR SESIÓN				26.030	13.010	33.840	20.820	41.650	28.630
16 01 111		APLICACIÓN DE INMUNOMODULADORES, QUÍMICOS Y SIMILARES HASTA 10 LESIONES POR SESIÓN				17.790	8.890	23.130	14.230	28.460	19.560
16 01 112		FOTOTERAPIA UVB, UVA LOCALIZADA, POR SESIÓN				6.080	3.040	7.900	4.860	9.730	6.690
16 01 113		FOTOTERAPIA UVB, BANDA ANGOSTA Y UVA POR SESIÓN EN CABINA				8.910	4.450	11.580	7.120	14.260	9.800
16 01 115		IMPLANTES SUBCUTÁNEOS, INSTALACIÓN O RETIRO				20.710	10.350	26.920	16.560	33.140	22.780

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
16 01 116		CRIOTERAPIA HASTA 5 LESIONES POR SESIÓN				17.510	8.750	22.760	14.000	28.020	19.260
16 01 117		CRIOTERAPIA 6 A 10 LESIONES POR SESIÓN				27.390	13.690	35.610	21.910	43.820	30.120
16 01 118		TUMOR MALIGNO POR CRIOCIRUGÍA (POR CADA LESIÓN) POR SESIÓN	1			49.540	24.770	64.400	39.630	79.260	54.490
16 01 119		INYECCIÓN INTRACUTÁNEA EN ÁREAS HASTA 9 CM2 POR SESIÓN				18.250	9.120	23.730	14.600	29.200	20.070
16 01 120		TRATAMIENTO ABRASIVO CUTÁNEO MECÁNICO POR SESIÓN				34.700	17.350	45.110	27.760	55.520	38.170
16 01 121		TRATAMIENTO ABRASIVO CUTÁNEO QUÍMICO POR SESIÓN				26.030	13.010	33.840	20.820	41.650	28.630
16 01 122		TRICOGRAMA				20.820	10.410	27.070	16.660	33.310	22.900
16 01 124	2	TRATAMIENTO POR LÁSER, IPL O SIMILAR POR ÁREA HASTA 16 CM2 POR SESIÓN	1			44.520	22.260	57.880	35.620	71.230	48.970
16 01 125		TERAPIA FOTODINÁMICA (NO INCLUYE MEDICAMENTO) POR SESIÓN				44.230	22.110	57.500	35.380	70.770	48.650
16 01 126		DERMATOSCOPIA DIGITAL CON REGISTRO GRÁFICO O DIGITAL HASTA 5 LESIONES				22.320	11.160	29.020	17.860	35.710	24.550
		CIRUGIAS									
		EN SALA DE PROCEDIMIENTOS O PABELLÓN QUIRÚRGICO. EL USO DE ANESTESIA POR OTRO PROFESIONAL DEBERÁ SER FUNDAMENTADA Y SE UTILIZARÁ LA ANESTESIA CÓD. 22-01-001. LA CALIFICACIÓN DE MALIGNO O BENIGNO PREOPERATORIA ES SÓLO PRESUNTIVA.									
16 02 201	2	** BIOPSIA DE PIEL Y/O MUCOSA POR CURETAJE O SECCIÓN TANGENCIAL C/S ELECTRO POR 1 LESIÓN	1			45.900	22.950	59.670	36.720	73.440	50.490
		EXTIRPACIÓN, REPARACIÓN O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTÁNEAS POR EXCISSION									
16 02 202	2	CABEZA, CUELLO, GENITALES HASTA 3 LESIONES: EXTIRPACIÓN, REPARACIÓN O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTÁNEAS POR EXCISSION	1			78.980	39.490	102.670	63.180	126.370	86.880
16 02 203	2	RESTO DEL CUERPO HASTA 3 LESIONES: EXTIRPACIÓN, REPARACIÓN O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTÁNEAS POR EXCISSION	1			54.000	27.000	70.200	43.200	86.400	59.400
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 EXCISSION	1			158.000	79.000	205.400	126.400	252.800	173.800
16 02 205	2	RESTO DEL CUERPO DESDE 4 Y HASTA 6 LESIONES: EXTIRPACIÓN, REPARACIÓN O BIOPSIA, TOTAL O PARCIAL, DE LESIONES BENIGNAS CUTANEAS POR EXCISION	1			108.040	54.020	140.450	86.430	172.860	118.840

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
16 02 206	2	EXTIRPACIÓN DE LESIONES BENIGNAS POR SEC TANGENCIAL, CURETAJE Y/O FULGURACIÓN HASTA 15 LESIONES	1			54.000	27.000	70.200	43.200	86.400	59.400
16 02 207	2	TRATAMIENTO POR ELECTRO DE HEMANGIOMAS O TELANGECTASIAS HASTA 15 LESIONES	1			54.000	27.000	70.200	43.200	86.400	59.400
		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			164.550	82.270	213.920	131.640	263.280	181.000
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			131.650	65.820	171.150	105.320	210.640	144.810
		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			131.650	65.820	171.150	105.320	210.640	144.810
16 02 214	2	RESTO DEL CUERPO: AMPLIACIÓN DE MÁRGENES QUIRÚRGICOS DE TUMOR MALIGNO EXTIRPADO PREVIAMENTE	2			101.300	50.650	131.690	81.040	162.080	111.430
16 02 215	3	TUMORES VASCULARES PROFUNDOS CABEZA, CUELLO, GENITALES	2			159.770	79.880	207.700	127.810	255.630	175.740
16 02 216	3	TUMORES VASCULARES PROFUNDOS RESTO DEL CUERPO	2			127.820	63.910	166.170	102.260	204.510	140.600
16 02 221	3	HERIDA CORTANTE O CONTUSA COMPLICADA, REPARACIÓN Y SUTURA (MÁS DE 5 CM)	1			77.110	38.550	100.240	61.680	123.380	84.820
16 02 222	2	HERIDA CORTANTE O CONTUSA NO COMPLICADA, REPARACIÓN Y SUTURA (UNA O MÚLTIPLE HASTA 5 CMS. DE LARGO TOTAL QUE COMPROMETA SOLO LA PIEL)	1			21.960	10.980	28.550	17.570	35.140	24.160
		EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BENIGNA SUBEPIDÉRMICA, INCLUYE TUMOR SÓLIDO, QUISTE EPIDÉRMICO Y LIPOMA POR LESIÓN									
16 02 223	2	CABEZA, CUELLO, GENITALES: EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BENIGNA SUBEPIDÉRMICA, INCLUYE TUMOR SÓLIDO, QUISTE EPIDÉRMICO Y LIPOMA POR LESIÓN	2			98.740	49.370	128.360	78.990	157.980	108.610
16 02 224	2	RESTO DEL CUERPO: EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BENIGNA SUBEPIDÉRMICA, INCLUYE TUMOR SÓLIDO, QUISTE EPIDÉRMICO Y LIPOMA POR LESIÓN	2			82.220	41.110	106.890	65.780	131.550	90.440
16 02 225	2	VACIAMIENTO Y CURETAJE QUIRÚRGICO DE LESIONES QUÍSTICAS O ABSCESOS	1			54.000	27.000	70.200	43.200	86.400	59.400
16 02 231	2	ONICECTOMÍA TOTAL O PARCIAL SIMPLE	1			21.060	10.530	27.380	16.850	33.700	23.170
16 02 232	2	CIRUGÍA REPARADORA UNGUEAL POR PROCESO INFLAMATORIO	1			65.830	32.910	85.580	52.660	105.330	72.410
16 02 233	2	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEFECTO CONGÉNITO O POR TUMOR UNGUEAL	1			105.310	52.650	136.900	84.240	168.500	115.840
16 02 240	1	CURACIÓN POR MÉDICO, QUEMADURA O SIMILAR MENOR AL 5% SUPERFICIE CORPORAL EN PABELLÓN	1			14.620	7.310	19.010	11.700	23.390	16.080
16 02 241	3	CURACIÓN POR MÉDICO, QUEMADURA O SIMILAR 5 A 10% SUPERFICIE CORPORAL EN PABELLÓN	1			28.600	14.300	37.180	22.880	45.760	31.460
16 02 242	6	CURACIÓN POR MÉDICO, QUEMADURA O SIMILAR MAYOR AL 10 % SUPERFICIE CORPORALEN PABELLÓN	1			48.610	24.300	63.190	38.880	77.780	53.470

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 01 010		SONDEO CARDÍACO DERECHO C/S TERMODILUCIÓN, EN ADULTOS O NIÑOS	1			41.990	20.990	54.590	33.590	67.180	46.180
17 01 011		SONDEO CARDÍACO IZQUIERDO Y DERECHO, EN ADULTOS O NIÑOS	1			52.520	26.260	68.280	42.020	84.030	57.770
17 01 012		SONDEO CARDÍACO IZQUIERDO, EN ADULTOS O NIÑOS	1			44.580	22.290	57.950	35.660	71.330	49.040
		COLOCACION DE CATETER									
17 01 013		CATETERISMO EN RECIÉN NACIDO POR ARTERIA UMBILICAL				18.820	9.410	24.470	15.060	30.110	20.700
17 01 014		INSTALACIÓN DE CATÉTER SWAN-GANZ O SIMILAR, EN ADULTOS O NIÑOS (PROC. AUT.)	1			47.180	23.590	61.330	37.740	75.490	51.900
17 01 078	4	INSTALACIÓN DE CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO (CATÉTER DE QMT)	1			259.550	129.770	337.420	207.640	415.280	285.500
17 01 079	4	RETIRO DE CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO (CATÉTER DE QMT)	1			129.770	64.880	168.700	103.810	207.630	142.740
		OTROS									
17 01 015		DOPPLER CON ERGOMETRÍA (POR SESIÓN)				11.550	5.770	15.020	9.240	18.480	12.700
17 01 016		DOPPLER SIMPLE DE VASOS PERIFÉRICOS (POR SESIÓN)				4.650	2.320	6.050	3.720	7.440	5.110
17 01 017		PLETISMOGRAFÍA EN REPOSO, ESFUERZO C/U (POR SESIÓN)				15.000	7.500	19.500	12.000	24.000	16.500
17 01 018		REGISTRO ECOARTERIAL O ECOVENOSO PERIFÉRICO C/U (POR SESIÓN)				20.770	10.380	27.000	16.610	33.230	22.840
		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			68.170	34.080	88.620	54.530	109.070	74.980
17 01 020	4	VENTRICULOGRAFÍA DERECHA (INCLUYE SONDEO CARDÍACO DERECHO), EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-033)	1			41.990	20.990	54.590	33.590	67.180	46.180
17 01 021	4	VENTRICULOGRAFÍA IZQUIERDA (INCLUYE EL SONDEO CARDÍACO IZQUIERDO) , EN ADULTOSO NIÑOS (A.C.04-02-033)	1			47.180	23.590	61.330	37.740	75.490	51.900
		ARTERIOGRAFÍAS:(TECNICA DE SELDINGER O SIMILAR)									
17 01 022		AORTOGRAFÍA, EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-024)	1			28.360	14.180	36.870	22.690	45.380	31.200
17 01 023		ARTERIOGRAFÍA DE EXTREMIDADES (CADA EXTREMIDAD) EN ADULTOS O NIÑOS (A.C. 04-02-025)	1			25.750	12.870	33.480	20.600	41.200	28.320
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			37.840	18.920	49.190	30.270	60.540	41.620
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			37.840	18.920	49.190	30.270	60.540	41.620

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
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			37.840	18.920	49.190	30.270	60.540	41.620
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			37.840	18.920	49.190	30.270	60.540	41.620
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			37.840	18.920	49.190	30.270	60.540	41.620
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			37.840	18.920	49.190	30.270	60.540	41.620
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			37.840	18.920	49.190	30.270	60.540	41.620
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			37.840	18.920	49.190	30.270	60.540	41.620
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			37.840	18.920	49.190	30.270	60.540	41.620
		VENOGRAFIAS									
17 01 025		CAVOGRAFÍA (A.C. 04-02-035)	1			25.750	12.870	33.480	20.600	41.200	28.320
17 01 026		FLEBOGRAFÍA DE CADA EXTREMIDAD (A.C.04-02-038)	1			14.830	7.410	19.280	11.860	23.730	16.310
17 01 027		FLEBOGRAFÍA YUGULAR, SUPRARRENAL, PORTOGRAFÍA TRANSHEPÁTICAS, LUMBAR, ESPERMÁTICA, O SIMILAR, C/U (A.C. 04-02-041)	1			25.750	12.870	33.480	20.600	41.200	28.320
		OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICOS									
17 01 030		PUNCIÓN EVACUADORA DE PERICARDIO, C/S TOMA DE MUESTRA C/S INYECCIÓN DE MEDICAMENTO	1			15.770	7.880	20.500	12.610	25.230	17.340
17 01 031	5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL CORONARIA PROCEDIMIENTO CARDIOLÓGICO (A.C.04-02-022)	2			94.450	47.220	122.790	75.560	151.120	103.890
17 01 032	5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL PERIFÉRICA PROCEDIMIENTO CARDIOLÓGICO (A.C.04-02-023)	1			76.750	38.370	99.780	61.400	122.800	84.420
17 01 033	3	BIOPSIA ENDOMIOCÁRDICA (PROC. COMPLETO)	1			68.970	34.480	89.660	55.170	110.350	75.860
17 01 034		CARDIOVERSIÓN	1			23.600	11.800	30.680	18.880	37.760	25.960
17 01 035		COLOCACIÓN DE Sonda MARCAPASO TRANSITORIO (PROC. COMPLETO)	1			33.230	16.610	43.200	26.580	53.170	36.550
17 01 037		PUNCIÓN SUBCLAVIA O YUGULAR CON COLOCACIÓN DE CATÉTER				18.820	9.410	24.470	15.060	30.110	20.700
17 01 038	3	SEPTOSTOMÍA DE RASHKIND O CON CONTROLADA CON BALÓN	1			104.920	52.460	136.400	83.940	167.870	115.410
17 01 039	3	TROMBÓLISIS ARTERIAL PERIFÉRICA	1			78.700	39.350	102.310	62.960	125.920	86.570
17 01 040	3	TROMBÓLISIS INTRACORONARIA	1			167.790	83.890	218.130	134.230	268.460	184.560
17 01 041	4	VALVULOPLASTIA MITRAL (A.C. 04-02-033)	1			201.860	100.930	262.420	161.490	322.980	222.050

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 01 042	4	VALVULOPLASTÍA AÓRTICA Y/O PULMONAR, C/U (A.C. 04-02-033)	1			130.750	65.370	169.980	104.600	209.200	143.820
17 01 043	4	ANGIOPLASTÍA DE COARTACIÓN AÓRTICA (A.C. 04-02-033)	1			130.750	65.370	169.980	104.600	209.200	143.820
17 01 046	4	ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO ENDOCARDÍACO DE LAS ARRITMIAS	1			68.170	34.080	88.620	54.530	109.070	74.980
17 01 050	4	ABLACIÓN CON CORRIENTE CONTINUA O RADIOFRECUENCIA DE NÓDULO AURÍCULO-VENTRICULAR	1			68.170	34.080	88.620	54.530	109.070	74.980
17 01 051	4	ABLACIÓN CON CORRIENTE CONTINUA O CON RADIOFRECUENCIA DE VÍAS ACCESORIAS Y OTROS II.- CIRUGIA CARDIOVASCULAR. PARA CIRUGÍA VIDEOENDOSCÓPICA NO INDIVIDUALIZADA COMO TAL, SE APLICARÁN LOS CÓDIGOS Y VALORES DE LAS TÉCNICAS CONVENCIONALES A. CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA 1.- OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA ARTERIAL	1			109.000	54.500	141.700	87.200	174.400	119.900
17 03 001	8	EMBOLECTOMÍA Y/O TROMBECTOMÍA, UNILATERAL, MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR (PROC. AUT.)	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
17 03 002	7	FÍSTULA ARTERIOVENOSA CONGÉNITA O TRAUMÁTICA, REPAR. QUIR.	2	112.820	77.560	263.050	131.520	341.970	210.440	420.880	289.350
17 03 075	6	FÍSTULA ARTERIOVENOSA PROTÉSICA	2	69.600	47.850	448.820	224.410	583.470	359.060	718.110	493.700
17 03 076	10	TRANSPOSICIÓN DE VENA BASÍLICA PARA HEMODIÁLISIS	2	135.820	93.370	361.150	180.570	469.500	288.920	577.840	397.260
17 03 003	7	FÍSTULA ARTERIOVENOSA NATIVA (VENA AUTÓLOGA)	2	69.600	47.850	358.250	179.120	465.730	286.600	573.200	394.070
17 03 005	10	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE VASOS ARTERIALES Y/O VENOSOS INTRA-ABDOMINALES O INTRA-TORÁCICOS C/S INJERTO (BIOLÓGICOS O SINTÉTICOS)	3	139.360	95.810	337.690	168.840	439.000	270.150	540.300	371.450
17 03 006	8	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE VASOS ARTERIALES Y/O VENOSOS PERIFÉRICOS C/S INJERTO (BIOLÓGICOS O SINTÉTICOS) ANEURISMAS, TRAT. QUIR.	2	90.530	62.240	222.160	111.080	288.810	177.730	355.460	244.380
17 03 007	12	ANEURISMA AÓRTICO-ABDOMINAL TRAT. QUIR.	3	232.190	159.630	532.830	266.410	692.680	426.260	852.530	586.110
17 03 008	7	ANEURISMAS PERIFÉRICOS, TRAT. QUIR.	2	107.140	73.660	272.570	136.280	354.340	218.050	436.110	299.820
17 03 009	14	ANEURISMA TÓRACO-ABDOMINAL TRAT. QUIR. PUENTES (BY PASS) Y OTROS	3	278.580	191.520	691.780	345.890	899.310	553.420	1.106.850	760.960
17 03 010	10	PUENTE AORTO-BIFEMORAL; PUENTES DE TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS	3	192.960	132.660	467.870	233.930	608.230	374.290	748.590	514.650
17 03 011	10	PUENTE AORTO-UNIFEMORAL	3	149.650	102.880	357.930	178.960	465.310	286.340	572.690	393.720

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 03 012	12	PUENTE AORTO-VISCERAL (RENAL, MESENTÉRICO O SIMILAR); C/U	3	158.370	108.880	418.750	209.370	544.380	335.000	670.000	460.620
17 03 013	12	PUENTE AORTO-ILÍACO	3	164.580	113.150	398.960	199.480	518.650	319.170	638.340	438.860
17 03 014	10	ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA, SUBCLAVIA, VERTEBRAL, FEMORAL, O SIMILAR C/S INJERTO (PROC. AUT.)	3	158.370	108.880	378.780	189.390	492.410	303.020	606.050	416.660
17 03 015	10	ENDARTERECTOMÍA FEMORAL COMÚN, SUPERFICIAL O PROFUNDA, POPLÍTEA U OTRAS C/S INJERTO (PROC. AUT.)	3	88.060	60.540	231.590	115.790	301.070	185.270	370.540	254.740
17 03 016	11	ENDARTERECTOMÍA RENAL, C/S INJERTO (PROC. AUT.)	3	106.860	73.460	271.860	135.930	353.420	217.490	434.980	299.050
17 03 017	10	PUENTE FÉMORO-TIBIAL O DISTALES	3	149.650	102.880	357.930	178.960	465.310	286.340	572.690	393.720
17 03 018	10	PUENTE FÉMORO-POPLÍTEO	3	149.650	102.880	357.930	178.960	465.310	286.340	572.690	393.720
17 03 019	8	LIGADURA TRONCOS ARTERIALES, (PROC. AUT.)	2	88.190	60.630	140.160	70.080	182.210	112.130	224.260	154.180
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	145.780	100.220	289.790	144.890	376.730	231.830	463.660	318.760
17 03 021	12	ANASTOMOSIS PORTOCAVA U OTRAS PORTOSISTÉMICAS	3	181.140	124.530	476.260	238.130	619.140	381.010	762.020	523.890
17 03 022	12	ANASTOMOSIS VENOSAS INTRAABDOMINALES	3	149.650	102.880	357.930	178.960	465.310	286.340	572.690	393.720
17 03 023		DENUDACIÓN VENOSA (PROC. AUT.)	1			56.000	28.000	72.800	44.800	89.600	61.600
17 03 024	9	DERIVACIONES VENOSAS DE EXTREMIDADES PUENTES VENOSOS	2	109.650	75.380	255.590	127.790	332.270	204.470	408.940	281.140
17 03 025	8	IMPLANTE FILTROS VENOSOS	3	113.100	77.750	287.700	143.850	374.010	230.160	460.320	316.470
17 03 066	5	INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO DE LARGA DURACIÓN TUNELIZADO (INCLUYE CATÉTER)	1	69.600	47.850	259.550	129.770	337.420	207.640	415.280	285.500
17 03 074	4	RETIRO DE CATÉTER VENOSO DE LARGA DURACIÓN TUNELIZADO	1			129.770	64.880	168.700	103.810	207.630	142.740
17 03 080	7	IMPLANTE Y RETIRO DE IMPLANTE VENOSO (FILTRO DE VENA CAVA) POR VÍA ENDOVASCULAR	3	69.600	47.850	696.360	348.180	905.270	557.090	1.114.180	766.000
17 03 026	5	LIGADURA CAYADO SAFENA INTERNA, UNILATERAL	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
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	85.550	58.810	135.950	67.970	176.740	108.760	217.520	149.540
17 03 028	8	LIGADURA VENA CAVA INFERIOR	3	89.120	61.270	262.020	131.010	340.630	209.620	419.230	288.220
17 03 029	6	RESECCIÓN CUTÁNEO-APONEURÓTICA UNILATERAL (INCLUYE FASCIOTOMÍA INTERNA O POSTERIOR)	2	62.240	42.790	158.410	79.200	205.930	126.720	253.460	174.250

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 03 030	6	SAFENECTOMÍA INTERNA Y/O EXTERNA, UNILATERAL, O ENDOABLACIÓN POR CUALQUIER TÉCNICA (LÁSER, RADIOFRECUENCIA O SIMILAR).	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
17 03 031	6	TROMBECTOMÍA DE VENAS PROFUNDAS	2	67.660	46.510	143.550	71.770	186.620	114.840	229.680	157.900
17 03 081	4	ABLACIÓN TRONCOS VENOSOS CON TÉCNICA TÉRMICA (LASER, RADIOFRECUENCIA U OTRAS)	1			213.530	106.760	277.590	170.820	341.650	234.880
17 03 082	4	ABLACIÓN TRONCOS VENOSOS CON TÉCNICA NO TÉRMICA NO TUMESCENTE (CIANOCRILATO, FÁRMACO MECÁNICO U OTRAS)	1			183.910	91.950	239.080	147.120	294.260	202.300
		3.- OPERACIONES SOBRE EL SISTEMA LINFÁTICO									
		LINFÁTICOS									
17 03 032	7	ANASTOMOSIS LINFOVENOSAS	2	87.740	60.320	207.650	103.820	269.950	166.120	332.240	228.410
17 03 033	7	LINFEDEMA, TRAT. QUIR. UNA EXTREMIDAD	2	109.650	75.380	286.620	143.310	372.610	229.300	458.590	315.280
		GANGLIOS									
17 03 034	3	DRENAJE QUIRÚRGICO ADENITIS	1			54.280	27.140	70.560	43.420	86.850	59.710
17 03 035	3	BIOPSIA QUIR. GANGLIONAR (CUALQUIER REGIÓN PERIFÉRICA SUPERFICIAL O PROFUNDA) (PROC. AUT.)	1			113.230	56.610	147.200	90.580	181.170	124.550
		DISECCION Y EXTIRPACION GANGLIONAR REGIONAL (PROC. AUT.):									
17 03 036	9	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: AXILO-SUPRACLAVICULAR	3	128.340	88.230	311.070	155.530	404.390	248.850	497.710	342.170
17 03 037	9	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: CÉRVICO-TORÁCICA	3	101.090	69.500	257.140	128.570	334.280	205.710	411.420	282.850
17 03 038	9	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: ILEOINGUINAL	3	122.480	84.200	318.580	159.290	414.150	254.860	509.730	350.440
17 03 039	9	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: INGUINOESCROTALES	3	113.100	77.750	263.690	131.840	342.800	210.950	421.900	290.050
17 03 040	10	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: LUMBO-AÓRTICOS	3	163.360	112.310	386.320	193.160	502.220	309.060	618.110	424.950
17 03 041	10	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: MEDIASTÍNICOS	3	154.030	105.890	368.350	184.170	478.860	294.680	589.360	405.180
17 03 042	6	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: POPLÍTEOS	3	66.560	45.760	200.850	100.420	261.110	160.680	321.360	220.930
17 03 043	8	VACIAMIENTO (DISECCIÓN) RADICAL CUELLO (V.R.C.) CLÁSICO IPSILATERAL	3	109.980	75.610	279.780	139.890	363.710	223.820	447.650	307.760
17 03 044	5	DISECCIÓN Y EXTIRPACIÓN GANGLIONAR REGIONAL: YUGULAR SIMPLE	2	52.820	36.310	140.050	70.020	182.070	112.040	224.080	154.050
		4.- SIMPATECTOMIA:									
17 03 045	9	SIMPATECTOMÍA CÉRVICO-TORÁCICA	3	116.020	79.760	295.130	147.560	383.670	236.100	472.210	324.640

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 03 046	9	SIMPATECTOMÍA LUMBAR B. CIRUGIA CARDIACA PERICARDIO Y CORAZON EN OPERACIONES SOBRE EL CORAZÓN, EL HONORARIO DEL CARDIÓLOGO POR CONTROL INTRAOPERATORIO Y HASTA 15 DÍAS DEL POSTOPERATORIO, SERÁ EL 25% DEL HONORARIO DEL PRIMER CIRUJANO. LOS HONORARIOS DEL MÉDICO PERFUSIONISTA, CUANDO CORRESPONDA EQUIVALDRÁN AL 20% DEL CIRUJANO PRINCIPAL.	3	113.100	77.750	223.770	111.880	290.900	179.010	358.030	246.140
17 03 047	12	ANASTOMOSIS VASCULARES SISTÉMICOPULMONARES (BLALOCK-POTT-GLENN O SIMILARES)	3	171.180	117.680	450.040	225.020	585.050	360.030	720.060	495.040
17 03 048	5	CAMBIO DE GENERADOR DE MARCAPASO, SIN CAMBIO DE ELECTRODO	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
17 03 049	12	COARTACIÓN AÓRTICA INFANTIL (PREDUCTAL) TRAT. QUIR.	3	213.870	147.030	422.870	211.430	549.730	338.290	676.590	465.150
17 03 050	12	COARTACIÓN AÓRTICA, TRAT. QUIR.	3	171.180	117.680	450.040	225.020	585.050	360.030	720.060	495.040
17 03 051	10	CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE, TRAT. QUIR.	3	181.140	124.530	428.200	214.100	556.660	342.560	685.120	471.020
17 03 052	11	FÍSTULA CORONARIA, TRAT. QUIR.	3	171.180	117.680	404.640	202.320	526.030	323.710	647.420	445.100
17 03 053	8	IMPLANTACIÓN DE MARCAPASO C/ELECTROD. INTRAVEN. O EPICÁRDICO	2	69.600	47.850	164.760	82.380	214.190	131.810	263.620	181.240
17 03 054	11	OPERACIÓN SOBRE ANILLOS VALVULARES O VASCULARES	3	135.820	93.370	329.190	164.590	427.950	263.350	526.700	362.100
17 03 055	10	OPERACIONES SOBRE ARTERIA PULMONAR, CONSTRICCIÓN POR CINTA	3	128.340	88.230	311.070	155.530	404.390	248.850	497.710	342.170
17 03 056	10	PERICARDIECTOMÍA Y/O EXTIRP. DE QUISTES Y/O TUMORES	3	175.580	120.710	469.380	234.690	610.190	375.500	751.010	516.320
17 03 057	10	PERICARDIORRAFIA O MIOPERICARDIORRAFIA EN HERIDAS PENETRANTES	3	171.180	117.680	404.640	202.320	526.030	323.710	647.420	445.100
17 03 058	10	PERICARDIOTOMÍA	2	92.850	63.830	244.300	122.150	317.590	195.440	390.880	268.730
17 03 077	6	EXTRACCIÓN DE ELECTRODO ENDOCAVITARIO, CON O SIN EXTRACCIÓN DE GENERADORDE MARCAPASO O DESFIBRILADOR OPERACIONES CARDIACAS (INCLUYEN LA TOMA DE PUENTES VENOSOS) CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA:	2	69.600	47.850	164.760	82.380	214.190	131.810	263.620	181.240
17 03 061	14	- (Y) DE COMPLEJIDAD MAYOR: INCLUYE REEMPLAZO VALVULAR MÚLTIPLE, TRES O MÁS PUENTES AORTOCORONARIOS Y/O ANASTOMOSIS CON ARTERIA MAMARIA, CORRECCIÓN DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS (POR EJEMPLO: FALLOT; ATRESIA TRICUSPÍDEA; DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO; TRANSPOSICIÓN GRANDES VASOS; VENTRÍCULO ÚNICO O SIMILARES), ANEURISMA AÓRTICO TORÁCICO, TRANSPLANTECARDÍACO Y CUALQUIER OPERACIÓN CARDÍACA EN LACTANTES	4	325.070	223.480	886.370	443.180	1.152.280	709.090	1.418.190	975.000

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
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	255.390	175.580	639.250	319.620	831.030	511.400	1.022.800	703.170
17 03 063	14	- (Y) DE COMPLEJIDAD MENOR: INCLUYE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR SIMPLE, ESTENOSIS PULMONAR VALVULAR, ESTENOSIS MITRAL O SIMILAR (Y) ESTAS PRESTACIONES POSEEN CUARTO CIRUJANO Y SU VALOR CORRESPONDE AL 20% DEL PRIMER CIRUJANO III.- CIRUGIA DE TORAX PARED TORACICA.	4	208.930	143.640	508.410	254.200	660.930	406.720	813.460	559.250
17 04 001	10	CIRUGÍA DEL OPÉRCULO TORÁCICO (RESECCIÓN DE PRIMERA COSTILLA, CUALQUIER ABORDAJE); UNILATERAL	3	112.820	77.560	208.100	104.050	270.530	166.480	332.960	228.910
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	139.360	95.810	352.420	176.210	458.150	281.940	563.870	387.660
17 04 003	9	FENESTRACIÓN O TORACOPLASTÍA	2	106.860	73.460	211.450	105.720	274.890	169.160	338.320	232.590
17 04 004	9	REPARACIÓN PECTUM EXCAVATUM O CARINATUM, (PROC. AUT.)	3	72.270	49.680	218.050	109.020	283.470	174.440	348.880	239.850
17 04 005	8	RESECCIÓN DE COSTILLAS Y/O PARED COSTAL Y/O CARTÍLAGO Y/O ESTERNÓN S/PLASTÍA (PROC. AUT.)	2	69.600	47.850	160.780	80.390	209.010	128.620	257.250	176.860
17 04 006	8	RESECCIÓN DE PARED COSTAL C/PLASTÍA (TORACOPLASTÍA OSTEOPLÁSTICA DE YORK O SIMILAR)	2	76.080	52.300	200.850	100.420	261.110	160.680	321.360	220.930
17 04 007	10	TORACOFRENOLAPARATOMÍA EXPLORADORA C/S REPARACIÓN VÍSCERAS TORÁCICAS Y ABDOMINALES	3	106.860	73.460	279.410	139.700	363.230	223.520	447.060	307.350
17 04 008	10	TORACOFRENOTOMÍA EXPLORADORA	3	85.550	58.810	225.040	112.520	292.550	180.030	360.060	247.540
17 04 009	9	TORACOTOMÍA EXPLORADORA, C/S BIOPSIA, C/S DEBRIDACIÓN, C/S DRENAJE	2	90.530	62.240	190.200	95.100	247.260	152.160	304.320	209.220
17 04 010	6	TORACOTOMÍA MÍNIMA C/S RESECCIÓN COSTAL, C/S BIOPSIA, C/S DRENAJE MEDIASTINO	2			139.470	69.730	181.310	111.570	223.150	153.410
17 04 011	8	MEDIASTINOTOMÍA EXPLORADORA ANT. O POST. C/S BIOPSIA PROC. AUT DRENAJE QUIR. DE MEDIASTINO (PROC. AUT.):	2	67.820	46.620	148.640	74.320	193.230	118.910	237.820	163.500
17 04 012	7	DRENAJE QUIR. DE MEDIASTINO, VÍA CERVICAL	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
17 04 013	8	DRENAJE QUIR. DE MEDIASTINO, VÍA TORÁCICA	2	78.020	53.640	204.550	102.270	265.920	163.640	327.280	225.000

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		TIMECTOMÍA									
17 04 014	7	TIMECTOMÍA VÍA CERVICAL	3	66.560	45.760	200.850	100.420	261.110	160.680	321.360	220.930
17 04 015	8	TIMECTOMÍA VÍA TORÁCICA MEDIOESTERNAL	3	87.740	60.320	246.310	123.150	320.200	197.040	394.100	270.940
17 04 016	9	CONDUCTO TORÁCICO, LIGADURA QUIRÚRGICA	2	88.190	60.630	232.000	116.000	301.600	185.600	371.200	255.200
17 04 017	10	TUMORES O QUISTES DE MEDIASTINO (ANTERIOR O POSTERIOR) TRAT. QUIR. C/S DISECCIÓN GANGLIONAR DIAFRAGMA	3	135.820	93.370	401.090	200.540	521.420	320.870	641.740	441.190
17 04 018	10	CIRUGÍA DEL DIAFRAGMA CON CIRUGÍA DE VÍSCERAS ABDOMINALES O TORÁCICAS	3	109.980	75.610	295.340	147.670	383.940	236.270	472.540	324.870
17 04 064	10	FRENOPARÁLISIS TRAT. QUIR.	2	113.100	77.750	301.050	150.520	391.370	240.840	481.680	331.150
17 04 019	9	HERIDAS TRAUMÁTICAS DEL DIAFRAGMA, TRAT. QUIR.	3	85.550	58.810	194.820	97.410	253.270	155.860	311.710	214.300
17 04 020	10	HERNIOPLASTÍA DIAFRAGMÁTICA POR VÍA TORÁCICA C/ PRÓTESIS (NO INCLUYE VALOR DE LA PRÓTESIS)	3	90.530	62.240	238.150	119.070	309.600	190.520	381.040	261.960
17 04 021	9	HERNIOPLASTÍA DIAFRAGMÁTICA POR VÍA TORÁCICA, SIN PRÓTESIS	3	85.550	58.810	209.940	104.970	272.920	167.950	335.900	230.930
17 04 022	10	TUMORES, MALFORMACIONES O QUISTES DEL DIAFRAGMA (NO INCLUYE VALOR DE LA PRÓTESIS) TRAT. QUIR. PLEURA	3	85.550	58.810	225.040	112.520	292.550	180.030	360.060	247.540
17 04 023	9	CUERPO EXTRAÑO PLEURAL, EXTRAC. QUIR.	2	90.530	62.240	190.200	95.100	247.260	152.160	304.320	209.220
17 04 024	11	DECORTICACIÓN PLEUROPULMONAR (PLEURECTOMÍA PARCIAL O TOTAL)	3	92.850	63.830	203.280	101.640	264.260	162.620	325.250	223.610
17 04 025	6	PLEURODESIS POR PLEUROTOMÍA	1			79.910	39.950	103.880	63.920	127.860	87.900
17 04 026	10	PLEURODESIS POR TORACOTOMÍA	2	90.530	62.240	190.200	95.100	247.260	152.160	304.320	209.220
17 04 027	4	PLEUROTOMÍA ÚNICA O DOBLE	1			57.430	28.710	74.660	45.940	91.890	63.170
17 04 028	10	TRATAMIENTO RESECTIVO DE TUMORES PLEURALES	3	90.530	62.240	198.160	99.080	257.610	158.530	317.060	217.980
		TRAQUEA Y BRONQUIO (VER ADEMÁS OTORRINOLARINGOLOGÍA)									
17 04 029	10	BRONCOTOMÍA O TRAQUEOBRONCOTOMÍA EXPLORADORA O TERAPÉUTICA POR TORACOTOMÍA (PROC. AUT.)	2	85.550	58.810	225.040	112.520	292.550	180.030	360.060	247.540
17 04 030	11	CIRUGÍA RUPTURA TRAQUEOBRONQUIAL O TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FÍSTULA BRONQUIAL POR ESTERNOTOMÍA MEDIA	3	128.340	88.230	431.840	215.920	561.390	345.470	690.940	475.020

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 04 031	10	PLASTÍA DE TRÁQUEA Y/O BRONQUIOS C/S RESECCIÓN, C/S PRÓTESIS (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	3	171.180	117.680	450.040	225.020	585.050	360.030	720.060	495.040
17 04 032	11	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FÍSTULA BRONQUIAL POR TORACOTOMÍA	3	128.340	88.230	296.000	148.000	384.800	236.800	473.600	325.600
17 04 033	9	TUMORES TRAQUEALES, EXTIRPACIÓN PULMON (CADA LADO)	3	181.140	124.530	476.260	238.130	619.140	381.010	762.020	523.890
17 04 034	10	ABSCESO PULMONAR, DRENAJE POR TORACOTOMÍA	2	85.550	58.810	179.740	89.870	233.660	143.790	287.580	197.710
17 04 035	9	BIOPSIA PULMONAR POR TORACOTOMÍA	2	88.190	60.630	185.300	92.650	240.890	148.240	296.480	203.830
17 04 036	9	BULAS, TRAT. QUIR.	2	92.850	63.830	195.110	97.550	253.640	156.080	312.180	214.620
17 04 037	11	CIRUGÍA DE QUISTE HIDATÍDICO SIN RESECCIÓN PULMONAR	2	149.650	102.880	357.930	178.960	465.310	286.340	572.690	393.720
17 04 038	9	CUERPO EXTRAÑO INTRAPULMONAR, EXTIRP. QUIR.	2	85.550	58.810	217.520	108.760	282.780	174.020	348.030	239.270
17 04 039	8	HERIDAS DE PULMÓN, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	2	85.550	58.810	187.250	93.620	243.430	149.800	299.600	205.970
17 04 040	11	LOBECTOMÍA O BILOBECTOMÍA	3	162.450	111.680	388.550	194.270	505.120	310.840	621.680	427.400
17 04 041	11	METÁSTASIS BILATERAL PULMÓN, TRAT. QUIR. POR ESTERNOTOMÍA	3	153.500	105.530	367.170	183.580	477.320	293.730	587.470	403.880
17 04 042	10	METÁSTASIS UNILATERAL PULMÓN	2	113.100	77.750	247.790	123.890	322.130	198.230	396.460	272.560
17 04 043	11	NEUMONECTOMÍA C/S RESECCIÓN DE PARED COSTAL	3	176.460	121.310	463.970	231.980	603.160	371.170	742.350	510.360
17 04 045	10	QUISTECTOMÍA SIMPLE DE PULMÓN	2	113.100	77.750	247.790	123.890	322.130	198.230	396.460	272.560
17 04 046	10	RESECCIONES SEGMENTARIAS ANATÓMICAS DE PULMÓN ESOFAGO CUERPOS EXTRAÑOS, EXTRACCIÓN POR ESOFAGOTOMÍA (PROC. AUT.)	3	139.360	95.810	337.690	168.840	439.000	270.150	540.300	371.450
17 04 047	6	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO POR VÍA CERVICAL	2	64.080	44.050	140.450	70.220	182.590	112.360	224.720	154.490
17 04 048	9	CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO, EXTRACCIÓN POR ESOFAGOTOMÍA, VÍA TORÁCICA	3	85.550	58.810	225.040	112.520	292.550	180.030	360.060	247.540
17 04 049	6	ESOFAGOSTOMÍA CERVICAL (PROC. AUT.) TUMORES BENIGNOS Y/O QUISTES. TRAT. QUIR.	2	67.820	46.620	148.640	74.320	193.230	118.910	237.820	163.500
17 04 050	9	TUMORES BENIGNOS Y/O QUISTES ESOFÁGICOS, TRAT. QUIR., VÍA CERVICAL	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
17 04 051	9	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORES ESOFAGICOS BENIGNOS Y/O QUISTES VÍA TORÁCICA DIVERTÍCULOS, TRAT. QUIR.	3	83.340	57.290	219.230	109.610	285.000	175.380	350.770	241.150
17 04 052	8	DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS, TRAT. QUIR., VÍA CERVICAL	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
17 04 053	8	DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS, TRAT. QUIR., VÍA TORÁCICA	3	90.530	62.240	238.150	119.070	309.600	190.520	381.040	261.960
17 04 054	8	ACHALASIA, TRAT. QUIR.	3	113.100	77.750	287.700	143.850	374.010	230.160	460.320	316.470
17 04 055	12	ATRESIA ESOFÁGICA, TRAT. QUIR.	3	135.820	93.370	401.090	200.540	521.420	320.870	641.740	441.190
17 04 056	12	ESOFAGECTOMÍA CON RESTITUCIÓN DEL TRÁNSITO MEDIANTE ESTÓMAGO O INTESTINO; PARCIAL O TOTAL	3	181.140	124.530	524.190	262.090	681.450	419.350	838.700	576.600
17 04 057	12	ESOFAGECTOMÍA TOTAL CON ESOFAGOSTOMÍA, GASTROSTOMÍA Y YEYUNOSTOMÍA	3	128.340	88.230	386.580	193.290	502.550	309.260	618.530	425.240
17 04 058	12	ESOFAGOGASTRECTOMÍA PROXIMAL	3	149.650	102.880	433.420	216.710	563.450	346.740	693.470	476.760
17 04 059	8	PRÓTESIS O TUBO ENDOESOFÁGICO, COLOCACIÓN DE (PROC. AUT.)	3	67.820	46.620	208.590	104.290	271.170	166.870	333.740	229.440
17 04 060	11	RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO EN SEGUNDO TIEMPO (ESTÓMAGO O INTESTINO) DE OPERACIÓN CÓD. 17-04-057	3	149.650	102.880	282.410	141.200	367.130	225.920	451.860	310.650
17 04 061	9	SUTURA HERIDA O PERFORACIÓN ESÓFAGO CERVICAL	2	128.340	88.230	296.000	148.000	384.800	236.800	473.600	325.600
17 04 062	11	SUTURA HERIDA O PERFORACIÓN ESÓFAGO TORÁCICO	3	149.650	102.880	357.930	178.960	465.310	286.340	572.690	393.720
17 04 063	8	VÁRICES ESOFÁGICOS, LIGADURA DIRECTA	3	89.120	61.270	262.020	131.010	340.630	209.620	419.230	288.220
		IV.- NEUMOLOGIA.-									
		PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DEL APARATO RESPIRATORIO.									
		ESPIROMETRÍAS									
17 07 001		ESPIROMETRÍA BASAL				7.030	3.510	9.140	5.620	11.250	7.730
17 07 002		ESPIROMETRÍA BASAL Y CON BRONCODILATADOR				11.740	5.870	15.260	9.390	18.780	12.910
17 07 003		PRUEBA DE PROVOCACIÓN CON ALERGENO (INCLUYE ALERGENO)				21.150	10.570	27.500	16.920	33.840	23.260
17 07 004		PROVOCACIÓN CON EJERCICIO, TEST DE				17.990	8.990	23.390	14.390	28.780	19.780
17 07 005		TEST DE PROVOCACIÓN CON METACOLINA (PC20) (INCLUYE ESPIROMETRÍA BASAL Y TRATAMIENTO DE EFECTOS ADVERSOS DE LA METACOLINA)				19.530	9.760	25.390	15.620	31.250	21.480
17 07 051		CURVA DOSIS RESPUESTA A BRONCODILATADORES.				16.480	8.240	21.420	13.180	26.370	18.130

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		MEDICION DE LA VENTILACION									
		(INCLUYE LAS TOMAS DE MUESTRAS Y LA DETERMINACIÓN DE LOS GASES ESPIRADOS).									
17 07 007		ANÁLISIS DE GAS ESPIRADO				8.080	4.040	10.500	6.460	12.930	8.890
17 07 008		CAPACIDAD DE DIFUSIÓN, ESTUDIO DE				12.940	6.470	16.820	10.350	20.700	14.230
17 07 009		CAPACIDAD FÍSICA DEL TRABAJO				17.640	8.820	22.930	14.110	28.220	19.400
17 07 010		CURVA DE LAVADO DE NITRÓGENO (N)				17.400	8.700	22.620	13.920	27.840	19.140
17 07 011		CURVA DE RELACIÓN FLUJO-VOLUMEN BASAL				8.910	4.450	11.580	7.120	14.260	9.800
17 07 012		DISTENSIBILIDAD PULMONAR, (COMPLIANCE), ESTUDIO DE				15.490	7.740	20.140	12.390	24.780	17.030
17 07 013		MEDICIÓN DE PRESIÓN DE OCLUSIÓN				13.390	6.690	17.410	10.710	21.420	14.720
17 07 014		MEDICIÓN DE PRESIÓN INSPIRATORIA MÁXIMA (PROC. AUT.)				5.590	2.790	7.270	4.470	8.940	6.140
17 07 015		MEDICIÓN DE PRESIÓN TRANS-DIAFRAGMÁTICA				15.000	7.500	19.500	12.000	24.000	16.500
17 07 016		REGISTRO FLUJOMÉTRICO, POR SEMANA				5.860	2.930	7.620	4.690	9.380	6.450
17 07 017		RESPUESTA RESPIRATORIA AL CO2				28.380	14.190	36.890	22.700	45.410	31.220
17 07 018		TIEMPO DE TOLERANCIA A LA FATIGA RESPIRATORIA				7.750	3.870	10.080	6.200	12.400	8.520
17 07 019		VENTILACIÓN ALVEOLAR, ESTUDIO DE (INCLUYE VENTILACIÓN MINUTO Y ALVEOLAR,VOLUMEN DEL ESPACIO MUERTO Y CUOCIENTE RESP.)				45.160	22.580	58.710	36.130	72.260	49.680
17 07 020		VOLÚMENES PULMONARES POR LAVADO DE NITRÓGENO				24.810	12.400	32.250	19.840	39.700	27.290
		ENDOSCOPIAS: C/S BIOPSIAS									
		LARINGOTRAQUEOBRONCOSCOPIA, C/S LAVADO ASPIRATIVO O BRONCOALVEOLAR, C/S TOMA DE MUESTRAS, C/S CEPILLADO BRONQUIAL, C/S BIOPSIA, C/S REGISTRO EN VIDEO.									
17 07 021	3	LARINGOTRAQUEOBRONCOSCOPÍA CON FIBROSCOPIO	1			44.710	22.350	58.120	35.760	71.540	49.180
17 07 022	2	LARIGOTRAQUEOSCOPIÁ CON TUBO RÍGIDO	1			17.930	8.960	23.310	14.340	28.690	19.720
17 07 023	3	MEDIASTINOSCOPIA C/S BIOPSIA	1			41.020	20.510	53.330	32.820	65.630	45.120
17 07 024	3	PLEUROSCOPIA (TORACOSCOPIA) C/S BIOPSIA	1			24.870	12.430	32.330	19.890	39.790	27.350

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		(SI UN MISMO MÉDICO REALIZA AMBOS PROCEDIMIENTOS, COBRARÁ AMBOS CÓDIGOS)									
18 01 018	3	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA C/S PAPILOTOMÍA	1			63.610	31.800	82.690	50.880	101.780	69.970
18 01 019		DRENAJE DE LA VÍA BILIAR TRANSHEPÁTICA Y/O PERCUTÁNEO (A.C. 04-01-015)	1			28.890	14.440	37.560	23.110	46.220	31.770
18 01 020		FISTULOGRAFÍA (A.C. 04-02-009)	1			9.190	4.590	11.950	7.350	14.700	10.100
18 01 021		NEUMOPERITONEO POR PUNCIÓN TRANSPARIETAL	1			9.190	4.590	11.950	7.350	14.700	10.100
18 01 022		INTUBACIONES CON SONDA (INCLUYE SÓLO LA COLOCACIÓN; LOS CONTROLES POSTERIORES SE COBRARÁN COMO CONSULTA O VISITA, SEGÚN CORRESPONDA)									
		INTUBACIÓN SONDA DE SENGSTAKEN				9.180	4.590	11.930	7.340	14.690	10.100
18 01 023		INSTALACIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA NASOGÁSTRICA				3.500	1.750	4.550	2.800	5.600	3.850
18 01 024		INSTALACIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA ENTERAL				3.850	1.920	5.010	3.080	6.160	4.230
		DILATACIÓN ESOFÁGICA, POR SESIÓN									
18 01 025	2	DILATACIÓN DE ESTENOSIS BENIGNAS O MALIGNAS DEL TRACTO DIGESTIVO POR BALÓN	1			18.330	9.160	23.830	14.660	29.330	20.160
18 01 026	2	DILATACIÓN DE ESTENOSIS BENIGNAS O MALIGNAS DEL TRACTO DIGESTIVO POR BUJÍA	1			7.610	3.800	9.890	6.080	12.180	8.370
18 01 027	4	INSTALACIÓN PRÓTESIS PLÁSTICA (S) EN VÍA BILIAR O PANCREÁTICA	1			62.940	31.470	81.820	50.350	100.700	69.230
18 01 028	2	CUERPO EXTRAÑO, EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA	1			45.920	22.960	59.700	36.740	73.470	50.510
18 01 029	3	DEVOLVULACIÓN DE COLON POR COLONOSCOPIA	1			26.230	13.110	34.100	20.980	41.970	28.850
18 01 030	1	DILATACIÓN ANO-RECTAL, POR SESIÓN	1			3.910	1.950	5.080	3.120	6.260	4.300
18 01 031	4	POLIPECTOMÍA O MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA ALTA	1			49.990	24.990	64.990	39.990	79.980	54.980
18 01 045	4	POLIPECTOMÍA O MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA BAJA	1			86.700	43.350	112.710	69.360	138.720	95.370
18 01 032	2	ESCLEROTERAPIA DE HEMORROIDES, CUALQUIER NÚMERO	1			22.870	11.430	29.730	18.290	36.590	25.150
18 01 033	4	INYEOTERAPIA HEMOSTÁTICA, HEMOSTASIA MECÁNICA, HEMOSTASIA TÉRMICA, LIGADURA ELÁSTICA	1			67.120	33.560	87.260	53.700	107.390	73.830
18 01 035	2	LIGADURA HEMORROIDES	1			29.020	14.510	37.730	23.220	46.430	31.920
18 01 036	4	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS BILIARES O PANCREÁTICOS	1			29.870	14.930	38.830	23.890	47.790	32.850
18 01 038	2	PUNCIÓN EVACUADORA DE ABSCESO INTRAABDOMINALES (HEPÁTICO U OTROS), C/S TOMA DE MUESTRA, C/S INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS	1			23.930	11.960	31.110	19.140	38.290	26.320

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
18 01 041		PUNCIÓN DE LÍQUIDO ASCÍTICO, DIAGNÓSTICA				20.980	10.490	27.270	16.780	33.570	23.080
18 01 042	4	VACIAMIENTO MANUAL DE FECALOMA	1			34.080	17.040	44.300	27.260	54.530	37.490
18 01 043		MANOMETRÍA ANORECTAL CONVENCIONAL				24.900	12.450	32.370	19.920	39.840	27.390
		II.- CIRUGIA ABDOMINAL .									
		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.									
		(CUANDO LA PRESTACIÓN REQUIERE LAPAROTOMÍA, ELLA ESTÁ INCLUIDA EN EL CÓDIGO RESPECTIVO)									
		HERNIAS, TRATAMIENTO QUIRURGICO									
18 02 001	8	HERNIA DIAFRAGMÁTICA POR VÍA ABDOMINAL O CUALQUIERA OTRA HERNIA CON USO DE PRÓTESIS (NO INCLUYE EL VALOR DE LA PRÓTESIS)	3	92.850	63.830	260.650	130.320	338.850	208.520	417.040	286.710
18 02 002	6	HERNIA INCISIONAL O EVISCERACIÓN POST-OP. SIN RESECCIÓN INTESTINAL	2	70.750	48.640	187.450	93.720	243.690	149.960	299.920	206.190
18 02 153	6	HERNIA SIN MALLA POR VÍA ANTERIOR, CON ACCESO ABIERTO.	2	69.600	47.850	446.530	223.260	580.490	357.220	714.450	491.180
18 02 154	6	HERNIA CON MALLA PREPERITONEAL, ACCESO MININVASIVO.	2	69.600	47.850	577.330	288.660	750.530	461.860	923.730	635.060
18 02 155	6	HERNIA CON MALLA RETROMUSCULAR, HERNIA DIAFRAGMÁTICA POR VÍA ABDOMINAL, HERNIA HIATAL, ACCESO MININVASIVO.	2	69.600	47.850	446.530	223.260	580.490	357.220	714.450	491.180
		PARED ABDOMINAL									
18 02 004	7	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA, C/S LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS, C/S DRENAJE, C/S BIOPSIAS COMO PROC. AUT. O COMO RESULTADO DE UNA HERIDA PENETRANTE ABDOMINAL NO COMPLICADA O DE UN HEMOPERITONEO POSTOPERATORIO O COMO TRATAMIENTO DE UNA PERITONITIS (LAPAROSTOMÍA CONTENIDA -MÁXIMO CUATRO-, RESUTURAS, ETC.)	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
18 02 005	7	ONFALOCELE (HASTA 5 CMS.); TRAT. QUIR.	2	65.700	45.170	152.670	76.330	198.470	122.130	244.270	167.930
18 02 006	7	ONFALOCELE (MÁS DE 5 CMS.); TRAT. QUIR.	2	71.250	48.980	185.770	92.880	241.500	148.610	297.230	204.340
18 02 013	9	GASTROSQUISIS	2	106.860	73.460	253.000	126.500	328.900	202.400	404.800	278.300
		PERITONEO									
18 02 007	8	PERITONITIS DIFUSA AGUDA, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	3	67.820	46.620	208.590	104.290	271.170	166.870	333.740	229.440
		TUMOR Y/O QUISTE, TRAT. QUIR.									
18 02 008	7	TUMOR Y/O QUISTE PERITONEAL (PARIETAL)	2	64.080	44.050	148.100	74.050	192.530	118.480	236.960	162.910

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
18 02 009	8	TUMOR Y/O QUISTE RETROPERITONEAL	3	92.850	63.830	248.300	124.150	322.790	198.640	397.280	273.130
		ESTOMAGO									
18 02 010	9	ANTRECTOMÍA Y VAGOTOMÍA TRONCULAR O SELECTIVA (PROC. AUT.)	3	125.020	85.950	288.360	144.180	374.870	230.690	461.380	317.200
18 02 011	10	DESGASTRECTOMÍA Y NEOANASTOMOSIS, C/S VAGUECTOMÍA	3	139.360	95.810	362.300	181.150	470.990	289.840	579.680	398.530
18 02 012	7	GASTROENTEROANASTOMOSIS, CUALQUIER TÉCNICA. (PROC. AUT.)	3	92.850	63.830	244.300	122.150	317.590	195.440	390.880	268.730
18 02 014	6	GASTROATOMÍA Y/O GASTROSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
18 02 015	7	PERFORACIÓN GÁSTRICA AGUDA, TRAT. QUIR. (PROC. AUT.)	3	69.600	47.850	213.980	106.990	278.170	171.180	342.370	235.380
18 02 016	7	PILOROPLASTÍA (PROC. AUT.)	2	65.760	45.210	167.360	83.680	217.570	133.890	267.780	184.100
18 02 158	12	CIRUGIA BARIÁTRICA BY PASS GASTRICO POR LAPAROSCOPIA	3	240.260	165.180	624.550	312.270	811.920	499.640	999.280	687.000
18 02 159	12	CIRUGIA BARIÁTRICA MANGA GASTRICA POR LAPAROSCOPIA	3	191.580	131.710	539.710	269.850	701.620	431.760	863.540	593.680
		GASTRECTOMÍA SUB-TOTAL DISTAL:									
18 02 017	9	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL CON DISECCIÓN GANGLIONAR	3	132.100	90.820	351.180	175.590	456.530	280.940	561.890	386.300
18 02 018	9	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL SIN DISECCIÓN GANGLIONAR	3	113.100	77.750	296.490	148.240	385.440	237.190	474.380	326.130
18 02 019	9	DUMPING Y/O SÍNDROME ASA AFERENTE, TRAT. QUIR.	3	128.340	88.230	333.760	166.880	433.890	267.010	534.020	367.140
18 02 021	11	GASTRECTOMÍA SUB-TOTAL PROXIMAL CON ESÓFAGO-GASTRO-ANASTOMOSIS U OTRA DERIVACIÓN	3	166.750	114.640	394.190	197.090	512.450	315.350	630.700	433.600
18 02 022	11	GASTRECTOMÍA TOTAL	3	176.130	121.090	416.430	208.210	541.360	333.140	666.290	458.070
18 02 023	13	GASTRECTOMÍA TOTAL O SUB-TOTAL AMPLIADA (INCLUYE ESPLENECTOMÍA Y PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL Y DISECCIÓN GANGLIONAR)	3	192.460	132.310	481.780	240.890	626.310	385.420	770.850	529.960
18 02 024	8	GASTROPEXIA Y/U OTRA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO, C/S VAGOTOMÍA	3	109.980	75.610	260.350	130.170	338.460	208.280	416.560	286.380
18 02 025	8	VAGOTOMÍA SELECTIVA Y SUPERSELECTIVA C/S DREN. GÁSTRICO, C/S PILOROPLASTÍA (PROC. AUT.)	3	85.550	58.810	247.640	123.820	321.930	198.110	396.220	272.400
18 02 079	11	GASTRECTOMÍA TOTAL CON OSTOMÍAS PROXIMAL Y DISTAL	3	102.260	70.300	312.650	156.320	406.450	250.120	500.240	343.910
18 02 080	11	RECONSTITUCIÓN DE TRÁNSITO EN 2º TIEMPO DE OPERACIÓN CÓDIGO 18-02-079	3	76.460	52.560	245.690	122.840	319.400	196.550	393.100	270.250
		HIGADO Y VIAS BILIARES									
18 02 026	8	DRENAJE DE COLECCIONES LÍQUIDAS HEPÁTICAS	3	88.060	60.540	231.590	115.790	301.070	185.270	370.540	254.740

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
18 02 027	10	COLANGIOENTEROANASTOMOSIS INTRAHEPÁTICA	3	187.490	128.900	454.620	227.310	591.010	363.700	727.390	500.080
18 02 028	8	COLECISTECTOMÍA C/S COLANGIOGRAFÍA OPERATORIA	3	106.860	73.460	249.160	124.580	323.910	199.330	398.660	274.080
18 02 081	10	COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIÁ, PROC. COMPLETO	3	125.730	86.440	335.600	167.800	436.280	268.480	536.960	369.160
18 02 029	8	COLECISTECTOMÍA Y COLEDOCOSTOMÍA (SONDA T Y COLANGIOGRAFÍA POSTOPERATORIA) C/S COLANGIOGRAFÍA OPERATORIA	3	106.860	73.460	279.410	139.700	363.230	223.520	447.060	307.350
18 02 030	8	COLECISTOGASTROANASTOMOSIS O COLECISTOENTEROANASTOMOSIS	3	135.820	93.370	353.180	176.590	459.130	282.540	565.090	388.500
18 02 031	7	COLECISTOSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	64.080	44.050	148.100	74.050	192.530	118.480	236.960	162.910
18 02 032	9	COLÉDOCO O HEPATOENTEROANASTOMOSIS	3	149.650	102.880	357.930	178.960	465.310	286.340	572.690	393.720
18 02 033	8	COLEDOCOSTOMÍA SUPRADUODENAL O HEPATICOSTOMÍA (PROC. AUT.)	3	85.550	58.810	228.720	114.360	297.340	182.980	365.950	251.590
18 02 034	7	COLOCACIÓN DE VÁLVULA PERITONEOYUGULAR DERIVATIVA DE ASCITIS	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
18 02 035	12	DESCONEXIÓN ÁCIGOPORTAL CON TRANSECCIÓN ESOFÁGICA	3	171.180	117.680	450.040	225.020	585.050	360.030	720.060	495.040
18 02 036	12	DESCONEXIÓN ÁCIGOPORTAL SIN TRANSECCIÓN ESOFÁGICA	3	149.650	102.880	357.930	178.960	465.310	286.340	572.690	393.720
18 02 037	8	DRENAJE VÍA BILIAR TRANSHEPÁTICO	2	88.060	60.540	231.590	115.790	301.070	185.270	370.540	254.740
18 02 038	9	ESFINTEROPLASTÍA TRANSDUODENAL, (PROC. AUT.)	3	124.750	85.760	298.300	149.150	387.790	238.640	477.280	328.130
18 02 039	10	HEPATECTOMÍA SEGMENTARIA (PROC. AUT.)	3	158.370	108.880	378.780	189.390	492.410	303.020	606.050	416.660
18 02 040	8	HERIDA TRAUMÁTICA DE HÍGADO Y/O VÍA BILIAR, TRAT. QUIR.	3	104.110	71.570	264.860	132.430	344.320	211.890	423.780	291.350
18 02 041	12	LOBECTOMÍA HEPÁTICA (PROC. AUT.)	3	208.930	143.640	506.620	253.310	658.610	405.300	810.590	557.280
18 02 042	9	QUISTE HIDATÍDICO, ÚNICO O MÚLTIPLE, Y/O CISTOYEYUNOANASTOMOSIS, TRAT. QUIR.	3	107.140	73.660	250.060	125.030	325.080	200.050	400.100	275.070
18 02 100	14	(Y) TRASPLANTE HEPÁTICO	4	325.070	223.480	886.370	443.180	1.152.280	709.090	1.418.190	975.000
		(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	89.120	61.270	262.020	131.010	340.630	209.620	419.230	288.220
18 02 044	8	HERIDAS, TRAUMATISMOS DE PÁNCREAS, TRAT. QUIR.	3	85.550	58.810	197.050	98.520	256.170	157.640	315.280	216.750
18 02 045	10	PANCREATECTOMÍA PARCIAL	3	157.980	108.610	377.880	188.940	491.240	302.300	604.610	415.670

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
18 02 046	12	PANCREATECTOMÍA TOTAL C/S ESPLENECTOMÍA	3	203.650	140.010	573.710	286.850	745.820	458.960	917.940	631.080
18 02 047	12	PANCREATODUODENECTOMÍA	3	203.650	140.010	541.740	270.870	704.260	433.390	866.780	595.910
18 02 048	7	SECUESTRECTOMÍA EN PANCREATITIS AGUDA	3	138.510	95.220	348.440	174.220	452.970	278.750	557.500	383.280
18 02 148	9	YEYUNOPANCREATOSTOMÍA	3	171.180	117.680	404.640	202.320	526.030	323.710	647.420	445.100
		BAZO									
18 02 049	9	AUTOIMPLANTE DE BAZO (INCLUYE ESPLENECTOMÍA)	3	89.120	61.270	262.020	131.010	340.630	209.620	419.230	288.220
18 02 050	8	ESPLENECTOMÍA TOTAL O PARCIAL (PROC. AUT.)	3	92.850	63.830	244.300	122.150	317.590	195.440	390.880	268.730
18 02 051	9	OPERACIÓN DE ETAPIFICACIÓN (INCLUYE ESPLENECTOMÍA, BIOPSIAS HEPÁTICAS, DE GANGLIOS ABDOMINALES Y DE CRESTA ILÍACA)	3	125.020	85.950	303.040	151.520	393.950	242.430	484.860	333.340
18 02 052	8	SUTURA ESPLÉNICA (PROC. AUT.)	3	85.550	58.810	197.050	98.520	256.170	157.640	315.280	216.750
		INTESTINOS DELGADO Y GRUESO									
18 02 053	7	APENDICECTOMÍA Y/O DREN. ABSCESO APENDICULAR (PROC. AUT.)	2	92.850	63.830	174.560	87.280	226.930	139.650	279.300	192.020
18 02 054	7	CIERRE DE COLOSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	65.950	45.340	152.420	76.210	198.150	121.940	243.870	167.660
18 02 055	7	COLOSTOMÍA (PROC. AUT.)	2	69.600	47.850	177.110	88.550	230.240	141.680	283.380	194.820
18 02 056	8	COLOSTOMÍA, COMPLICACIONES TARDÍAS, TRAT. QUIR.	2	87.740	60.320	176.650	88.320	229.650	141.320	282.640	194.310
18 02 057	7	DIVERTÍCULO DE MECKEL, TRAT. QUIR.	2	65.760	45.210	139.500	69.750	181.350	111.600	223.200	153.450
18 02 058	7	ENTERO-ENTEROANASTOMOSIS O ENTEROCOLOANASTOMOSIS (PROC. AUT.)	2	88.620	60.920	211.940	105.970	275.520	169.550	339.100	233.130
18 02 059	6	ENTEROTOMÍA O ENTEROSTOMÍA (YEYUNOSTOMÍA U OTRA) (PROC. AUT.)	2	65.760	45.210	139.500	69.750	181.350	111.600	223.200	153.450
18 02 060	8	ILEOSTOMÍA TERMINAL O EN ASA (PROC. AUT.)	2	69.600	47.850	177.110	88.550	230.240	141.680	283.380	194.820
18 02 061	7	INVAGINACIÓN INTESTINAL, TRAT. QUIR.	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
18 02 062	7	PERSISTENCIA CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO, TRAT. QUIR.	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
18 02 063	7	QUISTE URACO, TRAT. QUIR.	2	66.100	45.440	140.190	70.090	182.250	112.150	224.300	154.200
		OCLUSIÓN INTESTINAL, TRAT. QUIR.:									
18 02 065	8	OCLUSIÓN INTESTINAL CON RESECCIÓN	3	80.510	55.350	244.460	122.230	317.800	195.570	391.140	268.910

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
18 03 027	8	PROLAPSO RECTAL, TRAT. QUIR. POR VÍA ABDOMINAL	3	90.320	62.090	229.630	114.810	298.520	183.700	367.410	252.590
18 03 028	6	PROLAPSO RECTAL, TRAT. QUIR. POR VÍA ANAL	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
18 03 029	12	PANPROCTOCOLECTOMÍA (2 EQUIPOS)	3	213.870	147.030	528.580	264.290	687.150	422.860	845.730	581.440
18 03 030	6	PRURITO ANAL, TRAT. QUIR. POR DENERVACIÓN	1			68.010	34.000	88.410	54.400	108.820	74.810
18 03 031	6	QUISTE SACROCOXÍGEO, TRAT. QUIR.	2	65.950	45.340	139.940	69.970	181.920	111.950	223.900	153.930
18 03 032	11	RESECCIÓN ABDÓMINO-PERINEAL DE ANO Y RECTO (2 EQUIPOS)	3	149.650	102.880	357.930	178.960	465.310	286.340	572.690	393.720
18 03 033	12	RESECCIÓN ABDÓMINO-PERINEAL DE ANO Y RECTO AMPLIADA (2 EQUIPOS) (INCLUYE GENITALES FEMENINOS)	3	171.180	117.680	404.640	202.320	526.030	323.710	647.420	445.100
18 03 034	9	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO	3	132.100	90.820	320.130	160.060	416.170	256.100	512.210	352.140
18 03 035	10	RESECCIÓN PERINEAL DE ANO Y RECTO	2	88.060	60.540	223.860	111.930	291.020	179.090	358.180	246.250
		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			239.800	119.900	311.740	191.840	383.680	263.780
18 03 038	5	CONDILOMAS ANALES, TRAT. QUIR.	2	55.710	38.300	110.670	55.330	143.870	88.530	177.070	121.730
		GRUPO : 19									
		UROLOGÍA Y NEFROLOGÍA									
		I.- PROCEDIMIENTOS UROLOGICOS									
		(ADEMÁS ANESTESIA CÓD. 22-01-001 SI CORRESPONDE)									
19 01 001		EXPLORACIÓN DE URETRA ÁNTERO-POSTERIOR CON BUJÍA Y/O EXPLORADOR OLIVAR, Y/O Sonda, Y/O BENIQUE, Y/O MEDICIÓN DE RESIDUO VESICAL (LA CALIBRACIÓN DEL MEATO ESTA INCLUIDA EN EL VALOR DE LA CONSULTA)	1			5.850	2.920	7.610	4.680	9.360	6.430
		ENDOSCOPIAS C/S BIOPSIAS									
19 01 002	5	CISTOSCOPIA CON O SIN SONDEO DE UNO O AMBOS URÉTERES, CON O SIN BIOPSIA	1			41.160	20.580	53.510	32.930	65.860	45.280
19 01 003	4	CISTOSCOPIA Y/O URETROCISTOSCOPIA Y/O URETROSCOPIA (PROC.AUT.)	1			37.540	18.770	48.800	30.030	60.060	41.290

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
19 01 004	5	URETERONEFROSCOPIA	1			64.030	32.010	83.240	51.220	102.450	70.430
		BIOPSIAS									
19 01 005	2	BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL O TRANSPERINEAL CON APOYO ECOGRÁFICO. CUALQUIER NÚMERO DE MUESTRAS, INCLUYE BIOPSIA POR SATURACIÓN (ADEMÁS CÓD.04-04-004 Y ANESTESIA 22-01-001 SI CORRESPONDE)	1			41.160	20.580	53.510	32.930	65.860	45.280
19 01 006	3	BIOPSIA RENAL TRANSPARIETAL	1			14.960	7.480	19.450	11.970	23.940	16.460
19 01 035		BIOPSIA ESTEREOTÁXICA DIGITAL DE PRÓSTATA				668.600	334.300				
		EXAMENES URODINAMICOS									
19 01 007	3	CISTOMETRÍA (PROC.AUT.)	1			19.220	9.610	24.990	15.380	30.750	21.140
19 01 009	3	ELECTROMIOGRAFÍA PERINEAL Y DEL ESFÍNTER URETRAL EN NIÑOS (PROC.AUT.)	1			14.610	7.300	18.990	11.680	23.380	16.070
19 01 010	3	PERFIL URETRAL (PROC.AUT.)	1			19.220	9.610	24.990	15.380	30.750	21.140
19 01 011		UROFLUJOMETRÍA (PROC.AUT.)				12.540	6.270	16.300	10.030	20.060	13.790
19 01 030	3	ESTUDIO URODINÁMICO (INCLUYE CISTOMETRÍA, EMG PERINEAL Y DEL ESFÍNTER URETRAL, PERFIL URETRAL Y UROFLUJOMETRÍA)	1			66.580	33.290	86.550	53.260	106.530	73.240
		PROCEDIMIENTOS PARA EXAMENES RADIOLOGICOS									
		(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			13.150	6.570	17.100	10.520	21.040	14.460
19 01 013		INYECCIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE EN CUERPO CAVERNOSO	1			12.120	6.060	15.760	9.700	19.390	13.330
19 01 015	5	URETEROPIELOGRAFÍA ASCENDENTE (DIRECTA) POR CATETERISMO URETERAL UNI O BILATERAL (INCLUYE LA ENDOSCOPIA) (A.C. 04-02-012)	1			47.180	23.590	61.330	37.740	75.490	51.900
19 01 016		URETROGRAFÍA RETRÓGRADA O CISTOURETROGRAFÍA (MICCIONAL) (A.C. 04-02-014)				8.670	4.330	11.270	6.930	13.870	9.530
		PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS									
19 01 018		DILATACIÓN URETRA C/S MASAJE, C/S INSTILACIÓN O INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS: ANTERIOR Y/O POSTERIOR	1			10.090	5.040	13.120	8.070	16.140	11.090
19 01 019		INSTILACIÓN VESICAL (INCLUYE COLOCACIÓN DE Sonda) PROC. AUT.				8.230	4.110	10.700	6.580	13.170	9.050
19 01 036		INSTILACIÓN VESICAL (INCLUYE COLOCACIÓN DE Sonda Y MICOBACTERIUM BOVIS PARA INSTILACIÓN INTRAVESICAL PROC. AUT.)				379.900	189.950				
19 01 020		INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL PENE				8.670	4.330	11.270	6.930	13.870	9.530

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
19 01 022		VAC. VESICAL POR Sonda URETRAL, (PROC. AUT.)				9.530	4.760	12.390	7.620	15.250	10.480
		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)				67.970	13.590				
19 01 029		HEMODIÁLISIS CON BICARBONATO CON INSUMOS (TRATAMIENTO MENSUAL)				883.590	176.720				
19 01 025		PERITONEODIÁLISIS POR SESIÓN (INCLUYE INSUMOS)				36.170	7.230				
19 01 026		PERITONEODIÁLISIS CONTINUA EN PACIENTE CRÓNICO (ADULTO O NIÑOS) (TRATAMIENTO MENSUAL)				1.085.900	217.180				
		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	159.150	109.410	439.560	219.780	571.430	351.650	703.300	483.520
19 02 003	13	AUTO O HETEROTRASPLANTE RIÑÓN	3	243.870	167.660	666.620	333.310	866.610	533.300	1.066.590	733.280
19 02 004	13	CIRUGÍA DE BANCO, (PROC. COMPLETO) (MICRO-EXTRACORPÓREA), AUTOTRASPLANTE	3	208.880	143.600	639.140	319.570	830.880	511.310	1.022.620	703.050
19 02 005	8	LITIASIS RENAL, TRAT. QUIR. PERCUTÁNEO C/S ULTRASONIDO (INCLUYE TODO EL PROCEDIMIENTO)	2	147.730	101.560	389.770	194.880	506.700	311.810	623.630	428.740
19 02 090	10	TRATAMIENTO INTEGRAL LITIASIS URINARIA POR VÍA LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	1	179.740	123.570	381.800	190.900	496.340	305.440	610.880	419.980
19 02 006	8	LITIASIS RENAL O URETERAL POR CIRUGÍA ABIERTA O LAPAROSCÓPICA, POR PIELOTOMÍAO NEFROTOMÍA MÍNIMA O ANATRÓFICA.	3	103.740	71.320	300.680	150.340	390.880	240.540	481.090	330.750
19 02 008	7	LUMBOTOMÍA EXPLORADORA C/S DREN., C/S BIOPSIA (PROC. AUT.)	3	66.100	45.440	203.210	101.600	264.170	162.560	325.140	223.530
19 02 009	9	NEFRECTOMÍA PARCIAL CUALQUIER VÍA Y TÉCNICA. INCLUYE DISECCIÓN GANGLIONAR ETAPIFICADORA O REDUCTIVA	3	112.480	77.330	467.980	233.990	608.370	374.380	748.770	514.780
19 02 010	9	NEFRECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER RENAL, TRAUMATISMO RENAL, VÍA ABIERTA, LAPAROSCÓPICA O ROBÓTICA, INCLUYE DISECCIÓN GANGLIONAR ETAPIFICADORA O REDUCTIVA	3	163.360	112.310	454.730	227.360	591.150	363.780	727.570	500.200
19 02 011	8	NEFRECTOMÍA POR PATOLOGÍA BENIGNA O MALFORMACIÓN O TRASPLANTE.	3	115.650	79.510	238.150	119.070	309.600	190.520	381.040	261.960
19 02 012	8	DRENAJE PERCUTÁNEO O ENDOSCÓPICO DE HIDRONEFROSIS. (PROC.AUTÓNOMO)	3	92.850	63.830	219.750	109.870	285.680	175.800	351.600	241.720
19 02 013	8	PIELOTOMÍA EXPLORADORA Y/O TERAPÉUTICA (INCLUYE LA PIELOSTOMÍA Y/O PIELOPLASTÍA)	3	106.860	73.460	324.720	162.360	422.140	259.780	519.550	357.190

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
		SUPRARRENAL									
19 02 015	8	SUPRARRENALECTOMÍA UNILATERAL	3	106.860	73.460	309.690	154.840	402.600	247.750	495.500	340.650
		URETER									
19 02 016	9	ANASTOMOSIS DE LOS URÉTERES	2	132.340	90.980	320.680	160.340	416.880	256.540	513.090	352.750
19 02 017	8	FÍSTULA URÉTERO-VAGINAL, TRAT. QUIR.	2	106.860	73.460	271.860	135.930	353.420	217.490	434.980	299.050
19 02 018	9	NEFROURETERECTOMÍA EN PATOLOGÍA TUMORAL O MALFORMACIÓN, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA.	3	147.150	101.160	418.410	209.200	543.930	334.720	669.460	460.250
19 02 019	8	URETERECTOMÍA	3	104.110	71.570	279.570	139.780	363.440	223.650	447.310	307.520
19 02 020	7	URÉTERO-LITOTOMÍA ABIERTA	2	85.550	58.810	217.520	108.760	282.780	174.020	348.030	239.270
19 02 021	5	URÉTERO O NEFRO-LITOTOMÍA ENDOSCÓPICA C/URETEROSCOPIA RÍGIDA O FLEXIBLE, CONO SIN FRAGMENTACIÓN	1	113.100	77.750	372.200	186.100	483.860	297.760	595.520	409.420
19 02 022	9	URETERECTOMÍA, URETEROPLASTÍA, URETERORRAFIA, URETEROLISIS, TRANSURETEROANASTOMOSIS, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA.	2	139.360	95.810	337.690	168.840	439.000	270.150	540.300	371.450
19 02 023	8	URETERORRAFIA Y/O URETEROLISIS C/U	2	92.850	63.830	244.300	122.150	317.590	195.440	390.880	268.730
19 02 024	9	URETEROSTOMÍA BILATERAL: VESICAL, CUTÁNEA O INTESTINAL	3	158.370	108.880	450.680	225.340	585.880	360.540	721.090	495.750
19 02 025	8	URETEROSTOMÍA UNILATERAL: VESICAL, CUTÁNEA O INTESTINAL	3	112.820	77.560	342.810	171.400	445.650	274.240	548.500	377.090
		VEJIGA									
19 02 027	8	CISTECTOMÍA PARCIAL Y/O TRAT. QUIR. DE DIVERTÍCULO VESICAL	2	85.550	58.810	209.940	104.970	272.920	167.950	335.900	230.930
19 02 028	11	CISTECTOMÍA RADICAL, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA, INCLUYE LINFADENECTOMÍA AMPLIADA.	3	224.660	154.450	642.890	321.440	835.760	514.310	1.028.620	707.170
19 02 029	9	CISTOPLASTÍA, PROC. COMPLETO	3	149.650	102.880	425.860	212.930	553.620	340.690	681.380	468.450
19 02 030	7	REPARACIÓN VESICAL POR TRAUMA O DAÑO DE CUALQUIER TIPO.	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
19 02 031	7	CISTOSTOMÍA, EXTRACCIÓN DE LITIASIS O CUERPO EXTRAÑO, INSTALACIÓN DE CATÉTER SUPRAPÚBICO, POR VÍA ABIERTA O ENDOSCOPICA, C/S LÁSER	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
19 02 032	8	EXTROFIA VESICAL, PROC. COMPLETO	2	128.340	88.230	296.000	148.000	384.800	236.800	473.600	325.600
19 02 033	8	FÍSTULA VÉSICO-CUTÁNEA, Y/O VAGINAL, Y/O INTEST., TRAT. QUIR.	2	85.550	58.810	217.520	108.760	282.780	174.020	348.030	239.270
19 02 034	8	CIRUGÍA ABIERTA O ENDOSCÓPICA DE LESIONES CUELLO VESICAL Y/O HEMOVEJIGA PRIMARIA O POST CIRUGÍA PRÓSTATA O VEJIGA	2	64.080	44.050	163.160	81.580	212.110	130.530	261.060	179.480
19 02 035	7	LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGÁSTRICAS (PROC. AUT.)	2	85.780	58.970	172.640	86.320	224.430	138.110	276.220	189.900

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
19 02 036	10	OPERACIÓN DE BRICKER	3	185.810	127.740	486.870	243.430	632.930	389.490	778.990	535.550
19 02 037	9	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁNCER VESICAL	1	106.860	73.460	196.350	98.170	255.260	157.080	314.160	215.980
19 02 038	9	RESERVORIO CONTINENTE INTESTINAL EXTERNO O INTERNO URETRA	3	149.650	102.880	425.860	212.930	553.620	340.690	681.380	468.450
19 02 040	8	EXTIRPACIÓN DIVERTÍCULO O QUISTE PARA-URETRAL, CUALQUIER VÍA	2	85.550	58.810	225.040	112.520	292.550	180.030	360.060	247.540
19 02 041	7	FLEGMÓN URINOSO, DRENAJE Y CISTOSTOMÍA	2	76.080	52.300	155.590	77.790	202.270	124.470	248.940	171.140
19 02 043	7	URETROPLASTÍA SIN SUBSTITUCIÓN - URETORRAFÍA	2	87.740	60.320	176.650	88.320	229.650	141.320	282.640	194.310
19 02 044	8	URETROPLASTÍA DE SUBSTITUCIÓN, CADA TIEMPO	2	90.320	62.090	229.630	114.810	298.520	183.700	367.410	252.590
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	82.180	56.500	215.950	107.970	280.740	172.760	345.520	237.540
19 02 047	5	MEATOTOMÍA QUIRÚRGICA C/S RESECCIÓN DE PÓLIPO O CARÚNCULA	1	51.310	35.270	108.980	54.490	141.670	87.180	174.370	119.880
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	100.960	69.410	506.530	253.260	658.490	405.220	810.450	557.180
19 02 050	5	FISTULECTOMÍA URETRAL	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
19 02 051	5	URETOSTOMÍA	1	64.080	44.050	108.830	54.410	141.480	87.060	174.130	119.710
19 02 052	5	URETROTOMÍA EXTERNA (PROC. AUT.)	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
19 02 053	5	URETROTOMÍA INTERNA Y/O URETROLITOTOMÍA (PROC. AUT.) PROSTATA Y VESICULAS SEMINALES	1	64.080	44.050	155.590	77.790	202.270	124.470	248.940	171.140
19 02 054	5	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ABSCESO PROSTÁTICO Y/O VESÍCULAS SEMINALES, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
19 02 055	8	ADENOMA O CÁNCER PROSTÁTICO, RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DESOBSTRUCTIVA, CUALQUIER TÉCNICA (UNI, BIPOLAR, LÁSER U OTROS)	1	106.860	73.460	218.970	109.480	284.660	175.170	350.350	240.860
19 02 056	8	ADENOMA PROSTÁTICO, TRAT. QUIR. CUALQUIER VÍA O TÉCNICA ABIERTA	2	106.860	73.460	256.810	128.400	333.850	205.440	410.900	282.490
19 02 057	10	PROSTATECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER PROSTÁTICO, VÍA ABIERTA, LAPAROSCÓPICA O ROBÓTICA, INCLUYE LINFADENECTOMÍA SI CORRESPONDE TESTICULOS Y SUS ANEXOS	3	149.650	102.880	454.730	227.360	591.150	363.780	727.570	500.200
19 02 059	5	BIOPSIA QUIRÚRGICA DE TESTÍCULO Y/O ASPIRACIÓN EPIDIDIMARIA.	2	54.210	37.270	143.670	71.830	186.770	114.930	229.870	158.030

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
19 02 060	6	DESCENSO TESTICULAR CON O SIN HERNIA, CUALQUIER TIEMPO, CUALQUIER TÉCNICA	2	73.310	50.400	191.160	95.580	248.510	152.930	305.860	210.280
19 02 061	5	DESCENSO TESTÍCULO INGUINAL C/S HERNIOPLASTÍA	2	69.600	47.850	177.110	88.550	230.240	141.680	283.380	194.820
19 02 062	6	ESCROTO, PLASTÍA DE, PROC. COMPLETO	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
19 02 063	5	HIDATIDECTOMÍA UNILAT. C/S EVERSIÓN DE LA VAGINAL (PROC. AUT.)	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
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	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
19 02 065	5	ORQUIDECTOMÍA UNILATERAL	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
19 02 066	5	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
19 02 067	5	PRÓTESIS TESTICULAR, (PROC. AUT.)	2	54.300	37.330	144.030	72.010	187.240	115.220	230.450	158.430
19 02 068	6	ORQUIDECTOMÍA AMPLIADA POR CÁNCER TESTICULAR	2	64.080	44.050	163.160	81.580	212.110	130.530	261.060	179.480
19 02 069	11	DISECCIÓN GANGLIONAR LUMBOAÓRTICA POR CÁNCER TESTICULAR, CUALQUIER VÍA O TÉCNICA, UNI O BILATERAL O MODIFICADA. EPIDIDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE	3	166.190	114.250	392.850	196.420	510.710	314.280	628.560	432.130
19 02 070	7	ANASTOMOSIS DEFERENTES O EPIDÍDIMO-DEFERENCIAL	2	88.190	60.630	208.690	104.340	271.300	166.950	333.900	229.550
19 02 071	5	CIRUGÍA DEL EPIDÍDIMO Y CORDÓN (PROC.AUT), INCLUYE CIRUGÍA INTRAVAGINAL Y/O VARICOCELE MISMO LADO	2	64.080	44.050	148.100	74.050	192.530	118.480	236.960	162.910
19 02 072	7	PLASTÍA EPIDÍDIMO-DEFERENTE (OPERACIÓN DE MARTÍN O SIM.)	2	85.550	58.810	202.450	101.220	263.190	161.960	323.920	222.690
19 02 073	5	QUISTES DEL CORDÓN, Y/O EPIDÍDIMO, EXTIRPACIÓN; EPIDIDIMOTOMÍA DIAGNÓSTICA Y/O TERAPÉUTICA (PROC. AUT.)	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
19 02 074	5	EXPLORACIÓN ESCROTO AGUDO. INCLUYE HEMATOCELE POR TRAUMA, DESTORSIÓN Y FIJACIÓN TESTÍCULO, HIDATIDECTOMÍA Y EVERSIÓN BILATERAL SI CORRESPONDE	2	67.660	46.510	143.550	71.770	186.620	114.840	229.680	157.900
19 02 075	5	VARICOCELE UNILATERAL Y/O DENERVACIÓN CORDÓN ESPERMÁTICO (INCLUYE QUISTES, HIDÁTIDES E HIDROCELE MISMO LADO)	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
19 02 076	5	VASECTOMÍA BILATERAL, (PROC. AUT.) (LA VASECTOMÍA COMO TIEMPO PREVIO A UNA RESECCIÓN DE PRÓSTATA ESTA INCLUIDA EN LA PROSTATECTOMÍA) PENE	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
19 02 078	6	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE (PROC. AUT.)	2	64.080	44.050	163.160	81.580	212.110	130.530	261.060	179.480
19 02 079	8	AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE, PROC. COMPLETO	2	106.860	73.460	249.160	124.580	323.910	199.330	398.660	274.080
19 02 080	4	BIOPSIA DE PENE (PROC. AUT.)	1			34.050	17.020	44.270	27.240	54.480	37.450

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
20 03 001	7	OOFORECTOMÍA PARCIAL O TOTAL, UNI O BILATERAL (PROC. AUT.)	2	68.500	47.090	140.050	70.020	182.070	112.040	224.080	154.050
20 03 002	7	ANEXECTOMÍA Y/O VAC. DE ABSCESO TUBO-OVÁRICO, UNI O BILATERAL.	2	85.550	58.810	172.190	86.090	223.850	137.750	275.500	189.400
20 03 003	7	EMBARAZO TUBARIO, TRAT. QUIR.	2	77.330	53.160	201.670	100.830	262.170	161.330	322.670	221.830
20 03 004	7	LIGADURA O SECCIÓN UNI O BILATERAL DE LAS TROMPAS (MADLENER, POMEROY, O SIMILARES) (PROC. AUT.)	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
20 03 005	7	SALPINGECTOMÍA UNI O BILATERAL	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
		ESTERILIDAD TUBARIA, OPERACIÓN PLÁSTICA, UNI O BILATERAL									
20 03 006	9	ESTERILIDAD TUBARIA, OPERACIÓN PLÁSTICA UNI O BILATERAL CON MICROCIRUGÍA	2	128.340	88.230	296.000	148.000	384.800	236.800	473.600	325.600
20 03 007	8	ESTERILIDAD TUBARIA, OPERACIÓN PLÁSTICA UNI O BILATERAL SIN MICROCIRUGÍA	2	85.550	58.810	194.820	97.410	253.270	155.860	311.710	214.300
20 03 008	8	MIOMECTOMÍA	2	70.270	48.310	164.180	82.090	213.430	131.340	262.690	180.600
20 03 041	8	EXTRACCIÓN DE DIU INCRUSTADO, POR VÍA ABDOMINAL	2	70.460	48.440	164.580	82.290	213.950	131.660	263.330	181.040
20 03 009	8	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL POR VÍA ABDOMINAL	3	85.550	58.810	197.050	98.520	256.170	157.640	315.280	216.750
20 03 010	8	HISTERECTOMÍA TOTAL O AMPLIADA POR VÍA ABDOMINAL	3	140.700	96.730	446.760	223.380	580.790	357.410	714.820	491.440
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	90.530	62.240	198.160	99.080	257.610	158.530	317.060	217.980
20 03 012	5	CONIZACIÓN Y/O AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO, DIAGNÓSTICA Y/O TERAPÉUTICA C/S BIOPSIA	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
20 03 013	13	EXANTERACIÓN PELVIANA ANTERIOR Y/O POSTERIOR	3	235.250	161.730	665.930	332.960	865.710	532.740	1.065.490	732.520
20 03 014	8	HISTERECTOMÍA POR VÍA VAGINAL	3	128.370	88.250	353.590	176.790	459.670	282.870	565.740	388.940
20 03 015	10	HISTERECTOMÍA RADICAL CON DISECCIÓN PELVIANA COMPLETA DE TERRITORIOS GANGLIONARES, INCLUYE GANGLIOS LUMBOAÓRTICOS (OPERACIÓN DE WERTHEIM O SIMILARES)	3	196.020	134.760	561.800	280.900	730.340	449.440	898.880	617.980
20 03 016	8	HISTERECTOMÍA TOTAL C/INTERVENCIÓN INCONTINENCIA URINARIA, CUALQUIER TÉCNICA	3	149.650	102.880	471.170	235.580	612.520	376.930	753.870	518.280
20 03 017	8	HISTEROPEXIA	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
20 03 018	8	PLASTÍA UTERINA (OPERACIÓN DE STRASSMANN O SIMILARES)	2	85.550	58.810	179.740	89.870	233.660	143.790	287.580	197.710

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
20 03 019	4	POLIPLECTOMÍA (UNO O MÁS) (PROC. AUT.)	1			41.590	20.790	54.070	33.270	66.540	45.740
20 03 020	5	SINEQUIA Y/O ESTENOSIS CERVICAL, TRAT. QUIR.	1			77.470	38.730	100.710	61.970	123.950	85.210
20 03 030	5	DESGARRO CERVICAL TRAT. QUIR.	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
20 03 040	5	INCOMPETENCIA CERVICAL TRAT. QUIR.	2			153.710	76.850	199.820	122.960	245.940	169.080
20 03 021	5	COLPOCELIOTOMÍA	1			73.570	36.780	95.640	58.850	117.710	80.920
20 03 022	6	INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO, TRAT. QUIR. POR VÍA VAGINAL (PROC. AUT.)	2	67.660	46.510	172.230	86.110	223.900	137.780	275.570	189.450
20 03 023	8	PROLAPSO ANTERIOR Y/O POSTERIOR CON REPAR., INCONTINENCIA URINARIA POR VÍA EXTRAVAGINAL O COMBINADA	3	106.860	73.460	249.160	124.580	323.910	199.330	398.660	274.080
20 03 024	7	PROLAPSO ANTERIOR Y/O POSTERIOR C/S TRAT. DE INCONTINENCIA URINARIA POR VÍA VAGINAL, TRAT. QUIR.	2	64.080	44.050	163.160	81.580	212.110	130.530	261.060	179.480
20 03 025	5	QUISTE Y/O DESGARRO Y/O TABIQUE VAGINAL, TRAT. QUIR.	1			75.510	37.750	98.160	60.400	120.820	83.060
20 03 026	4	BARTOLINITIS, VACIAMIENTO Y DRENAJE (PROC. AUT.)	1			31.900	15.950	41.470	25.520	51.040	35.090
20 03 027	5	BARTOLINOCISTONEOSTOMÍA O EXTIRP. DE LA GLÁNDULA VULVECTOMÍA	2	54.210	37.270	143.670	71.830	186.770	114.930	229.870	158.030
20 03 028	8	VULVECTOMÍA RADICAL	3	149.650	102.880	425.860	212.930	553.620	340.690	681.380	468.450
20 03 029	6	VULVECTOMÍA SIMPLE	2	106.860	73.460	234.160	117.080	304.410	187.330	374.660	257.580
20 04 001	4	- ABORTO RETENIDO, VACIAMIENTO DE (INCLUYE LA INDUCCIÓN EN LOS CASOS QUE CORRESPONDA)	1	54.050	37.160	114.720	57.360	149.140	91.780	183.550	126.190
20 04 002	4	- RASPADO UTERINO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO POR METRORRAGIA O POR RESTOS DE ABORTO	1	51.170	35.180	102.280	51.140	132.960	81.820	163.650	112.510
20 04 007	2	ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)	1			56.390	28.190	73.310	45.110	90.220	62.020
20 04 008		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO LEY IVE (INCLUYE CONSULTA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Y FÁRMACOS)				18.290	9.140	23.780	14.630	29.260	20.110
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 MANUALDE PLACENTA, C/S MONITORIZACIÓN. (ÚNICO O MÚLTIPLE)	1	115.700	61.470	167.790	41.950	218.130	92.290	268.460	142.620

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
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 PERIODO EXPULSIVO)				22.300	5.570	28.990	12.260	35.680	18.950
20 04 011		HONORARIO DE MATRONA POR ATENCIÓN INTEGRAL EN CONTROL Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO (PERIODO EXPULSIVO, ASISTENCIA AL PABELLÓN QUIRÚRGICO EN CASO DE CESÁREA)				59.030	14.760	76.740	32.470	94.450	50.180
20 04 012		HONORARIO MATRONA POR ATENCIÓN EN POST PARTO. (INCLUYE DOS CONTROLES EN PUERPERIO)				35.420	8.850	46.050	19.480	56.670	30.100
20 04 006	7	CESÁREA C/S SALPINGOLIGADURA O SALPINGECTOMÍA	2	117.740	62.550	222.590	55.650	289.370	122.430	356.140	189.200
20 04 005	8	CESÁREA CON HISTERECTOMÍA	2	106.560	56.610	248.450	62.110	322.990	136.650	397.520	211.180
20 04 009		FOTOTERAPIA A RECIÉN NACIDOS				1.310	650	1.700	1.040	2.100	1.440
21 01 001		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)				7.370	3.680	9.580	5.890	11.790	8.100
21 01 002		PROCEDIMIENTO PARA EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS (INCLUYE MANIOBRA E INYECCIÓN DEL MEDIO DE CONTRASTE)				8.000	4.000	10.400	6.400	12.800	8.800
21 01 003	5	MOVILIZACIÓN ARTICULAR BAJO ANESTESIA GENERAL.	1	52.500	36.090	40.730	20.360	52.950	32.580	65.170	44.800

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 001	3	ARTROSCOPÍA DIAGNÓSTICA C/S BIOPSIA, C/S SECCIÓN DE BRIDAS, EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	2			184.480	92.240	239.820	147.580	295.170	202.930
21 04 002	3	EXOSTOSIS U OSTEOCONDROMA, TRAT. QUIR.	2	54.210	37.270	143.670	71.830	186.770	114.930	229.870	158.030
21 04 003	3	QUISTES SINOVIALES DE VAINAS FLEXORAS, BURSAS	2			135.600	67.800	176.280	108.480	216.960	149.160
21 04 004	3	TRACCIÓN HALOCRANEANA O ESTRIBO-CRANEANA (PROC. AUT.)	1			34.050	17.020	44.270	27.240	54.480	37.450
21 04 005	3	TRACCIÓN HALOCRÁNEO-FEMORAL	2			135.950	67.970	176.740	108.760	217.520	149.540
21 04 006	2	TRACCIÓN TRANSESQUELÉTICA O DE PARTES BLANDAS EN ADULTOS O EN NIÑOS (PROC. AUT.)	1			20.340	10.170	26.440	16.270	32.540	22.370
21 04 007	4	ARTRODESIS DE CODO O MUÑECA, C/U	2	50.000	34.370	132.570	66.280	172.340	106.050	212.110	145.820
21 04 008	5	ARTRODESIS DE HOMBRO, CADERA, RODILLA, TOBILLO O SACROILÍACA, C/U	3	65.760	45.210	202.210	101.100	262.870	161.760	323.540	222.430
21 04 009	4	ARTRODESIS DE MANO O PIE C/U	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 010	6	TRATAMIENTO COMPLETO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE BRAZO, ANTEBRAZO, MUSLO Y PIERNA, C/U	2	92.850	63.830	211.490	105.740	274.940	169.190	338.380	232.630
21 04 011	5	TRATAMIENTO COMPLETO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE MANO O PIE, C/U	2	55.710	38.300	157.010	78.500	204.110	125.600	251.220	172.710
		INFECCIONES OSEAS									
21 04 012	5	** OSTEÍTIS, RASPADO, C/S SECUESTRECTOMÍA	2	55.710	38.300	127.440	63.720	165.670	101.950	203.900	140.180
21 04 013	6	** OSTEOMIELITIS AGUDA HEMATÓGENA, DRENAJE QUIRÚRGICO, C/S DISPOSITIVOS DE OSTEOCLISIS	2	55.710	38.300	157.010	78.500	204.110	125.600	251.220	172.710
21 04 014	6	OSTEOMIELITIS CRÓNICA HUESOS LARGOS, LEGRADO ÓSEO, C/S OSTEOSÍNTESIS OAPARATO DE YESO	2	53.420	36.720	142.020	71.010	184.630	113.620	227.230	156.220
21 04 015	6	ARTROTOMÍA HOMBRO O CADERA C/U	2	53.280	36.630	141.570	70.780	184.040	113.250	226.510	155.720
21 04 016	5	**ARTROTOMÍA DE CODO, MUÑECA, TOBILLO O TEMPOROMANDIBULAR, C/U	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 017	6	PSEUDOARTROSIS INFECTADA HUESOS LARGOS, TRAT. QUIR. CUALQUIER TÉCNICA, C/S DISPOSITIVO DE OSTEOCLISIS, C/S OSTEOSÍNTESIS O APARATO DE YESO	3	65.760	45.210	202.210	101.100	262.870	161.760	323.540	222.430
21 04 018	11	AUTOTRASPLANTE ÓSEO MICROQUIRÚRGICO	3	149.650	102.880	433.420	216.710	563.450	346.740	693.470	476.760
21 04 019	4	INJERTO ESPONJOSO METAFISIARIO	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
21 04 020	4	INJERTOS ESPONJOSOS O CÓRTICO-ESPONJOSOS DE CRESTA ILÍACA	2	54.210	37.270	143.670	71.830	186.770	114.930	229.870	158.030
21 04 021	7	** TRANSPLANTE ÓSEO (AUTO U HOMOTRASPLANTE)	3	109.650	75.380	302.050	151.020	392.670	241.640	483.280	332.250
		** ESTAS PRESTACIONES SE AUTORIZAN A CIRUJANOS DENTISTAS ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL									
		TUMORES O QUISTES O LESIONES PSEUDOTUMORALES, OSEOS O MUSCULARES									
21 04 022	7	LESIONES QUÍSTICAS CON FRACTURA PATOLÓGICA: LEGRADO ÓSEO, C/S RELLENO INJERTO ESPONJOSO, C/S OSTEOSÍNTESIS Y/O APARATO DE INMOVILIZACIÓN POSTOPERATORIA	3	67.660	46.510	208.100	104.050	270.530	166.480	332.960	228.910
21 04 023	7	LESIONES QUÍSTICAS INTRAOSEA: LEGRADO ÓSEO, C/S RELLENO DE INJERTOS	2	54.210	37.270	143.670	71.830	186.770	114.930	229.870	158.030
21 04 024	7	METÁSTASIS ÓSEA C/S FRACTURA PATOLÓGICA, LEGRADO TUMORAL, RELLENO CEMENTO QUIRÚRGICO Y OSTEOSÍNTESIS	3	65.760	45.210	202.210	101.100	262.870	161.760	323.540	222.430
21 04 025	7	TUMOR ÓSEO, RESECCIÓN EN BLOQUE, C/S OSTEOSÍNTESIS Y/O APARATO INMOVILIZACIÓN POSTOPERATORIO	3	69.600	47.850	213.980	106.990	278.170	171.180	342.370	235.380
21 04 026	7	TUMORES O QUISTES O LESIONES PSEUDOQUÍSTICAS O MUSCULARES Y/O TENDÍNEAS, TRAT. QUIR.	2	67.820	46.620	143.900	71.950	187.070	115.120	230.240	158.290
21 04 027	7	TUMORES ÓSEOS: RESECCIÓN EN BLOQUE, EPIFISIARIA C/ARTRODESIS O DIAFISIARIA	3	88.060	60.540	216.070	108.030	280.890	172.850	345.710	237.670
21 04 028	11	TUMORES PRIMARIOS O METASTÁSICOS VERTEBRALES: CORPORECTOMÍA, REEMPLAZO POR CEMENTO QUIR. O INJERTO ÓSEO, C/S OSTEOSÍNTESIS	3	185.810	127.740	537.720	268.860	699.040	430.180	860.350	591.490
21 04 029	5	SINOVECTOMÍAS QUIRÚRGICAS DE CODO O MUÑECA O METACARPOFALÁNGICAS, C/U	2			138.860	69.430	180.520	111.090	222.180	152.750
21 04 030	6	SINOVECTOMÍAS QUIRÚRGICAS DE RODILLA O CADERA U HOMBRO, C/U	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 031	9	EPINEURORRAFIA MICROQUIRÚRGICA CON MAGNIFICACIÓN CUALQUIER TRONCO NERVIOSO (CON EXCEPCIÓN NERVIOS DIGITALES)	2	83.340	57.290	182.430	91.210	237.160	145.940	291.890	200.670
21 04 033	3	BIOPSIA ÓSEA POR PUNCIÓN	1			29.530	14.760	38.390	23.620	47.250	32.480
21 04 034	5	BIOPSIA ÓSEA QUIRÚRGICA	2			142.800	71.400	185.640	114.240	228.480	157.080
21 04 035	2	BIOPSIA SINOVIAL O MUSCULAR POR PUNCIÓN	1			29.530	14.760	38.390	23.620	47.250	32.480
21 04 036	4	BIOPSIA SINOVIAL O MUSCULAR QUIRÚRGICA	1			36.980	18.490	48.070	29.580	59.170	40.680
21 04 037	4	BIOPSIA VERTEBRAL POR PUNCIÓN	1			59.010	29.500	76.710	47.200	94.420	64.910
21 04 038	4	REGULARIZACIÓN DE MUÑON DE AMPUTACIÓN	2	51.310	35.270	117.390	58.690	152.610	93.910	187.820	129.120
21 04 039	5	OSTEOCONDROSIS O EPIFISITIS, TRAT. QUIR.	2	51.310	35.270	117.390	58.690	152.610	93.910	187.820	129.120
21 04 040	11	AMPUTACIÓN INTERESCÁPULO-TORÁCICA	3	104.110	71.570	301.710	150.850	392.220	241.360	482.740	331.880
21 04 041	10	DESARTICULACIÓN ESCÁPULO-HUMERAL	3	64.080	44.050	197.120	98.560	256.260	157.700	315.390	216.830
21 04 042	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE HOMBRO,(CUALQUIER TÉCNICA)	3	92.850	63.830	211.490	105.740	274.940	169.190	338.380	232.630
21 04 044	7	FRACTURA CUELLO HUMERAL, TRAT. QUIR.	3	67.660	46.510	208.100	104.050	270.530	166.480	332.960	228.910
21 04 045	5	FRACTURA DE CLAVÍCULA, OSTEOSÍNTESIS	2			139.470	69.730	181.310	111.570	223.150	153.410
21 04 046	6	FRACTURA ESCÁPULA, OSTEOSÍNTESIS	2	52.910	36.370	140.290	70.140	182.380	112.230	224.460	154.310
21 04 047	7	LUXACIÓN ACROMIO-CLAVICULAR O ESTERNO-CLAVICULAR, REDUCCIÓN O PLASTÍA CÁPSULOLIGAMENTOSA Y OSTEOSÍNTESIS	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
21 04 048	6	LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO, TRAT. QUIR.	3	69.600	47.850	213.980	106.990	278.170	171.180	342.370	235.380

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 049	5	LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE HOMBRO, REDUCCIÓN CRUENTA	2	54.300	37.330	144.030	72.010	187.240	115.220	230.450	158.430
21 04 050	7	LUXOFRACTURA, REDUCCIÓN Y OSTEOSÍNTESIS HOMBRO	3	69.600	47.850	213.980	106.990	278.170	171.180	342.370	235.380
21 04 051	7	RUPTURA MANGUITO ROTADORES, TRAT. QUIR. C/S ACROMIECTOMÍA	3	69.600	47.850	213.980	106.990	278.170	171.180	342.370	235.380
21 04 052	6	TRANSPOSICIONES MUSCULARES	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 053	7	AMPUTACIÓN BRAZO	2	67.820	46.620	143.900	71.950	187.070	115.120	230.240	158.290
21 04 054	6	FRACTURA SUPRACONDÍLEA NIÑO; TRACCIÓN ESQUELÉTICA, C/S OSTEOSÍNTESIS Y APARATO DE YESO	2	67.660	46.510	143.550	71.770	186.620	114.840	229.680	157.900
21 04 055	6	OSTEOSÍNTESIS DIAFISIARIA DE HÚMERO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 056	6	OSTEOSÍNTESIS SUPRA O INTERCONDÍLEA (CUALQUIER TÉCNICA)	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
21 04 057	6	OSTEOTOMÍA HÚMERO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	54.300	37.330	144.030	72.010	187.240	115.220	230.450	158.430
21 04 058	6	PSEUDOARTROSIS C/S OSTEOSÍNTESIS C/S YESO HÚMERO	2	54.300	37.330	144.030	72.010	187.240	115.220	230.450	158.430
21 04 059	7	ARTROPLASTÍA CON FASCIA CODO	2	65.760	45.210	148.560	74.280	193.130	118.850	237.700	163.420
21 04 060	6	CÚPULA RADIAL, RESECCIÓN	2	51.310	35.270	117.390	58.690	152.610	93.910	187.820	129.120
21 04 061	7	CÚPULA RADIAL, (RESECCIÓN CON IMPLANTE DE PRÓTESIS) ARTROPLASTÍA	2	52.910	36.370	140.290	70.140	182.380	112.230	224.460	154.310
21 04 062	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE CODO, (CUALQUIER TÉCNICA)	3	92.850	63.830	211.490	105.740	274.940	169.190	338.380	232.630
21 04 063	6	EPICONDILITIS, TRAT. QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA)	2	67.820	46.620	137.960	68.980	179.350	110.370	220.740	151.760
21 04 064	5	LUXACIÓN DE CODO, REDUCCIÓN CRUENTA	2	54.300	37.330	153.050	76.520	198.970	122.440	244.880	168.350
21 04 065	6	LUXOFRACTURA DE CODO, REDUCCIÓN CRUENTA C/S RESECCIÓN CÚPULA RADIAL	2	56.380	38.760	149.820	74.910	194.770	119.860	239.710	164.800
21 04 066	6	OSTEOSÍNTESIS EPITROClea-EPICÓNDILO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
21 04 067	6	OSTEOSÍNTESIS OLÉCRANON U OSTEOSÍNTESIS DE CÚPULA RADIAL (PROC. AUT.) (CUALQUIER TÉCNICA)	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 068	7	TRASLOCACIÓN NERVIO CUBITAL (PROC. AUT.)	2	64.080	44.050	163.160	81.580	212.110	130.530	261.060	179.480

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 069	7	OPERACIÓN DE SALVATAJE RADIO-PROCÚBITO	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
21 04 070	7	AMPUTACIÓN ANTEBRAZO	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
21 04 071	6	EXTIRPACIÓN METÁFISIS DISTAL DEL CÚBITO Y ARTRODESIS RADIOCUBITAL INFERIOR	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
21 04 072	6	LUXOFRACTURAS (MONTEGGIA-GALEAZZI), REDUCC. Y OSTEOSÍNTESIS	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 073	6	OSTEOSÍNTESIS, FRACT.CERRADA CÚBITO Y/O RADIO (CUALQ. TECN.)	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 074	6	OSTEOTOMÍA UNO O AMBOS HUESOS, C/S OSTEOSÍNTESIS C/S YESO O TRAT. QUIR. ENF. DE KIENBOCK	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 075	6	PSEUDOARTROSIS CÚBITO Y/O RADIO C/S OSTEOSÍNTESIS C/S YESO	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
21 04 076	6	SINOSTOSIS RADIO-CUBITAL, TRAT. QUIR., C/S INJERTO	2	64.080	44.050	135.990	67.990	176.790	108.790	217.580	149.580
21 04 077	6	TRASPLANTES MÚSCULO-TENDINOSOS ANTEBRAZO	3	69.600	47.850	213.980	106.990	278.170	171.180	342.370	235.380
21 04 078	6	CONTRACTURA ISQUEM. DE VOLKMANN: DESCENSO MUSCULAR, NEUROLISIS	3	67.820	46.620	208.590	104.290	271.170	166.870	333.740	229.440
21 04 079	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE MUÑECA, (CUALQUIER TÉCNICA)	2	85.550	58.810	194.820	97.410	253.270	155.860	311.710	214.300
21 04 080	5	ESTILOIDES CUBITAL, RADIAL, RESECCIÓN DE.	2	52.640	36.190	120.430	60.210	156.560	96.340	192.690	132.470
21 04 081	5	FRACTURA O PSEUDOARTROSIS ESCAFOIDES, TRAT. QUIR. CUALQ. TÉCN.	2	55.710	38.300	157.010	78.500	204.110	125.600	251.220	172.710
21 04 083	5	LUXACIÓN RADIOCARPIANA, TRAT. QUIR.	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 084	5	LUXACIÓN SEMILUNAR ,ESCAFOIDEA, REDUCCIÓN Y OSTEOSÍNTESIS SEMICRUENTA O CRUENTA	2	56.380	38.760	149.820	74.910	194.770	119.860	239.710	164.800
21 04 085	6	OSTEOSÍNTESIS RADIO, (CUALQUIER TÉCNICA)	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 086	6	TENDO VAGINOSIS DE DE QUERVAIN, TRAT. QUIR.	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
21 04 087	5	AMPUTACIÓN DEDOS (TRES O MÁS)	2	56.430	38.790	149.760	74.880	194.690	119.810	239.620	164.740
21 04 088	4	AMPUTACIÓN DEDOS (UNO O DOS)	1	55.710	38.300	118.300	59.150	153.790	94.640	189.280	130.130
21 04 089	6	AMPUTACIÓN MANO O DEL PULGAR	2	64.080	44.050	163.160	81.580	212.110	130.530	261.060	179.480

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 090	4	AMPUTACIÓN PULPEJOS (PLASTÍA KUTLER O SIMILARES)	2	52.640	36.190	120.430	60.210	156.560	96.340	192.690	132.470
21 04 091	5	CONTRACTURA DUPUYTREN, TRAT. QUIR., CADA TIEMPO	2	55.710	38.300	127.440	63.720	165.670	101.950	203.900	140.180
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	51.920	35.690	138.010	69.000	179.410	110.400	220.820	151.810
21 04 093	4	DEDOS EN GATILLO, TRAT. QUIR., CUALQUIER NÚMERO	2	54.210	37.270	123.940	61.970	161.120	99.150	198.300	136.330
21 04 094	3	FLEGMÓN MANO, TRAT. QUIR.	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 095	4	LUXOFRACTURA METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA, TRAT. QUIR.	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
21 04 096	6	MANO REUMÁTICA EN RÁFAGA: TRASLOCACIONES TENDINOSAS, PLASTÍAS CAPSULARES, TENOTOMÍAS, INMOVILIZACIÓN POSTOPERATORIA	2	66.800	45.920	146.290	73.140	190.180	117.030	234.060	160.910
21 04 097	7	MANO REUMÁTICA: IMPLANT. SILASTIC, CUALQ. NÚMERO (PROC. AUT.)	2	65.760	45.210	144.080	72.040	187.300	115.260	230.530	158.490
21 04 098	6	MUTILACIÓN GRAVE MANO, ASEO. QUIR. COMPLETO C/S OSTEOSÍNTESIS, C/S INJERTOS	2	55.710	38.300	145.170	72.580	188.720	116.130	232.270	159.680
21 04 099	4	OSTEOSÍNTESIS METACARPÍANAS O DE FALANGES, CUALQUIER TÉCNICA	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 100	2	PANADIZO, TRAT. QUIR.	1			20.270	10.130	26.350	16.210	32.430	22.290
21 04 101	7	PULGARIZACIÓN DEDO (ÍNDICE O ANULAR)	2	90.530	62.240	206.180	103.090	268.030	164.940	329.890	226.800
21 04 102	11	REIMPLANTE MANO O DEDO(S)	3	185.810	127.740	513.120	256.560	667.060	410.500	820.990	564.430
21 04 103	6	REPARACIÓN FLEXORES: PRIMER TIEMPO ESPACIADOR SILASTIC	2	52.640	36.190	120.430	60.210	156.560	96.340	192.690	132.470
21 04 104	8	REPARACIÓN NERVIIO DIGITAL CON INJERTO INTERFASCICULAR: CUALQUIER NÚMERO	2	85.550	58.810	194.820	97.410	253.270	155.860	311.710	214.300
21 04 105	5	RUPTURAS CERRADAS CÁPSULO-LIGAMENT. O TENDINOSAS, TRAT. QUIR. MANO	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 106	8	SUTURA NERVIIO(S) DIGITAL(ES); MICROCIRUGÍA	2	66.100	45.440	149.310	74.650	194.100	119.440	238.900	164.240
21 04 107	5	TENORRAFIA EXTENSORES MANO	2	52.640	36.190	120.430	60.210	156.560	96.340	192.690	132.470
21 04 108	5	TENORRAFIA O INJERTOS FLEXORES MANO	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 109	3	TENOSINOVITIS SÉPTICA, TRAT. QUIR. MANO	1			57.430	28.710	74.660	45.940	91.890	63.170
21 04 110	11	TRASPLANTE MICROQUIRÚRGICO PARA PULGAR	2	128.340	88.230	318.590	159.290	414.170	254.870	509.740	350.440
21 04 111	5	TRANSPOSICIONES TENDINOSAS FLEXORAS O EXTENSORAS MANO	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	EQ	ANES_NIVEL 3		NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
				TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 203	4	TRATAMIENTO QUIR., DEDOS EN GATILLO, CUALQUIER NÚMERO TÉC. WALANT (ANESTESIA LOCAL SIN TORNIQUETE)	2			123.940	61.970	161.120	99.150	198.300	136.330
21 04 112	10	DIASTEMATOMIELIA, RESECCIÓN ESPOLÓN C/S INSTRUMENTACIÓN	3	128.340	88.230	371.470	185.730	482.910	297.170	594.350	408.610
21 04 113	13	ESCOLIOSIS, TRAT. QUIR., CUALQUIER VÍA DE ABORDAJE, E INSTRUMENTACIÓN DE HARRINGTON, LUQUE, DWYER O SIMILARES	3	185.810	127.740	513.120	256.560	667.060	410.500	820.990	564.430
21 04 116	10	LUXACIONES, LUXOFRACTURAS VERTEBRALES (CERVICAL, DORSAL, LUMBAR), REDUCCIÓN CRUENTA, CUALQUIER VÍA DE ABORDAJE, CUALQUIER NÚMERO	3	92.850	63.830	277.150	138.570	360.300	221.720	443.440	304.860
21 04 117	11	OSTEOTOMÍAS VERTEBRALES CORRECTORAS, C/S INSTRUMENTACIÓN, C/S INJERTOS ÓSEOS, C/S ARTRODESIS	3	198.380	136.380	409.040	204.520	531.750	327.230	654.460	449.940
21 04 118	5	PLASTÍAS COSTALES, CUALQUIER NÚMERO	2	54.300	37.330	144.030	72.010	187.240	115.220	230.450	158.430
21 04 119	11	REEMPLAZO CUERPO VERTEBRAL CON ARTRODESIS C/S OSTEOSÍNTESIS C/S INSTRUMENTACIÓN	3	197.420	135.720	593.220	296.610	771.190	474.580	949.150	652.540
21 04 121	5	RESECCIÓN DEL COXIS	2	54.210	37.270	143.670	71.830	186.770	114.930	229.870	158.030
21 04 122	7	OSTEOSÍNTESIS EN FRACTURA DE ARCO ANTERIOR DE PELVIS Y DISYUNCIONES PUBIANAS	3	74.880	51.480	226.230	113.110	294.100	180.980	361.970	248.850
21 04 123	8	FRACTURA DE PELVIS, OSTEOSÍNTESIS QUIR.	3	90.320	62.090	205.690	102.840	267.400	164.550	329.100	226.250
21 04 124	8	OSTEOTOMÍA PELVIANA (SALTER, CHIARI O SIMILARES)	3	90.530	62.240	214.230	107.110	278.500	171.380	342.770	235.650
21 04 125	8	TRIPLE OSTEOTOMÍA DE PELVIS	3	87.740	60.320	230.860	115.430	300.120	184.690	369.380	253.950
21 04 126	13	AMPUTACIÓN INTER-ILIO ABDOMINAL	3	97.410	66.970	300.490	150.240	390.640	240.390	480.780	330.530
21 04 127	12	DESARTICULACIÓN CADERA	3	92.850	63.830	244.300	122.150	317.590	195.440	390.880	268.730
21 04 128	10	ENDOPRÓTESIS PARCIAL DE CADERA C/S CEMENTACIÓN (CUALQUIER TÉCNICA) (NO INCLUYE PRÓTESIS)	3	74.900	51.490	227.310	113.650	295.500	181.840	363.700	250.040
21 04 129	11	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE CADERA	3	135.820	93.370	417.050	208.520	542.170	333.640	667.280	458.750
21 04 205	10	RECAMBIO PRÓTESIS DE CADERA. INCLUYE PRÓTESIS	3	135.820	93.370	1.090.830	545.410	1.418.080	872.660	1.745.330	1.199.910
21 04 130	8	EPIFISIOLISIS LENTA O AGUDA, TRAT. QUIR.	3	67.820	46.620	208.590	104.290	271.170	166.870	333.740	229.440
21 04 131	10	FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR, OSTEOSÍNTESIS, CUALQUIER TÉCNICA	2	85.550	58.810	179.740	89.870	233.660	143.790	287.580	197.710
21 04 132	8	FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR, RESECCIÓN EPÍFISIS FEMORAL	3	62.460	42.940	192.030	96.010	249.640	153.620	307.250	211.230

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 133	7	LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA, REDUCCIÓN CRUENTA	3	65.760	45.210	202.210	101.100	262.870	161.760	323.540	222.430
21 04 134	8	LUXOFRACTURA ACETABULAR, TRAT. QUIR.	3	92.850	63.830	219.750	109.870	285.680	175.800	351.600	241.720
21 04 135	10	OPERACIÓN DE SALVATAJE CADERA, COLUMNA O SIMILARES	3	116.020	79.760	311.540	155.770	405.000	249.230	498.460	342.690
21 04 136	8	OSTEOTOMÍAS FEMORALES	3	65.760	45.210	202.210	101.100	262.870	161.760	323.540	222.430
21 04 137	7	REDUCCIÓN CRUENTA EN LUXACIÓN CONGÉNITA O TRAUMÁTICA DE CADERA	3	65.760	45.210	202.210	101.100	262.870	161.760	323.540	222.430
21 04 138	9	REDUCCIÓN CRUENTA Y ACETABULOPLASTÍA FEMORAL C/S OSTEOTOMÍA FEMORAL	3	92.850	63.830	244.300	122.150	317.590	195.440	390.880	268.730
21 04 139	8	REDUCCIÓN CRUENTA Y OSTEOTOMÍA FEMORAL	3	64.080	44.050	197.120	98.560	256.260	157.700	315.390	216.830
21 04 140	7	TENOTOMÍA ADUCTORES C/S BOTAS, CON YUGO (PROC. AUT.)	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
21 04 141	8	TROCANTEROPLASTÍAS	3	69.600	47.850	213.980	106.990	278.170	171.180	342.370	235.380
21 04 142	7	AMPUTACIÓN MUSLO	2	67.820	46.620	167.860	83.930	218.220	134.290	268.580	184.650
21 04 143	8	EPIFISIODESIS (FÉMUR Y/O TIBIA)	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
21 04 144	8	OSTEOSÍNTESIS DIAFISIARIA O METAFISIARIA MUSLO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	69.600	47.850	148.370	74.180	192.880	118.690	237.390	163.200
21 04 145	8	OSTEOTOMÍA CORRECTORA MUSLO	2	65.760	45.210	148.560	74.280	193.130	118.850	237.700	163.420
21 04 146	9	OSTEOTOMÍA DE ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO CON OSTEOSÍNTESIS INMEDIATA O DISTRACCIÓN INSTRUMENTAL PROGRESIVA MUSLO	2	90.320	62.090	189.740	94.870	246.660	151.790	303.580	208.710
21 04 147	10	OSTEOTOMÍA EN ROSARIO CON ENCLAVIAMIENTO CLAVO TELESCÓPICO	3	64.080	44.050	197.120	98.560	256.260	157.700	315.390	216.830
21 04 148	8	PSEUDOARTROSIS, TRAT. QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA) MUSLO	3	72.990	50.180	220.540	110.270	286.700	176.430	352.860	242.590
21 04 149	5	RUPTURA Y/O HERNIA MUSCULAR, TRAT. QUIR. MUSLO	2	54.300	37.330	144.030	72.010	187.240	115.220	230.450	158.430
21 04 150	6	ARTROTOMÍA POR CUERPOS LIBRES, OSTEOCONDritis RODILLA (PROC. AUT)	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 151	10	DESARTICULACIÓN RODILLA	2	65.760	45.210	148.560	74.280	193.130	118.850	237.700	163.420
21 04 152	6	DISFUNCIÓN PATELO-FEMORAL, REALINEAMIENTO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	65.950	45.340	167.900	83.950	218.270	134.320	268.640	184.690
21 04 153	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE RODILLA, (CUALQUIER TÉCNICA)	3	128.340	88.230	371.470	185.730	482.910	297.170	594.350	408.610

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 204	10	RECAMBIO PRÓTESIS DE RODILLA. INCLUYE PRÓTESIS	3	135.820	93.370	1.239.610	619.800	1.611.490	991.680	1.983.380	1.363.570
21 04 154	6	FRACTURA RÓTULA: OSTEOSÍNTESIS O PATELECTOMÍA PARC. O TOTAL	2	54.210	37.270	143.670	71.830	186.770	114.930	229.870	158.030
21 04 155	7	FRACTURAS CONDÍLEAS O DE PLATILLOS TIBIALES, REDUCCIÓN, OSTEOSÍNTESIS (CUALQUIER TÉCNICA)	2	69.600	47.850	160.780	80.390	209.010	128.620	257.250	176.860
21 04 156	7	INESTABILIDAD CRÓNICA DE RODILLA, RECONSTRUCCIÓN CÁPSULOLIGAMENTOSA (CUALQUIER TÉCNICA)	3	92.850	63.830	227.900	113.950	296.270	182.320	364.640	250.690
21 04 157	6	LUXACIÓN O ROTURA LIGAMENTOS, TRAT. QUIR. CÁPSULO-LIGAMENTOSO	2	53.280	36.630	141.570	70.780	184.040	113.250	226.510	155.720
21 04 158	6	MENISCECTOMÍA QUIRÚRGICA, INTERNA Y/O EXTERNA	2	53.280	36.630	141.570	70.780	184.040	113.250	226.510	155.720
21 04 159	6	MENISCECTOMÍA U OTRAS INTERVENCIONES POR VÍA ARTROSCÓPICA (INCLUYE ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA)	2	92.850	63.830	227.900	113.950	296.270	182.320	364.640	250.690
21 04 160	4	QUISTE POPLÍTEO, TRAT. QUIR.	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
21 04 161	6	RECONSTRUCCIÓN APARATO EXTENSOR DE RODILLA	2	56.380	38.760	149.820	74.910	194.770	119.860	239.710	164.800
21 04 162	6	REPARACIÓN QUIRÚRGICA LIGAMENTOS COLATERALES Y/O CRUZADOS DE RODILLA	3	67.660	46.510	208.100	104.050	270.530	166.480	332.960	228.910
21 04 163	6	TRASLOCACIONES MÚSCULO-TENDINOSAS EN RODILLA PARALÍTICA O ESPÁSTICA	3	64.080	44.050	197.120	98.560	256.260	157.700	315.390	216.830
21 04 164	8	AMPUTACIÓN PIERNA	2	67.820	46.620	148.640	74.320	193.230	118.910	237.820	163.500
21 04 165	8	COLGAJO CRUZADO DE PIERNA, TRAT. QUIR. COMPLETO	2	85.550	58.810	179.740	89.870	233.660	143.790	287.580	197.710
21 04 166	5	FASCIOTOMÍA POR SÍNDROME COMPARTAMENTAL	2	52.910	36.370	140.290	70.140	182.380	112.230	224.460	154.310
21 04 167	6	OSTEOSÍNTESIS TIBIO-PERONÉ (CUALQUIER TÉCNICA)	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 168	6	OSTEOTOMÍA CORRECTORA DE EJES (CUALQUIER TÉCNICA) PIERNA	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
21 04 169	9	OSTEOTOMÍA DE ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO CON OSTEOSÍNTESIS INMEDIATA O DISTRACCIÓN INSTRUMENTAL PROGRESIVA PIERNA	2	92.850	63.830	195.110	97.550	253.640	156.080	312.180	214.620
21 04 170	5	OSTEOTOMÍA DEL PERONÉ	2	51.310	35.270	117.390	58.690	152.610	93.910	187.820	129.120
21 04 171	7	PERONÉ PROTIBIA	2	64.080	44.050	140.450	70.220	182.590	112.360	224.720	154.490
21 04 172	6	PSEUDOARTROSIS, C/S OSTEOSÍNTESIS (CUALQUIER TÉCNICA) PIERNA	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
21 04 173	9	DESARTICULACIÓN TOBILLO	2	62.460	42.940	132.480	66.240	172.220	105.980	211.970	145.730

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 174	10	ENDOPRÓTESIS TOTAL TOBILLO, (CUALQUIER TÉCNICA)	2	98.020	67.390	225.350	112.670	292.960	180.280	360.560	247.880
21 04 175	6	ESGUINCE GRAVE DE TOBILLO, TRAT. QUIR. CÁPSULO-LIGAMENTOSO	2	55.710	38.300	147.740	73.870	192.060	118.190	236.380	162.510
21 04 176	7	FRACTURA ASTRÁGALO Y/O CALCÁNEO, OSTEOSÍNTESIS (CUALQ. TÉCN.)	2	69.600	47.850	147.610	73.800	191.890	118.080	236.180	162.370
21 04 177	5	HUESOS SUPERNUMERARIOS, EXTIRPACIÓN, UNO O MÁS, UNILATERAL	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
21 04 178	6	LUXACIÓN TIBIO-ASTRÁG.-CALCÁN., REDUCC. CRUENTA Y OSTEOSÍNT.	2	54.960	37.780	146.040	73.020	189.850	116.830	233.660	160.640
21 04 179	7	LUXOFRACTURA TOBILLO, CUALQUIER TIPO, OSTEOSÍNTESIS Y REPARACIÓN CÁPSULO-LIGAMENTOSA	2	69.600	47.850	177.110	88.550	230.240	141.680	283.380	194.820
21 04 180	7	OSTEOPLASTÍA TIBIO-CALCÁNEA	2	65.950	45.340	139.940	69.970	181.920	111.950	223.900	153.930
21 04 181	6	RUPTURA TENDÓN DE AQUILES O TIBIAL POSTERIOR, TENORRAFIA PRIMARIA Y/O TRANSPOSICIONES TENDINOSAS	2	65.760	45.210	139.500	69.750	181.350	111.600	223.200	153.450
21 04 182	6	RUPTURA TIBIAL ANTERIOR U OTROS, TENORRAFIA	2	54.210	37.270	143.670	71.830	186.770	114.930	229.870	158.030
21 04 183	5	TENORRAFIA EXTENSORES O TENOTOMÍA DE ALARGAMIENTO DE TENDÓN DE AQUILES	2	56.380	38.760	149.820	74.910	194.770	119.860	239.710	164.800
21 04 184	6	TRASLOCACIÓN TENDINOSA TOBILLO PIE	2	56.380	38.760	149.820	74.910	194.770	119.860	239.710	164.800
21 04 185	7	AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA	2	65.950	45.340	139.940	69.970	181.920	111.950	223.900	153.930
21 04 186	6	ASTRÁGALO VERTICAL, TRAT. QUIR.	2	67.820	46.620	153.270	76.630	199.250	122.610	245.230	168.590
21 04 187	5	ESPOLÓN CALCÁNEO, TRAT. QUIR.	2	51.310	35.270	117.390	58.690	152.610	93.910	187.820	129.120
21 04 188	5	EXOSTOSIS 5° METATARSIANO, (JUANETILLO) TRAT. QUIR.	2	55.710	38.300	127.440	63.720	165.670	101.950	203.900	140.180
21 04 189	5	FASCIOTOMÍA PLANTAR (PROC. AUT.)	2	51.310	35.270	136.070	68.030	176.890	108.850	217.710	149.670
21 04 190	5	HALLUX VALGUS O RÍGIDUS, TRAT.QUIR. COMPLETO (CUALQUIER TÉC.)	2	56.380	38.760	149.820	74.910	194.770	119.860	239.710	164.800
21 04 191	6	LUXACIONES, LUXOFRACTURAS, FRACTURAS, REDUCCIÓN CRUENTA PIE	2	54.800	37.670	145.700	72.850	189.410	116.560	233.120	160.270
21 04 192	6	MAL PERFORANTE PLANTAR, TRAT. QUIR.	2	53.420	36.720	142.020	71.010	184.630	113.620	227.230	156.220
21 04 193	5	NEUROMA DE MORTON, TRAT. QUIR.	2	54.210	37.270	123.940	61.970	161.120	99.150	198.300	136.330
21 04 194	5	ORTEJOS EN GARRA, TRAT. QUIR., CUALQ. NÚMERO (CUALQ. TÉCNICA)	2	55.710	38.300	127.440	63.720	165.670	101.950	203.900	140.180
21 04 195	5	ORTEJOS, AMPUTACIÓN, UNO O MÁS, UNILATERAL	2	52.820	36.310	120.830	60.410	157.080	96.660	193.330	132.910

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 04 196	6	PIE BOT U OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS, TRAT. QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA)	2	65.760	45.210	148.560	74.280	193.130	118.850	237.700	163.420
21 04 197	5	PIE CAVO, TRAT.QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA)	2	51.920	35.690	138.010	69.000	179.410	110.400	220.820	151.810
21 04 198	5	PIE PLANO, TRAT. QUIR. (CUALQUIER TÉCNICA)	2	53.280	36.630	141.570	70.780	184.040	113.250	226.510	155.720
21 04 199	6	PIE REUMATOIDEO, TRAT.QUIR.COMPLETO (CUALQUIER TÉCNICA)	2	65.140	44.780	142.620	71.310	185.410	114.100	228.190	156.880
21 04 200	5	SESAMOÍDEOS, EXTIRPACIÓN DE UNO O MÁS, UNILATERAL	2	52.640	36.190	134.140	67.070	174.380	107.310	214.620	147.550
21 04 201	5	TENORRAFIA EXTENSORES PIE	2	52.640	36.190	139.600	69.800	181.480	111.680	223.360	153.560
21 04 202	6	TRASPLANTES TENDINOSOS PIE (CUALQUIER TÉCNICA)	2	56.380	38.760	149.820	74.910	194.770	119.860	239.710	164.800
21 05 001		CALZÓN CORTO DE YESO				21.460	10.730	27.900	17.170	34.340	23.610
21 05 004		RODILLERA, BOTA LARGA O CORTA DE YESO				17.150	8.570	22.300	13.720	27.440	18.860
21 05 005		VELPEAU				17.150	8.570	22.300	13.720	27.440	18.860
21 05 006		YESO ANTEBRAQUIAL C/S FÉRULA DIGITAL				17.150	8.570	22.300	13.720	27.440	18.860
21 05 007		YESO BRAQUICARPIANO				17.150	8.570	22.300	13.720	27.440	18.860
21 05 008		YESO PELVIPEDIO BILATERAL				41.390	20.690	53.810	33.110	66.220	45.520
21 05 009		YESO PELVIPEDIO UNILATERAL				32.600	16.300	42.380	26.080	52.160	35.860
21 05 010		YESO TORACOBRAQUIAL				30.030	15.010	39.040	24.020	48.050	33.030
		CORSETS									
21 05 011		CORSETS DE MILWAUKEE O SIMILARES (INCLUYE LA TOMA DE MOLDE)				35.310	17.650	45.900	28.240	56.500	38.840
21 06 001	9	** RETIRO DE ENDOPRÓTESIS U OSTEOSÍNTESIS INTERNAS ARTICULARES O DE COLUMNA VERTEBRAL	2	67.820	46.620	143.900	71.950	187.070	115.120	230.240	158.290

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
21 06 002	5	** RETIRO DE PLACAS RECTAS O ANGULADAS	2			147.580	73.790	191.850	118.060	236.130	162.340
21 06 003	5	RETIRO DE TORNILLOS, CLAVOS, AGUJAS DE OSTEOSÍNTESIS O SIMILARES	1			56.060	28.030	72.880	44.850	89.700	61.670
21 07 001	3	LUXACIONES DE ARTICULACIONES MEDIANAS (HOMBRO, CODO, RODILLA, TOBILLO, MUÑECA, TARSO Y ESTERNOCLAVICULAR)	1			65.160	32.580	84.710	52.130	104.260	71.680
21 07 002	4	LUXACIONES DE ARTICULACIONES MAYORES (COLUMNA, CADERA, PELVIS)	1			85.010	42.500	110.510	68.000	136.020	93.510
21 07 003	3	** LUXACIONES DE ARTICULACIONES MENORES (EL RESTO)	1			29.500	14.750	38.350	23.600	47.200	32.450
21 07 004	4	FRACTURAS MAYORES (COLUMNA, PELVIS, SUPRACONDÍLEA, CODO, EPÍFISIS FEMORALES)	1			115.670	57.830	150.370	92.530	185.070	127.230
21 07 005	3	FRACTURAS MEDIANAS (DIÁFISIS HUMERAL, RADIAL, CUBITAL, DIÁFISIS FEMORAL, TIBIAL, PERONEAL, CLAVICULAR, PLATILLOS TIBIALES)	1			95.640	47.820	124.330	76.510	153.020	105.200
21 07 006	3	FRACTURAS MENORES (EL RESTO)	1			46.580	23.290	60.550	37.260	74.530	51.240
21 07 010	4	PIE BOT, UNILATERAL, HASTA 10 CAMBIOS DE YESO	1			76.590	38.290	99.570	61.270	122.540	84.240

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
22 01 001	ANESTESIA GENERAL O REGIONAL OTORGADA POR MÉDICO DIFERENTE AL PRIMER CIRUJANO (EN INTERVENCIONES O PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS O TERAPÉUTICOS)	36.920	18.460	48.000	29.540	59.070	40.610
22 01 002	ANESTESIA PERIDURAL CONTINUA, PROC. AUT.	44.450	22.220	57.790	35.560	71.120	48.890
23 01 001	ENMASCARADOR DE TINNITUS	126.470	63.230				
23 01 002	ORTESIS CERVICALES (COLLARES BLANDOS Y DUROS)	14.080	7.040				
23 01 003	PRÓTESIS DE OREJA, NARIZ, C/U	72.410	36.200				
23 01 004	PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE MAXILAR SUPERIOR O MAXILAR INFERIOR, C/U	100.150	50.070				
23 01 005	PRÓTESIS OCULAR (NO INCLUYE LENTES INTRAOCULARES)	129.810	64.900				
23 01 006	PRÓTESIS PARA CRANEOPLASTIA	72.410	36.200				
23 01 007	VÁLVULAS DERIVATIVAS L.C.R C/S MECANISMO DE REGULACIÓN	211.820	105.910				
23 01 069	PRÓTESIS CÁNULA PARA TRAQUEOTOMÍA	13.710	6.850				
23 01 070	PRÓTESIS PARA LARINGECTOMÍA	25.980	12.990				
23 01 080	LENTE INTRAOCULAR.	128.370	64.180				
23 01 071	LENTES ÓPTICOS O DE CONTACTO(SÓLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS)	24.260	12.130				
23 01 081	AUDÍFONOS (SÓLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS)	181.710	90.850				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
23 01 008	BRAGUERO (HERNIA UMBILICAL O INGUINAL)	8.080	4.040				
23 01 010	CABLES ELECTRODOS	40.250	20.120				
23 01 011	FAJA ORTOPÉDICA (CONTENCIÓN DE ABDOMEN O COLUMNA DORSOLUMBAR)	12.970	6.480				
23 01 012	MARCAPASO	663.990	331.990				
23 01 013	PRÓTESIS ABDOMINAL (ENDOPRÓTESIS EVENTRACIÓN O HERNIA)	25.980	12.990				
23 01 014	PRÓTESIS MAMARIA C/U (ENDOPRÓTESIS)	92.700	46.350				
23 01 015	PRÓTESIS TESTICULAR O PENEAL, C/U	40.250	20.120				
23 01 016	PRÓTESIS ARTERIALES, O VASCULARES, STENT (ENDOPRÓTESIS)	108.720	54.360				
23 01 017	VÁLVULA AÓRTICA	411.890	205.940				
23 01 018	VÁLVULA MITRAL	490.370	245.180				
23 01 019	VÁLVULA TRICÚSPIDE	411.890	205.940				
23 01 073	DISPOSITIVO PARA MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA	49.990	24.990				
23 01 074	SENSOR (PARA MONITOREO DE GLUCOSA)	32.490	16.240				
23 01 020	ORTESIS MUSLO-PIE O ISQUIOPEDIO	45.640	22.820				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
23 01 021	ARNÉS DE PRÓTESIS (EXTREMIDAD SUPERIOR)	6.880	3.440				
23 01 022	BASTÓN CANADIENSE O TRÍPODE, C/U	13.300	6.650				
23 01 023	CAVIDAD PARA AMPUTADO DE MUSLO	28.200	14.100				
23 01 024	RODILLERA	3.800	1.900				
23 01 025	CASQUETE DE GOMA O SIMILAR	11.440	5.720				
23 01 026	CINTURÓN PARA PRÓTESIS	9.220	4.610				
23 01 027	CINTURÓN PÉLVICO DOBLE	53.220	26.610				
23 01 028	CLAVOS USO DISTAL O PROXIMAL (POR UNIDAD); PERNOS (POR UNIDAD)	10.920	5.460				
23 01 029	COJÍN DE ABDUCCIÓN O PAULIK	6.880	3.440				
23 01 030	CORREA DE ORTESIS	6.030	3.010				
23 01 031	CORREA DE MULEY (PRÓTESIS BAJO RODILLA)	6.710	3.350				
23 01 032	ORTESIS DE COLUMNA (MILWAUKEE, TAYLOR O SIMILARES)	87.110	43.550				
23 01 033	ORTESIS LUMBOSACRA (CORSET DE KNIGHT)	33.430	16.710				
23 01 034	ORTESIS PALMAR ACTIVA (UCLA)	10.060	5.030				
23 01 035	ORTESIS RADIAL DE POSICIÓN	10.310	5.150				
23 01 036	ORTESIS CORTA DE POSICIÓN (DIGITALES) C/U	6.470	3.230				
23 01 037	ORTESIS DE USO NOCTURNO DE MIEMBRO INFERIOR	19.020	9.510				
23 01 038	ORTESIS LARGA DE POSICIÓN (EXTREMIDAD SUPERIOR)	9.330	4.660				
23 01 039	INSTRUMENTAL PARA FIJACIÓN DE COLUMNA (HARRINGTON O SIMILARES)	56.320	28.160				
23 01 040	MULETAS (PAR)	11.440	5.720				
23 01 041	ORTESIS LARGA BILATERAL CON CINTURÓN PÉLVICO (EXTREMIDADES INFERIORES)	100.760	50.380				
23 01 042	ORTESIS LARGA UNILATERAL (EXTREMIDAD INFERIOR)	72.410	36.200				
23 01 043	ORTESIS MANO-MUÑECA PASIVA	3.900	1.950				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
23 01 044	ORTESIS PARA RODILLA	29.700	14.850				
23 01 045	ORTESIS TOBILLO-PIE	38.030	19.010				
23 01 046	P.T.B. O P.T.S.	259.470	129.730				
23 01 047	PIE PROTÉSICO	33.430	16.710				
23 01 048	PILÓN REDUCCIÓN MUSLO	103.780	51.890				
23 01 049	PILÓN REDUCCIÓN PIERNA	37.070	18.530				
23 01 050	PLACAS DE COMPRESIÓN BLOQUEANTE O DE FIJACIÓN (POR UNIDAD); CABLES PARA PLACAS Y TORNILLOS	7.280	3.640				
23 01 051	PRÓTESIS BAJO CODO CON GANCHO, MANO Y GUANTE	222.440	111.220				
23 01 052	PRÓTESIS BAJO RODILLA, CON CORSELETE	190.110	95.050				
23 01 053	PRÓTESIS DE CODO	141.240	70.620				
23 01 054	PRÓTESIS DE MANO	196.120	98.060				
23 01 055	PRÓTESIS DE RODILLA	281.660	140.830				
23 01 056	PRÓTESIS DESARTICULADO RODILLA	185.330	92.660				
23 01 057	PRÓTESIS DESARTICULADO DE CADERA CON BLOQUEO	370.690	185.340				
23 01 058	PRÓTESIS DESARTICULADO DE CODO CON GANCHO, MANO Y GUANTE	296.600	148.300				
23 01 059	PRÓTESIS DESARTICULADO DE HOMBRO CON GANCHO, MANO Y GUANTE	313.880	156.940				
23 01 060	PRÓTESIS PARCIAL DE CADERAS	60.340	30.170				
23 01 061	PRÓTESIS PARA AMPUTACIÓN PARCIAL DE PIE (CHOPART - PIROGOFF- LISFRANC Y RICARD)	185.330	92.660				
23 01 062	PRÓTESIS SOBRE RODILLA C/S BLOQUEO	190.110	95.050				
23 01 063	PRÓTESIS SOBRE RODILLA CON RODILLA DE SEGURIDAD	251.920	125.960				
23 01 064	PRÓTESIS TIPO SYME	105.970	52.980				
23 01 065	PRÓTESIS TOTAL DE CADERAS	100.630	50.310				
23 01 072	PLANTILLAS ORTOPÉDICAS (PAR)	12.140	6.070				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
23 01 067	TALONERA GOMA (PAR)	18.550	9.270				
23 01 068	TORNILLOS (POR UNIDAD)	2.050	1.020				
24 01 001	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA ANTOFAGASTA O VICEVERSA	3.710	1.850				
24 01 002	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	5.550	2.770				
24 01 003	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	7.760	3.880				
24 01 004	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	8.220	4.110				
24 01 005	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	3.710	1.850				
24 01 006	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	5.550	2.770				
24 01 007	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	5.550	2.770				
24 01 008	TRASLADO DESDE III REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	1.880	940				
24 01 009	TRASLADO DESDE III REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	3.710	1.850				
24 01 010	TRASLADO DESDE IV REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	2.720	1.360				
24 01 011	TRASLADO DESDE IV REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	2.580	1.290				
24 01 012	TRASLADO DESDE IX REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	1.880	940				
24 01 013	TRASLADO DESDE IX REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	3.710	1.850				
24 01 014	TRASLADO DESDE V REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	890	440				
24 01 015	TRASLADO DESDE VI REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	890	440				
24 01 016	TRASLADO DESDE VI REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	890	440				
24 01 017	TRASLADO DESDE VII REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	1.460	730				
24 01 018	TRASLADO DESDE VII REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	1.680	840				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
24 01 019	TRASLADO DESDE VIII REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	3.350	1.670				
24 01 020	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	2.580	1.290				
24 01 021	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	5.550	2.770				
24 01 022	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA TEMUCO O VICEVERSA	1.880	940				
24 01 023	TRASLADOS INTERURBANOS DENTRO DE UNA MISMA REGIÓN	940	470				
24 01 024	TRASLADO DESDE I REGIÓN HASTA ANTOFAGASTA O VICEVERSA	18.550	9.270				
24 01 025	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	16.680	8.340				
24 01 026	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	25.980	12.990				
24 01 027	TRASLADO DESDE II REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	25.980	12.990				
24 01 028	TRASLADO DESDE III REGIÓN HASTA LA SERENA O VICEVERSA	12.970	6.480				
24 01 029	TRASLADO DESDE III REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	18.550	9.270				
24 01 030	TRASLADO DESDE IV REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	13.710	6.850				
24 01 031	TRASLADO DESDE IV REGIÓN HASTA VALPARAÍSO O VICEVERSA	12.970	6.480				
24 01 032	TRASLADO DESDE IX REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	9.760	4.880				
24 01 033	TRASLADO DESDE IX REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	16.680	8.340				
24 01 034	TRASLADO DESDE V REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	7.100	3.550				
24 01 035	TRASLADO DESDE VI REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	6.710	3.350				
24 01 036	TRASLADO DESDE VII REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	7.890	3.940				
24 01 037	TRASLADO DESDE VII REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	7.450	3.720				
24 01 038	TRASLADO DESDE VIII REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	12.970	6.480				
24 01 039	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA CONCEPCIÓN O VICEVERSA	11.150	5.570				
24 01 040	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA SANTIAGO O VICEVERSA	25.980	12.990				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
24 01 041	TRASLADO DESDE X REGIÓN HASTA TEMUCO O VICEVERSA	7.450	3.720				
24 01 042	TRASLADO INTERURBANO DENTRO DE UNA MISMA REGIÓN	6.030	3.010				
24 01 061	RESCATE SIMPLE Y/O TRASLADO	5.290	2.640				
24 01 062	RESCATE PROFESIONALIZADO Y/O TRASLADO PACIENTE COMPLEJO	7.250	3.620				
24 01 063	RESCATE MEDICALIZADO Y/O TRASLADO PACIENTE CRÍTICO	9.570	4.780				
24 01 043	TRASLADO DENTRO DE LA XI Y XII REGIÓN	12.970	6.480				
24 01 044	TRASLADO DESDE ISLA DE PASCUA A SANTIAGO O VICEVERSA	22.250	11.120				
24 01 045	TRASLADOS DESDE I REGIÓN A ANTOFAGASTA O VICEVERSA	12.970	6.480				
24 01 046	TRASLADOS DESDE I REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	35.370	17.680				
24 01 047	TRASLADOS DESDE II REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	25.980	12.990				
24 01 048	TRASLADOS DESDE III REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	18.550	9.270				
24 01 049	TRASLADOS DESDE IV REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	17.680	8.840				
24 01 050	TRASLADOS DESDE IX REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	19.620	9.810				
24 01 051	TRASLADOS DESDE VIII REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	16.680	8.340				
24 01 052	TRASLADOS DESDE X REGIÓN A CONCEPCIÓN O VICEVERSA	16.680	8.340				
24 01 053	TRASLADOS DESDE X REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	25.980	12.990				
24 01 054	TRASLADOS DESDE XI REGIÓN A CONCEPCIÓN O VICEVERSA	22.250	11.120				
24 01 055	TRASLADOS DESDE XI REGIÓN A PUERTO MONTT O VICEVERSA	13.300	6.650				
24 01 056	TRASLADOS DESDE XI REGIÓN A PUNTA ARENAS O VICEVERSA	12.970	6.480				
24 01 057	TRASLADOS DESDE XI REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	33.430	16.710				
24 01 058	TRASLADOS DESDE XII REGIÓN A CONCEPCIÓN O VICEVERSA	25.980	12.990				
24 01 059	TRASLADOS DESDE XII REGIÓN A PUERTO MONTT O VICEVERSA	16.680	8.340				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
24 01 060	TRASLADOS DESDE XII REGIÓN A SANTIAGO O VICEVERSA	39.240	19.620				
24 01 070	TRASLADOS EN HELICÓPTERO	19.350	9.670				
25 01 001	COLELITIASIS	1.769.710	884.850				
25 01 002	APENDICITIS	1.136.060	710.040				
25 01 003	PERITONITIS	1.431.900	859.140				
25 01 004	HERNIA ABDOMINAL SIMPLE	854.240	427.120				
25 01 005	HERNIA ABDOMINAL COMPLICADA	1.329.550	664.770				
25 01 009	PARTO (INCLUYE TAMIZAJE AUDITIVO RECIÉN NACIDO)	1.351.070	337.770				
25 01 010	EMBARAZO ECTÓPICO	831.760	415.880				
25 01 014	ENFERMEDAD CRÓNICA DE LAS AMÍGDALAS	659.460	329.730				
25 01 015	VEGETACIONES ADENOIDES	566.530	283.260				
25 01 016	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA	1.375.170	687.580				
25 01 017	FIMOSIS	569.980	284.990				
25 01 018	CRIPTORQUIDIA	921.140	460.570				
25 01 019	ICTERICIA DEL RECIÉN NACIDO	164.300	98.580				
25 01 021	CATARATAS (NO INCLUYE LENTE INTRAOCULAR)	1.057.130	528.560				
25 01 026	PROLAPSO VAGINAL ANTERIOR Y/O POSTERIOR	1.305.470	652.730				
25 01 027	TUMORES Y/O QUISTES INTRACRANEANOS	4.118.440	3.377.120				
25 01 030	HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO (CERVICAL, DORSAL, LUMBAR)	2.152.430	1.076.210				
25 01 067	REPARACIÓN PRENATAL DE ESPINA BÍFIDA	8.548.930	4.274.460				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
25 01 031	ACCESO VASCULAR SIMPLE (MEDIANTE FAV) PARA HEMODIÁLISIS	603.210	301.600				
25 01 032	ACCESO VASCULAR COMPLEJO (MEDIANTE FAV) PARA HEMODIÁLISIS	904.800	452.400				
25 01 033	QUERATECTOMIA FOTORREFRACTIVA O QUERATOMILEUSIS FOTORREFRACTIVA (LASIK O PRK)	1.002.330	501.160				
25 01 034	HISTERECTOMÍA	1.464.200	732.100				
25 01 035	MENISECTOMÍA	1.331.210	665.600				
25 01 036	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	1.441.780	720.890				
25 01 037	SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO	994.030	497.010				
25 01 237	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO (TÉCNICA WALANT)	618.950	309.470				
25 01 038	RUPTURA MANGUITO ROTADOR	3.525.380	1.762.690				
25 01 039	OSTEOSÍNTESIS TIBIO-PERONÉ	2.570.760	1.285.380				
25 01 040	OSTEOSÍNTESIS MUSLO	3.312.070	1.656.030				
25 01 041	OSTEOSÍNTESIS CÚBITO Y/O RADIO	1.774.700	887.350				
25 01 042	OSTEOSÍNTESIS DIAFISIARIA HUMERO	2.085.800	1.042.900				
25 01 043	INESTABILIDAD DE HOMBRO	3.960.020	1.980.010				
25 01 044	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE HOMBRO	4.327.440	2.163.720				
25 01 045	CONTRACTURA DUPUYTREN	975.320	487.660				
25 01 046	HALLUX VALGUS	1.153.240	576.620				
25 01 047	INESTABILIDAD DE RODILLA	3.495.920	1.747.960				
25 01 048	DEDOS EN GATILLO	627.070	313.530				
25 01 248	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEDOS EN GATILLO (TÉCNICA WALANT)	456.570	228.280				
25 01 049	TUMORES O QUISTES TENDINO-MUSCULARES	980.630	490.310				
25 01 050	QUISTES SINOVIALES	488.420	244.210				
25 01 054	LUXOFRACTURA CERRADA DE TOBILLO CON OSTEOSÍNTESIS	3.296.970	1.648.480				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
25 01 055	FRACTURA DE CLAVÍCULA CON OSTEOSÍNTESIS	1.974.770	987.380				
25 01 056	RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE MAYOR COMPLEJIDAD	1.905.040	952.520				
25 01 057	RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE MENOR COMPLEJIDAD	1.064.100	532.050				
25 01 051	TIROIDECTOMÍA TOTAL	1.653.850	826.920				
25 01 052	TIROIDECTOMÍA SUBTOTAL	1.276.660	638.330				
25 01 053	HIDROCELE Y/O HEMATOCELE	683.870	341.930				
25 01 058	CIRUGÍA BARIÁTRICA POR BY PASS GÁSTRICO, INCLUYE SEGUIMIENTO	5.464.620	2.732.310				
25 01 059	CIRUGÍA BARIÁTRICA POR MANGA GÁSTRICA, INCLUYE SEGUIMIENTO	4.893.740	2.446.870				
25 01 060	PROLAPSO RECTAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VÍA ABDOMINAL	1.801.100	900.550				
25 01 061	PROLAPSO RECTAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VÍA RECTAL	979.560	489.780				
25 01 062	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA	2.159.700	1.079.850				
25 01 063	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ESTRABISMO MAYORES DE 9 AÑOS	968.800	484.400				
25 01 064	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO OTITIS SEROSA MUCOSITIS TIMPÁNICA MIXIOSIS TIMPÁNICA	700.230	350.110				
25 01 065	IMPLANTACIÓN DE ESTIMULADOR CEREBRAL PROFUNDO PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (INCLUYE EL DISPOSITIVO)	29.878.620	14.939.310				
25 02 002	HEMORROIDES	560.850	280.420				
25 02 003	VÁRICES	744.120	372.060				
25 02 004	VARICOCELE	771.850	385.920				
25 02 005	CHALAZIÓN	202.590	101.290				
25 02 006	GLAUCOMA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	837.510	418.750				
25 02 007	PTERIGIÓN	379.930	189.960				
25 02 008	ESTUDIO APNEA DEL SUEÑO	355.980	177.990				
25 02 009	TRATAMIENTO FERTILIZACIÓN ASISTIDA BAJA COMPLEJIDAD EN HOMBRE	94.320	56.590				
25 02 010	TRATAMIENTO FERTILIZACIÓN ASISTIDA BAJA COMPLEJIDAD EN MUJER	317.530	190.520				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
25 02 011	INDUCCIÓN DE LA OVULACIÓN	2.031.260	1.015.630				
25 02 012	ASPIRACIÓN FOLICULAR	453.060	226.530				
25 02 013	LABORATORIO FIV/ICSI	614.810	307.400				
25 02 014	TRANSFERENCIA EN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD	258.850	129.420				
25 02 015	SOPORTE POST TRANSFERENCIA EN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD	84.980	42.490				
25 02 016	CRIOPRESERVACIÓN EN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD	147.500	73.750				
25 02 017	PREPARACIÓN ENDOMETRIAL	326.650	163.320				
25 02 018	DESCONGELACIÓN EN TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA DE ALTA COMPLEJIDAD	197.730	98.860				
25 02 020	CLÍNICA DE LACTANCIA (0 A 6 MESES DE EDAD)	48.190	24.090				
25 02 021	MAL NUTRICIÓN INFANTIL (7 A 72 MESES DE EDAD)	52.160	26.080				
25 02 022	VASECTOMÍA	804.950	402.470				
25 02 024	CROSSLINKING CORNEAL	2.533.450	1.266.720				
25 02 025	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA COMPLEMENTARIA PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA HASTA LOS 18 AÑOS	105.140	52.570				
25 02 026	TRATAMIENTO PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA HASTA LOS 5 AÑOS	65.840	32.920				
25 02 027	TRATAMIENTO PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA DE 6 A 12 AÑOS	66.490	33.240				
25 02 028	TRATAMIENTO PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA DE 13 HASTA 18 AÑOS	63.520	31.760				
25 02 029	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA BÁSICA PACIENTE AGUDO. ADULTO Y PEDIÁTRICO	95.560	47.780				
25 02 030	TEST DE LEVODOPA	832.120	416.060				
25 03 001	DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y OBTURACIÓN PARA UN DIENTE	93.260	55.960				
25 03 002	OBTURACIÓN 2 HASTA 4 DIENTES (TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO)	87.540	52.520				
25 03 003	OBTURACIÓN 5 Y MÁS DIENTES (TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO)	131.310	78.790				
25 03 004	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA UNIRADICULAR, UN DIENTE	125.820	75.490				
25 03 005	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA BIRADICULAR, UN DIENTE	157.750	94.650				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
25 03 006	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA MULTIRADICULAR, UN DIENTE	173.700	104.220				
25 03 007	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO	322.470	161.230				
25 04 103	ANGIOGRAFÍA DIAGNOSTICA CEREBRAL	1.334.940	667.470				
25 05 456	TROMBOLISIS DE URGENCIA INFARTO CEREBRAL	1.832.570	916.280				
25 05 936	ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE STENT EN ARTERIA CAROTIDEA	8.704.280	4.352.140				
25 05 937	ENDARTERECTOMÍA CAROTIDEA	3.845.660	1.922.830				
25 05 939	TROMBECTOMÍA MECÁNICA INFARTO CEREBRAL	18.070.290	9.035.140				
25 05 940	EMBOLIZACIONES DE MALFORMACIONES VASCULARES NO ROTAS (EXCEPTÚA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA)	13.300.900	6.650.450				
25 05 941	TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL NO ROTO	17.116.290	8.558.140				
25 05 942	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA CON IMPLANTE (1º TIEMPO QUIRÚRGICO, COLOCACIÓN EXPANSOR)	2.858.270	1.429.130				
25 05 943	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA CON IMPLANTE (1º TIEMPO QUIRÚRGICO, COLOCACIÓN EXPANSOR)	3.019.360	1.509.680				
25 05 944	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON IMPLANTE (2º TIEMPO QUIRÚRGICO)	2.740.140	1.370.070				
25 05 945	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA CON IMPLANTE (2º TIEMPO QUIRÚRGICO, CAMBIO EXPANSOR A PRÓTESIS DEFINITIVA)	2.685.290	1.342.640				
25 05 946	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO TRAM O COLGAJO MICROQUIRÚRGICO DIEP O SUS VARIANTES	4.386.210	2.193.100				
25 05 947	RECONSTRUCCIÓN MAMARIA COMPLEJO AREOLA Y/O PEZÓN (PROCEDIMIENTOS AUTÓNOMOS)	942.550	471.270				
26 01 001	ATENCIONES INTEGRALES DE ENFERMERÍA EN CENTRO ADULTO MAYOR (3 SESIONES DE 45')(SOLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS)	25.160	12.580				
26 01 002	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO (ATENCIÓN MÍNIMA DE 45')(SOLO PARA MAYORES DE 55 AÑOS)	16.740	8.370				
26 01 003	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES POSTRADOS, TERMINALES POST OPERADOS	17.210	8.600				
26 01 004	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES OSTOMIZADOS	17.350	8.670				
26 01 005	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES QUE REQUIEREN INSTALACIÓN Y/O RETIRO DE CATÉTER O Sonda	17.350	8.670				

CÓDIGO PRESTC	DENOMINACIÓN	NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
		TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
26 02 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA	26.960	13.480				
26 08 201	TELECONSULTA: ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA	22.910	11.450				
26 03 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE MATRONERÍA EN SALUD OBSTÉTRICA Y PERINATAL	10.750	5.370				
26 03 002	ATENCIÓN INTEGRAL DE MATRONERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	10.750	5.370				
26 09 001	ATENCIÓN INTEGRAL DE ACUPUNTURA POR PROFESIONAL DE LA SALUD (POR SESIÓN)	6.720	3.360	8.740	5.380	10.750	7.390
26 09 002	ATENCIÓN INTEGRAL DE ACUPUNTURA POR TÉCNICO DE PROFESIONES AUXILIARES DE SALUD (POR SESIÓN)	6.720	3.360				
28 02 201	PAE CLASE 201	45.680	18.270				
28 02 202	PAE CLASE 202	148.970	59.590				
28 02 203	PAE CLASE 203	273.170	109.270				
28 02 204	PAE CLASE 204	414.760	165.900				
28 02 205	PAE CLASE 205	525.510	210.200				
28 02 301	PAE CLASE 301	824.670	247.400				
28 02 302	PAE CLASE 302	1.123.830	337.150				
28 02 303	PAE CLASE 303	1.560.270	468.080				
28 02 304	PAE CLASE 304	1.887.080	566.120				
28 02 305	PAE CLASE 305	2.317.810	695.340				
28 02 401	PAE CLASE 401	3.040.740	760.180				

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 01 001		TRATAMIENTO INTEGRAL DE BRAQUITERAPIA ENDOCAVITARIA O INTERSTICIAL (POR SESIÓN)				1.062.180	531.090				
29 01 002		TRATAMIENTO INTEGRAL DE BRAQUITERAPIA DE IMPLANTE PERMANENTE, NO INCLUYE IMPLANTE (POR SESIÓN)				1.880.940	940.470				
29 01 003		TRATAMIENTO INTEGRAL BRAQUITERAPIA ALTA O MEDIANA DOSIS, HDR (POR SESIÓN)				1.001.920	500.960				
29 02 001		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA ALTAMENTE COMPLEJA CON LINAC				4.429.570	2.214.780				
29 02 002		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA COMPLEJA CON LINAC				3.745.550	1.872.770				
29 02 003		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA ESTÁNDAR CON LINAC				3.061.540	1.530.770				
29 02 004		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA CONVENCIONAL CON LINAC				2.596.390	1.298.190				
29 02 009		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA ALTAMENTE COMPLEJA CON COBALTO				2.952.090	1.476.040				
29 02 010		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA COMPLEJA CON COBALTO				2.514.330	1.257.160				
29 02 011		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA ESTÁNDAR CON COBALTO				2.076.540	1.038.270				
29 02 012		TRATAMIENTO INTEGRAL DE RADIOTERAPIA CONVENCIONAL CON COBALTO				1.778.850	889.420				
29 04 001		QUIMIOTERAPIA ALTO RIESGO 1 (POR CICLO)				10.519.180	5.259.590	13.674.930	8.415.340	16.830.690	11.571.100
29 04 002		QUIMIOTERAPIA ALTO RIESGO 2 (POR CICLO)				514.000	257.000	668.200	411.200	822.400	565.400
29 04 019		QUIMIOTERAPIA ALTO RIESGO 3 (POR CICLO)				164.690	82.340	214.100	131.750	263.500	181.150
29 04 003		QUIMIOTERAPIA BAJO RIESGO 1 (POR CICLO)				1.955.240	977.620	2.541.810	1.564.190	3.128.380	2.150.760
29 04 004		QUIMIOTERAPIA BAJO RIESGO 2 (POR CICLO)				657.370	328.680	854.580	525.890	1.051.790	723.100
29 04 005		QUIMIOTERAPIA BAJO RIESGO 3 (POR CICLO)				57.260	28.630	74.440	45.810	91.620	62.990
29 04 006		QUIMIOTERAPIA BAJO RIESGO 4 (POR CICLO)				19.110	9.550	24.840	15.280	30.580	21.020
29 04 007		QUIMIOTERAPIA RIESGO INTERMEDIO 1 (POR CICLO)				3.107.300	1.553.650	4.039.490	2.485.840	4.971.680	3.418.030
29 04 008		QUIMIOTERAPIA RIESGO INTERMEDIO 2 (POR CICLO)				1.951.140	975.570	2.536.480	1.560.910	3.121.820	2.146.250
29 04 009		QUIMIOTERAPIA RIESGO INTERMEDIO 3 (POR CICLO)				355.420	177.710	462.050	284.340	568.670	390.960

CÓDIGO PRESTC	COD PAB	DENOMINACIÓN	ANES_NIVEL 3			NIVEL 1		NIVEL 2		NIVEL 3	
			EQ	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF	TOTAL	BENEF
29 04 010		QUIMIOTERAPIA RIESGO INTERMEDIO 4 (POR CICLO)				104.760	52.380	136.190	83.810	167.620	115.240
29 04 011		QUIMIOTERAPIA RADIOTERAPIA 1 (POR CICLO)				56.100	28.050	72.930	44.880	89.760	61.710
29 04 013		TRATAMIENTO TERAPIA ENDOCRINA 1 (POR CICLO)				959.470	479.730	1.247.310	767.570	1.535.150	1.055.410
29 04 014		TRATAMIENTO TERAPIA ENDOCRINA 2 (POR CICLO)				158.520	79.260	206.080	126.820	253.630	174.370
29 04 015		TRATAMIENTO INHIBIDORES TIROSIN KINASA 1 (VALOR TRIMESTRAL)				7.426.080	3.713.040	9.653.900	5.940.860	11.881.730	8.168.690
29 04 016		TRATAMIENTO INHIBIDORES TIROSIN KINASA 2 (VALOR TRIMESTRAL)				3.976.660	1.988.330	5.169.660	3.181.330	6.362.660	4.374.330
29 04 017		TRATAMIENTO INHIBIDORES TIROSIN KINASA 3 (VALOR TRIMESTRAL)				1.020.140	510.070	1.326.180	816.110	1.632.220	1.12

