GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

TARIFARIO DE PRESTACIONES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

VERSION AÑO 2014

Presentación

La Autoridad Sanitaria Nacional, liderando un proceso participativo de construcción con los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, ha coordinado el desarrollo de un instrumento técnico que permita regular el sistema de compensación económica por los servicios de salud que se intercambian entre los subsistemas, el mismo que se apoya en el marco constitucional vigente, en el Plan Nacional del Buen Vivir y en otras leyes y reglamentos del sector.

Se ha definido como una prioridad del país, el desarrollo de la red de servicios de salud y una de las herramientas para operativizar tanto la red pública integral como la red complementaria, es el presente tarifario; mismo que permitirá estandarizar y normalizar la compensación económica de los servicios que sean proporcionados por las establecimientos de salud, favoreciendo la interacción entre instituciones públicas y entre éstas y las instituciones de salud privadas.

Se presenta el tarifario en su revisión año 2014, bajo la consideración de la situación actual de los servicios de salud y frente a la necesidad de intercambio de servicios entre la red pública y complementaria que exige un proceso de desarrollo de excelencia técnico-administrativa, que llevará a un perfeccionamiento continuo de este instrumento, que le de agilidad y equidad a los procesos de atención y gestión, en respaldo de la entrega de los servicios de salud a la población y dentro de un marco que promueve la calidad, la seguridad y una compensación económica justa y razonable para el desarrollo y sostenibilidad de cada una de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Carina Vance Mafla.
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA

MINISTERIO DEL INTERIOR

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS)

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA)

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA (ISSPOL)

SUBSECRETARIA NACIONAL DE GOBERNANZA Y SALUD PÚBLICA (MSP)

DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR (IESS)

DIRECCION GENERAL DEL ISSFA

DIRECCION GENERAL DEL ISSPOL

DIRECCION DE SANIDAD DEL COMANDO CONJUNTO

DIRECCION NACIONAL DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL

COMITÉ DE GESTION Y SUBCOMISIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD AÑOS 2012-2013

Contenidos

Presentación **2**

1. Ámbito de Aplicación 10
2. Administración y Control 10
3. Responsabilidades 10
4. Criterios de Aplicación de los Factores de Conversión: 10
5. Organización del Tarifario 11

SECCION A **12**

NORMAS GENERALES **12**

1. CLASIFICACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR NIVELES DE ATENCION Y COMPLEJIDAD 12
2. Factor de Conversión Monetario 13
3. Tarifa de Cada Procedimiento 14
4. Vigencia y Modificaciones del Tarifario 14
5. Verificación del Responsable de Pago. 14
6. Medicamentos y Dispositivos Médicos 14
7. Modificadores Generales 16
   - 7.1. Modificador por Variación Geográfica 16
   - 7.2. Modificador por Calidad 16
   - 7.3. Modificador por Emergencia 17
   - 7.4. Modificador por Alto Nivel de Complejidad 17
9. Horarios Especiales 19
10. Procedimientos No Incluidos 19

SECCION B **20**

NORMAS ESPECÍFICAS **20**

SERVICIOS INSTITUCIONALES **20**

CAPÍTULO I 20

SERVICIOS DE HOTELERIA Y OTROS 21

1. Servicio de Habitación 21
2. Cuidado y Manejo Diario 21
3. Dieta Hospitalaria 22
4. Derecho de Uso de Salas según Tipo de Procedimientos Identificables 22
   - 4.1. Sala (hospitalaria) de Trasplante 22
   - 4.2. Sala (cubículo) de Cuidados Intensivos 23
   - 4.3. Sala (cubículo) de cuidados intermedios. 23
   - 4.4. Sala (hospitalaria) de Quemados 24
   - 4.5. Sala (cubículo) de Urgencias y Emergencias 24
   - 4.6. Sala de Observación en Urgencias y Emergencias 24
5. Derechos de Sala de Cirugía - Uso de Quirófano 25
5. Derecho de Uso de Equipos Especiales en Cuidados Intensivos, Sala de Cirugía u Otras Salas 25
6. Otros Derechos De Salas/Procedimientos 26
   - 6.1. Salas para procedimientos de mediana complejidad 26
   - 6.2. Salas para procedimientos de alta complejidad 27
   - 6.3. Sala de Recuperación 27
   - 6.4. Sala de Labor / Parto (incluye monitoreo fetal) 28
   - 6.5. Sala de Recién Nacido (atención inmediata) 28
   - 6.6. Otros Derechos de Sala 29
     - 6.6.1 Sala de Yesos, suturas y curaciones: 29
     - 6.6.2 Hospital del Día: 29
     - 6.6.2 Hemodiálisis: 29
     - 6.6.3 En diálisis peritoneal: 29
     - 6.6.4 Procedimientos exclusivos de monitoreo para prestadores públicos: 29
7 Materiales de Procedimientos de Cirugía – Materiales de Uso Menor (Fungibles). 29
8 Manejo de Pacientes en Hospitalización 30

Contenido de Servicios de Hotelería y Otros 30

1. Servicios de Habitación. 30
2. Cuidado y Manejo Diario 30
3. Dieta Hospitalaria 30
4. Derecho de Uso de Salas Según Tipo de Procedimientos Identificables 31
   - 4.1. Unidad de Trasplante 31
   - 4.2. Unidad de Cuidado Intensivo 31
   - 4.3. Unidad de Cuidado Intermedio 31
   - 4.4. Unidad de Quemados 32

4.5. Cubículo de Urgencias / Emergencias 32
4.6. Sala de Observación de Urgencias / Emergencias 32
5. Derechos de Sala de Cirugía 32
6. Materiales de Procedimientos de Cirugía – Materiales de Uso Menor (Fungibles). 34
7. Derecho de Uso de Equipos Especiales 35
8. Otros Derechos de Sala/Procedimientos 36
8.1 Derecho de Sala de Mediana Complejidad 37
8.2 Derechos de Sala de Procedimientos de Alta Complejidad (hemodinámica, angiografía, electrofisiología, embolización)....37
8.3 Derechos de Sala de Labor y Parto (incluye monitoreo fetal) 37
8.4 Derechos de Sala de Recién Nacidos 38
8.4.1 Sala Recién Nacido (Atención Inmediata)....38
8.4.2 Recién Nacido - Alojamiento Conjunto....38
8.5 Hospital del Día....38
8.6 Sala de Yesos, suturas y curaciones....38
8.7 Hemodiálisis o Diálisis solo en casos de agudos. 39
8.8 En diálisis peritoneal 39
8.9 Procedimientos exclusivos de monitoreo en prestadores de la Red Publica Integral de Salud 39
CAPITULO II....40
1.6 Transporte Acuática:....42
2. CONTENIDO DE SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIA SANITARIO 43
3. UTILIZACION DEL TIPO DE AMBULANCIAS SEGÚN TRIAGE (Manchester MTS®) 44
CAPITULO III 44
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS, MEDICINA FISICA Y REHABILITACION 44
1. Laboratorio: Inmunología, Patología, Endocrinología, Genética Molecular, Drogas, Hematología, Microbiología, Química, Sangre, Otros Análisis....44
2. Sangre....45
3. Servicios de Imagen y Procedimientos por Especialidad 45
Contenido de Servicios de Diagnóstico, Exámenes y Procedimientos:....46
1. Laboratorio 46
2. IMAGEN 59
2.1. Radiología convencional....59
Procedimientos Especiales de Imagen y Medicina Nuclear – alta complejidad 62
Procedimientos especiales. 71
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN 76
SECCION C 79
NORMAS ESPECIFICAS 79
SERVICIOS ODONTOLOGICOS 79
SECCION D 81
SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS 81
NORMATIVA GENERAL....81
1. Definiciones....81
2. Contenido 81
2.1. Estructura del tarifario de servicios profesionales 81
3. Reglas de Utilización....82
3.1. Honorarios Médicos....82
3.2. Factor de conversión monetaria. (FCM) 82
3.3. Aplicación de las UNIDADES DE VALOR RELATIVO (UVR) en el tarifario de servicios profesionales 82
3.4. Sección Anestesia 83
3.5. Evaluación y Manejo 83
3.6. Honorarios por Procedimientos Quirúrgicos....84
3.6.1 Honorarios por estadía del paciente....84
3.7. Modificadores: 86
3.8. Procedimientos clínicos o quirúrgicos con dos médicos 87
3.9. Política de Procedimientos Múltiples 88
3.10. Procedimientos bilaterales:....88
3.11. Procedimientos con distintos servicios: 88
3.13. Ayudantías quirúrgicas 89
3.14. Visitas médicas post quirúrgicas: 90
4. Honorarios Anestesiología 91
5. Honorarios en Cuidados Intensivos, Adultos, Niños y Neonatos....92
6. Honorarios a Criterio Medico (Cm) 92
EVALUACIÓN Y MANEJO....94
1. Guía de Uso 94

1.1 Motivo de Consulta 94
1.2 Componentes 94
1.2.1 Historia: 94
1.2.2 Examen Físico: 94
1.2.3 Toma de Decisiones Médicas: 95
1.2.4 Consejería: 95
1.2.5 Naturaleza del Problema Actual: 95
1.2.6 Tiempo: 96
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA INICIAL 96
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA SUBSECUENTE 96
CUIDADOS EN OBSERVACION 97
CUIDADOS EN OBSERVACION.- CUIDADO INICIAL 97
CUIDADOS EN OBSERVACION.- CUIDADO SUBSECUENTE 97
CUIDADO INTRAHOSPITALARIO 98
ALTA HOSPITALARIA 98
INTERCONSULTAS 99
INTERCONSULTA EN PACIENTE HOSPITALIZADO 99
PRIMERA VEZ 99
RECIEN NACIDO 100
ATENCION DE EMERGENCIA 101
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS INICIAL Y SUBSECUENTE 101
CUIDADOS INTENSIVOS NIÑOS, NEONATOS 102
CUIDADOS INTERMEDIOS 103
RN BAJO PESO 103
ATENCION EN CUIDADOS LARGA ESTANCIA 103
CAPITULO III 105
COMPONENTE ANESTESIA 105
ANESTESIA 105
1. GUÍA COBRO DE HONORARIOS 105
2. ESTIMACIÓN VALOR BÁSICO Y VALOR TIEMPO 106
3. MODIFICADORES ESPECIFICOS DE ANESTESIOLOGIA 106
3.1 Modificadores por Condición Física 106
3.2 Modificadores por Circunstancias Especiales 107
4. Procedimientos Anestésicos que no Aplican el cálculo según Tiempo Anestésico 107
5. Cálculos para el Valor Total de Anestesia 110
(PIEL,TCS Y ESTRUCTURAS ACCESORIAS) 114
TRANSFERENCIA O REUNIFICACIÓN DE TEJIDOS ADYACENTES 119
QUEMADURAS, TRATAMIENTO LOCAL 125
DESTRUCCIÓN 125
MAMAS 127
SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO 129
GENERAL 129
CABEZA 131
CUELLO (TEJIDOS BLANDOS) Y TORAX 136
ESPALDA Y FLANCOS 137
COLUMNA VERTEBRAL 137
DEFORMIDAD DE COLUMNA 139
HOMBRO 140
HÚMERO Y CODO 143
ANTEBRAZO Y MUÑECA 146
CIRUGÍA DE MANO Y DEDOS 151
PELVIS Y CADERA 156
FÉMUR Y ARTICULACIÓN DE LA RODILLA INCLUYE PLATO TIBIAL 159
PIERNA (TIBIA Y PERONÉ) Y ARTICULACIÓN DEL TOBILLO 163
PIE Y DEDOS 167
APLICACIÓN DE YESOS E INMOVILIZACIONES 171
ARTROSCOPIAS 173
SISTEMA RESPIRATORIO 175
NARIZ 175
SENOS PARANASALES 176
LARINGE 178
TRAQUEA Y BRONQUIOS 179
PULMONES Y PLEURA 181
SISTEMA CARDIOVASCULAR 183
CORAZÓN Y PERICARDIO 183
VÁLVULAS CARDÍACAS 185

CIRUGÍA DE CORONARIAS 186
ANOMALÍAS CARDÍACAS Y DE LOS GRANDES VASOS 187
TRANSPLANTE CORAZÓN/PULMON 190
ASISTENCIA CARDÍACA 191
ARTERIAS Y VENAS 191
ANEURISMAS 192
REPARACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA 194
TROMBOENDARTERECTOMÍA 195
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL 195
BYPASS CON INJERTO 196
TRANSPOSICIÓN ARTERIAL 197
EXPLORACIÓN 198
PROCEDIMIENTOS DE INYECCIÓN VASCULAR 198
BAZO 205
SERVICIOS DE TRANSPLANTE DE MÉDULA OSEA 205
GANGLIOS Y VASOS LINFÁTICOS 205
MEDIASTINO Y DIAFRAGMA 206
MEDIASTINO 206
DIAFRAGMA 207
SISTEMA DIGESTIVO 207
LABIOS 207
VESTÍBULO DE LA BOCA 208
LENGUA Y PISO DE LA BOCA 208
ESTRUCTURAS DENTOALVEOLARES 209
ÚVULA Y PALADAR 210
CONDUCTOS Y GLÁNDULAS SALIVALES 211
FARINGE, ADENOIDES Y AMÍGDALAS 211
ESÓFAGO 212
ESTÓMAGO 216
INTESTINOS (EXCEPTO RECTO) 218
DIVERTÍCULO DE MECKEL Y MESENTERIO 222
APÉNDICE 222
RECTO 222
ANO 225
HÍGADO 227
TRACTO BILIAR 228
PÁNCREAS 229
ABDOMEN, PERITÓNEO Y OMENTO 230
SISTEMA URINARIO 233
RIÑÓN 233
URETER 236
VEJIGA 237
URETER Y PELVIS 240
CUELLO VESICAL Y PRÓSTATA 240
URETRA 241
SISTEMA GENITAL MASCULINO 242
PENE 242
TESTÍCULO 245
EPIDÍDIMO 245
TÚNICA VAGINALIS 245
ESCROTO 246
VASO DEFERENTE 246
CORDÓN ESPERMÁTICO 246
VESÍCULAS SEMINALES 246
PRÓSTATA 246
SISTEMA GENITAL FEMENINO 247
VULVA, PERINÉ E INTROITO 247
VAGINA 248
CERVIX UTERINO 250
CUERPO UTERINO 250
TROMPAS DE FALOPIO (OVIDUCTOS) 252
OVARIO 253
CUIDADO PRENATAL y PARTO 254
SISTEMA ENDÓCRINO 256
GLÁNDULA TIROIDES 256
SISTEMA NERVIOSO 257
CRÁNEO, MENINGES Y CEREBRO 257

CIRUGÍA ENDOVASCULAR 261
CIRUGÍA POR ANEURISMA, MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA O ENFERMEDAD VASCULAR 262
COLUMNA ESPINAL Y CORDÓN ESPINAL 264
LAMINECTOMÍA 266
NERVIOS EXTRACRANEALES, NERVIOS PERIFÉRICOS Y SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO 270
OJO Y ANEXOS OCULARES 274
GLOBO OCULAR 274
SEGMENTO ANTERIOR, CÓRNEA 275
SEGMENTO ANTERIOR CÁMARA ANTERIOR 276
SEGMENTO ANTERIOR ESCLERA ANTERIOR 276
SEGMENTO ANTERIOR IRIS Y CUERPO CILIAR 277
CÁMARA ANTERIOR LENTE (CRISTALINO) 277
SEGMENTO POSTERIOR VÍTREO 278
SEGMENTO POSTERIOR RETINA O COROIDES 278
ANEXOS OCULARES - MUSCULOS EXTRAOCULARES 279
ANEXOS OCULARES ORBITA 280
ANEXOS OCULARES PARPADOS 281
ANEXOS OCULARES CONJUNTIVA 282
ANEXOS OCULARES SISTEMA LAGRIMAL 282
SISTEMA AUDITIVO 283
OIDO EXTERNO 283
OIDO MEDIO 284
OIDO INTERNO 285
CAPITULO V 286
COMPONENTE MEDICINA POR ESPECIALIDAD 286
PSIQUIATRIA 288
PROCEDIMIENTOS PSIQUIATRICOS DE ENTREVISTA PARA EVALUACION O DIAGNOSTICO
GENERAL CLINICO 288
HEMODIALISIS 291
GASTROENTEROLOGIA 292
OFTALMOLOGIA 292
SERVICIOS OFTALMOLOGICOS GENERALES 292
SERVICIOS OFTALMOLOGICOS ESPECIALES 293
OTORRINOLARINGOLOGIA 295
SERVICIOS ESPECIALES 295
CARDIOVASCULAR 297
CARDIOGRAFIA 297
ECOCARDIOGRAFIA 299
CATETERISMO CARDIACO 301
PROCEDIMIENTOS INTRACARDIACOS ELECTROFISIOLOGICOS 302
OTROS ESTUDIOS VASCULARES 303
ESTUDIOS DIAGNOSTICOS VASCULARES NO INVASIVOS 303
ESTUDIOS ARTERIALES CEREBROVASCULARES 303
NEUMOLOGIA 304
PRUEBAS ALERGENICAS 305
ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA 311
PROCEDIMIENTOS DERMATOLOGICOS ESPECIALES 312
MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN 312
CUIDADO DE HERIDAS 313
OTROS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 314
TERAPIA NUTRICIONAL 314
ACUPUNTURA 314
OTROS SERVICIOS 315
CAPITULO VI 315
COMPONENTE DE IMAGENOLOGIA 315
CABEZA Y CUELLO 316
TORAX, COLUMNA Y PELVIS 317
EXTREMIDADES 320
ABDOMEN 321
APARATO GENITOURINARIO 323
CARDIOVASCULAR 323
ULTRASONIDO DIAGNOSTICO 327
ONCOLOGIA RADIOLOGICA 330

MEDICINA NUCLEAR 333
SECCION E 336

PRESTACIONES INTEGRALES....336
1. DEFINICIONES....337
CONTENIDO....337
1. AMBULATORIAS 338
1.1 ACCIONES DE PROMOCION A GRUPOS DE FAMILIAS 338
1.2 ATENCION PREVENTIVA POR CICLOS DE VIDA....338
1.3 ATENCION EXTRAMURAL A LA FAMILIA.-VISITA DOMICILIARIA....340
1.4 PAQUETES DE HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL....341
2. ATENCIONES AMBULATORIAS Y/O HOSPITALARIAS.-....342
2.1. Manejo del Dolor 342
3. ATENCION AMBULATORIO Y/O HOSPITALARIA POR TARIFA INTEGRAL 344
SECCION F 345

REGLAS DE FACTURACION....345

PROCEDIMIENTO DE COMPENSACIÓN ECONÓMICA....345
REGLAS GENERALES DE FACTURACION 346
FACTURACIÓN POR PAQUETES DE PRESTACIONES 347
CANCELACION DE FACTURAS 347
SECCION G....349

DISPOSICIONES NORMATIVAS PARA ACTUALIZACION DEL TARIFARIO....349
1. ACTUALIZACION DE TARIFARIO 349
EVALUACION DEL TARIFARIO 349

GLOSARIO DE TERMINOS

ANEXO 1 Detalle paquete de hemodialisis
ANEXO 2 Detalle de paquetes prestaciones integrales por tarifa integral
ANEXO 3 Listado de dispositivos médicos fungibles de uso colectivo y/o multiple
ANEXO 4 Hoja de cuantificación de procedimientos medicos

Disposiciones Normativas del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud

El tarifario es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por las instituciones públicas, entre estas y con las privadas en el marco de la Red Pública Integral y Complementaria del Sistema Nacional de Salud; los valores expresados en el presente documento, registran el techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores.

El tarifario integra las unidades de valor relativo de los procedimientos que permite establecer el monto de pago máximo por cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de la salud.

La aplicación del tarifario contribuye al mejoramiento de la calidad de la atención y del gasto.

1. Ámbito de Aplicación

La presente normativa es de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional para todas las instituciones (financiadoras y prestadoras de servicios) del Sistema Nacional de Salud con y sin fines de lucro; también es de aplicación obligatoria en el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), FONSAT y Convenios u otros instrumentos jurídicos que regulen el reconocimiento económico de servicios de salud del sector público.

2. Administración y Control

La revisión anual de la presente normativa será realizada por el Comité de Gestión de Red[1], en base al informe técnico de la Subcomisión de Tarifario de este Comité, conforme lo indicado en la sección G de este tarifario y se encargará de:

- Determinar los parámetros técnicos para la realización de ajustes en el tarifario.
- Monitorear la gestión de costos del sistema, previo a la modificación del factor de conversión monetaria o a la inclusión de un nuevo procedimiento.
- Informar a la Autoridad Sanitaria sobre la pertinencia de la modificación o inclusión requerida.

3. Responsabilidades

La emisión del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (TPSNS), es responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional. Se realizará anualmente a través del Comité de Gestión de Red, quien procederá a la actualización, inclusión o exclusión de procedimientos, revisión de prestaciones, unidades de valor relativo (UVR) y factor de conversión monetario (FCM); conforme a las políticas nacionales de salud y recomendaciones de la Subcomisión de Tarifario.

Lo anterior significa, que debe ser aplicada a las prestaciones del promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de los distintos establecimientos de salud, de acuerdo a la normativa vigente

4. Criterios de Aplicación de los Factores de Conversión:

[1] Convenio Marco Interinstitucional.Clausula cuarta, numeral 6. 2012.

4.1 El tarifario opera con dos sistemas de conversión: unidades de valor relativo (UVR), factor de conversión monetario (FCM); estos factores de conversión se aplicarán de acuerdo al nivel de atención y complejidad y capacidad resolutiva.

a. Factor de Conversión Monetario (FCM), es diferenciado para servicios institucionales (los componentes también se diferencian) y servicios profesionales médicos, que se clasifican por áreas de especialidad, este factor es expresado en dólares americanos.

b. Unidades de Valor Relativo (UVR), diferenciado por niveles atención y de complejidad para servicios institucionales: hotelería hospitalaria, odontología y servicios de apoyo diagnóstico: laboratorio, imagen, procedimientos por especialidad, ambulancia, procedimientos de medicina física y rehabilitación; y para los servicios profesionales médicos diferenciado por honorario médico cirujano y honorario medico anestesia; determinados por los criterios de complejidad, tiempo, habilidad, severidad de la enfermedad, riesgo para el paciente, riesgo para el médico.

c. El valor final expresado en dólares americanos que se reconocerá por cada procedimiento detallado en este tarifario, será el producto de multiplicar, la unidad de factor relativo (UVR) por factor de conversión monetaria (FCM), este valor registra el techo máximo para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores.

4.2 Los financiadores /administradores que conforman la Red Publica Integral de Salud, aplicarán los factores de conversión tomando en cuenta que los precios expresados en este tarifario, inclusive los paquetes de prestaciones integrales descrito en la sección E de este tarifario, corresponden a valores máximos.

Se aplicarán descuentos en las tarifas expresadas en este documento, en el caso de negociaciones conjuntas que realizará la Autoridad Sanitaria Nacional y los integrantes de la Red Publica Integral de Salud con prestadores de servicios de la red complementaria.

En el caso, de que uno de los miembros de la RPIS negocie porcentajes menores con la misma calidad del valor establecido en el tarifario, se oficializara de forma obligatoria al Comité de Gestión de la Red, el cual servirá como monto de referencia para el resto de instituciones.

5. Organización del Tarifario

El tarifario esta organizado en siete secciones:

- **Sección A:** Normas Generales
- **Sección B:** Normas Especificas Servicios Institucionales
- **Sección C:** Normas Específicas Servicios Odontológicos
- **Sección D:** Servicios Profesionales Médicos- Normativa General
- **Sección E:** Prestaciones Integrales
- **Sección F:** Reglas de facturación.
- **Sección G:** Disposiciones Normativas para actualización del tarifario.

SECCION A
NORMAS GENERALES

CAPITULO I

1. CLASIFICACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR NIVELES DE ATENCION Y COMPLEJIDAD

Los servicios institucionales componentes del TPSNS corresponden a los servicios de hotelería, atención prehospitalaria, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y odontología.

Los servicios profesionales médico, corresponden a honorarios por atención médica en sus distintas especialidades: evaluación y manejo, procedimientos clínico y quirúrgicos.

Estos servicios se proporcionarán y se reconocerán según nivel de atención, complejidad y capacidad resolutiva específica para atender los problemas de salud de la población de alta, mediana y baja resolución.

Los niveles se diferencian por su ámbito de responsabilidad y su capacidad funcional para ejecutar un determinado tipo de actividad, intervención y procedimiento.

Se exceptúa el reconocimiento de procedimientos médicos con fines exclusivamente estéticos, exámenes no inherentes o no necesarios para el diagnóstico de una enfermedad, cirugía estética cosmética, salvo para corregir lesiones por accidentes que impiden la funcionalidad, gastos de acompañantes en establecimientos de servicios de salud con internación, atención privada de enfermería, gastos de teléfono y otros, tratamientos/gastos realizados en el exterior no autorizados según la norma nacional vigente.

Los establecimientos de servicios de salud, se clasifican por niveles de atención según su capacidad resolutiva de acuerdo a las normas expedidas por el Ministerio de Salud Pública y normas técnicas correspondientes las mismas que serán de obligatoria aplicación para la Red Publica Integral de Salud y Red Complementaria Privada.

CAPITULO II

1. Unidades de Valor Relativo

Son unidades que expresa la asignación de valores ponderados a cada servicio/ procedimiento según estimaciones de costos, que permite transformar los recursos consumidos en una actividad de costos. Reflejan el consenso de expertos en las diferentes especialidades de salud, donde se han analizados paso a paso cada uno de los procedimientos y los recursos necesarios para el tratamiento de diagnostico específico, con cinco criterios:

- Tiempo de los profesionales
- Habilidad
- Severidad de la enfermedad
- Riesgo para el paciente
- Riesgo para el médico

La presente normativa, en sus componentes de: servicios institucionales, servicios odontológicos y servicios profesionales médicos, será expresada en **UNIDADES DE VALOR RELATIVO** que es el puntaje que se asigna a cada procedimiento clínico o quirúrgico indicados en las secciones B, C y D de este tarifario.

En la situación de que existan procedimientos realizados en establecimientos de salud de primero y segundo nivel que no registre unidades de valor relativo en la columna pertinente, se utilizará para el reconocimiento económico lo siguiente: si el establecimiento de salud es de II nivel el valor de unidades de valor relativo del III nivel menos el 10%, si el establecimiento de salud es de I nivel y solo existe unidades de valor relativo del II nivel menos el 10%.

2. Factor de Conversión Monetario

Es el valor monetario expresado en dólares americanos que se asigna para las secciones B, C y D de este tarifario y que se utiliza para establecer el reconocimiento de los costos directos e indirectos que forman parte de la producción de los servicios de salud.

Este factor será actualizado por la Autoridad Sanitaria, considerando los siguientes mecanismos:

- Política de la Autoridad Sanitaria Nacional.
- Recomendaciones del Comité de Gestión de Red, que considere la sostenibilidad técnica y financiera del Sistema Nacional de Salud en el corto, mediano y largo plazo.

El tarifario opera con dos sistemas de conversión:

a. Valor monetario diferenciado para los servicios profesionales médicos, clasificado por nivel de complejidad y áreas de especialidad secciones B,C,D
b. Factor de conversión diferenciado para los servicios institucionales: de hotelería y otros (cuidado y manejo diario, dieta hospitalaria, derecho de uso de otras salas hospitalarias, derecho de sala de cirugías, derechos de uso de equipos especiales en cuidados intensivos, sala de cirugías y otras, otros derechos de salas/procedimientos), de servicios de apoyo diagnostico: Laboratorio, imagen, procedimientos por especialidad, y servicios odontológicos.

3. Tarifa de Cada Procedimiento

Es el valor monetario (expresado en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica) que se reconoce por cada procedimiento indicado en la presente normativa que resulta de multiplicar las Unidades de Valor Relativo (UVC) de cada procedimiento y/o servicio, por el Factor de Conversión Monetario (FCM), representa el valor techo máximo de pago.

4. Vigencia y Modificaciones del Tarifario

La actualización, revisión, inclusión, modificación, exclusión de procedimientos y el factor de conversión monetario, será realizada anualmente, las modificaciones del tarifario se harán vigentes en la nueva versión de tarifario expedido por la Autoridad Sanitaria.

Si dentro del año de aplicación del tarifario, alguna institución de la Red Pública o Red complementaria solicita la incorporación de un procedimiento se procederá de acuerdo al mecanismo señalado en el numeral 10 de las Disposiciones Normativas del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y numeral 10 del capitulo II de Procedimientos No Incluidos.

5. Verificación del Responsable de Pago.

Para identificar al responsable de pago de la atención del paciente, sea Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de Policía Nacional (ISSPOL), Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT-FONSAT) y Seguros Privados, se aplicará el “Manual de Ejecución del Proceso de Relacionamiento entre las Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria para la Atención de Pacientes y Reconocimiento Económico de los Servicios de Salud”.

6. Medicamentos y Dispositivos Médicos

- Los medicamentos se prescribirán por su denominación común internacional-DCI (genérico) y se facturarán al precio de compra de la farmacia institucional (establecimiento de salud). Cualquier precio de medicamentos no podrá en ningún caso, ser superior al precio fijado por el Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso Humano para precio de venta a farmacia.

  A este precio, se le adicionará el 10% por gastos de gestión; en caso que el establecimiento de salud, planille valores superiores al precio de compra

institucional mas el 10%, la institución pagadora del servicio, deberá hacer los ajustes para cumplir con la norma antes señalada.

- Todo dispositivo medico, que sea identificado de manera individual y unitaria, que se usa por una sola vez para un solo paciente, se facturarán de manera individual al precio de compra de la institución prestadora mas el 10% sobre la base imponible (precio sin impuestos); para los dispositivos médicos de uso clínico- quirúrgico que gravan IVA se aplicarán las normas del Servicio de Rentas Internas. (listado detallado anexo 3 de este tarifario).

- En el caso del empleo de dispositivos médicos de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser utilizados en uno o varios eventos, no medibles unitariamente y que no es factible su identificación individual, no serán facturados ya que su costo está incluido en el respectivo procedimiento clínico o quirúrgico sea ambulatorio u hospitalario. (listado detallado anexo 3 de este tarifario)

- Los dispositivos médicos fungibles que se usa por una sola vez para un solo paciente, consumidos en procedimientos no quirúrgicos de las salas detalladas en servicios institucionales, están incluidos en el derecho de cada una de las salas indicadas en este tarifario. (listado detallado anexo 3 de este tarifario).

- El reconocimiento del 10% adicional por gastos de gestión se aplica para las adquisiciones de medicinas y dispositivos médicos que realizan los establecimientos de salud para mantenimiento de stock y volúmenes de inventarios de un determinado producto almacenado y que ocasiona gastos adicionales, tales como: contratación de pólizas de seguros, mantenimiento de seguridades, circuitos cerrados de seguridad, cadenas de frio.

- El reconocimiento del 10% no aplica en adquisiciones individuales para un determinado paciente debido a la falta de stock del medicamento o dispositivo medico (insumos) durante la estancia hospitalaria del paciente, para este caso, se deberá planillar el precio de compra realizado sin ningún porcentaje adicional; se exceptúa de esta disposición las adquisiciones de material radioactivo, de osteosíntesis y endoprotesis. Esta disposición será controlada en auditoria concurrente o de terreno.

- Se reconocerán los fármacos que constan en los guías de práctica clínica farmacoterapéuticos y clínicos, aprobados y vigentes para el Sistema Nacional de Salud. En caso de inexistencia de protocolos nacionales se reconocerá los protocolos institucionales con el debido respaldo de referencias internacionales actualizadas.

- El oxígeno utilizado en los derechos de cada una de las salas indicadas en este tarifario, así como el oxigeno que se utiliza en procedimientos especiales por especialidad, será facturado por separado su valoración será por litros, su precio es de $ 0,01 y por tanque de 8m3 $ 72,21 incluye: transporte, mantenimiento del cilindro, 10% por gastos de gestión.

- Otros gases medicinales: aire comprimido, oxido nitroso, CO2, nitrógeno serán facturados por separado por litros, su precio es de $ 0,02 y por tanque el 8m3 $ 93,93 que incluye; transporte, mantenimiento cilindro, 10% por gastos de gestión, siempre y cuando sean justificados en la documentación técnica de soporte de cada atención medica.

- Con el objeto que los entes financiadores/pagadores del sistema público puedan satisfacer los procedimientos internos de control, en lo relacionado al precio de compra institucional de los medicamentos, dispositivos médicos y otros materiales, solicitarán en forma obligatoria por una sola vez a los prestadores, públicos y privados la presentación de una declaración juramentada que indique que los precios planillados corresponden al precio de compra institucional mas el 10% por concepto de gastos de gestión.

- En odontología en la valoración de estos procedimiento están incorporados todos los dispositivos médicos identificados y utilizados en estos procedimientos; en el caso de ortesis, prótesis e implantes serán facturados de manera unitaria y por separado.

7. Modificadores Generales

Se utilizan modificadores generales para indicar que el costo del procedimiento o actividad ha sido alterado por una circunstancia específica, sin cambiar ni la definición ni el código. Se establecen modificadores en los servicios institucionales y servicios profesionales medico, y son:

- Variación geográfica
- Calidad.
- Emergencia
- Alto nivel de complejidad.

7.1. Modificador por Variación Geográfica

Se establece un modificador en los factores de conversión por variación geográfica relacionado con el costo de vida y disponibilidad de servicios de salud en el nivel local:

- En las provincias de la costa y región oriental se incrementará el 2% en los siguientes servicios institucionales: servicio de habitación, sala de trasplante, sala de cuidados intensivos, sala de cuidados intermedios, sala de quemados, sala de urgencias y emergencias, sala de cirugía, salas para procedimientos de mediana complejidad, salas para procedimientos de alta complejidad. sala de recuperación, sala labor/parto, sala recién nacido.

- Para la provincia Insular de Galápagos se incrementará el 10% a todos los servicios institucionales como servicios profesionales médicos, debido al incremento del costo de vida entre la región continental y la región insular.

7.2. Modificador por Calidad

Este modificador se define como un incentivo a la calidad de los servicios dispensados por los establecimientos de salud. Este reconocimiento se basará en la norma que establezca la autoridad sanitaria nacional Los porcentajes que en forma adicional se reconocerán son los siguientes:

Nivel I		**Nivel II**		**Nivel III**	
Porcentaje adicional	**Proporción de puntaje Calificación + criterios de calidad**	**Porcentaje adicional**	**Proporción de puntaje Calificación+ criterios de calidad**	**Porcentaje adicional**	**Proporción de puntaje Calificación + criterios de calidad**

Nivel I		Nivel II		Nivel III	
-5%	70 a 84%	-5%	70 a 84%	-5%	70 a 84%
1%	85 a 89%	1%	85 a 89%	1%	85 a 89%
3%	90 a 94%	3%	90 a 94%	3%	90 a 94%
5%	95- 100%	5%	95-100%	5%	95 -100%

Estos porcentajes se aplicarán para los servicios institucionales y servicios profesionales médicos a prestadores públicos y privados de acuerdo a las políticas que se operacional ice mediante parámetros e instrumentos en los que privilegiará la respuesta oportuna y de calidad a las necesidades de los usuarios y sus familias.

7.3. Modificador por Emergencia

Se reconoce un modificador para atenciones en sala de emergencia , para servicios profesionales médicos para las atenciones de aparición súbita y que ponga en peligro la vida, según priorización del daño (triaje I y II), código cero (equivale a lás más prioirdad de emrgencias) para trasplantes en los hospitales de niveles de atención II y III, en el horario entre las 22h00 y 06h00 como sigue:

Descripción	Hospitales de II Nivel de atención	Hospital del III nivel de atención
Servicios Profesionales Médicos	10%	10%

7.4. Modificador por Alto Nivel de Complejidad

Se agregará el modificador del 5% a los servicios profesionales médicos para la atención de alta complejidad, para el tratamiento de los siguientes casos:

- Intervencionismos dirigido por imágenes
- Hemato-oncología
- Trasplantología
- Cirugía vascular (aneurismas)
- Cirugía cardiotorácica
- Cirugías especializadas, tanto pediátricas como de adultos
- Genética
- Hemodinamia
- Neurocirugía
- Grandes quemados
- Oftalmología de alta complejidad
- Urología de alta complejidad
- Otorrinolaringología de alta complejidad
- Anatomía patológica de alta complejidad
- Radioterapia, braquiterapia, quimioterapia
- Rehabilitación de alta complejidad
- Estudios electrofisiológicos con intervencionismo

En caso de que la condición clínica del paciente requiera de atención y cuidados individualizados por parte de enfermería se reconocerá por este concepto el 50% por turno de atención del valor del honorario medico que se pagará al profesional médico.

Para la aplicación de este modificador deberá constar en los respectivos informes médicos del paciente.

8. Modificadores Específicos

Anestesia: se pagará un valor adicional de acuerdo a factores de edad y condiciones clínicas críticas debidamente documentadas y verificables en el protocolo operatorio y en la epicrisis por condición física o por condiciones especiales de acuerdo al siguiente detalle:

8.1 Modificador Especifico de anestesia por condición física

Todos los servicios de anestesia son reportados por el código individual del procedimiento adicionando un modificador por condición física. Estas unidades modificadoras serán sumadas a los valores básicos. Los modificadores por condición critica/física se representan con la letra P, seguida por un dígito definido así:

No	*Condición clínica crítica/física*	*UVR*
P1	Paciente sano	0
P2	Enfermedad sistémica leve	0
P3	Enfermedad sistémica severa	1
P4	Enfermedad sistémica severa con riesgo para la vida	2
P5	Paciente moribundo que no sobrevivirá sin cirugía	3
P6	Paciente con muerte cerebral cuyos órganos son extraídos con propósitos de donación	0

FUENTE: CPT. 2013

El factor monetario a aplicarse para estos casos es el correspondiente a servicios profesionales medico.- anestesia.

Los niveles mencionados son consistentes con los criterios de la Asociación Americana de Anestesiología.

8.2 Modificador Especifico de anestesia por circunstancias especiales.

Algunas circunstancias ameritan valores adicionales debido a eventos inusuales. Para la circunstancia calificante/edad, se aplicarán los siguientes códigos de conformidad con los criterios de la Asociación Americana de Anestesiología y la Ley Nacional de Anestesiología, más de un código puede ser necesario.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR
99100	Anestesia para paciente de edad extrema, menores de 1 año y mayores de 70. (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	1,0
99116	Anestesia complicada por la utilización de hipotermia total del cuerpo. (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	5,0
99135	Anestesia complicada por la utilización de hipotensión controlada. (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	5,0
99140	Anestesia complicada por condiciones de emergencia (especificar). (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	2,0

* Una Emergencia son atenciones de aparición súbita y que ponen en peligro la vida.

El factor monetario a aplicarse en estos casos es el correspondiente a servicios profesionales medico para anestesia.

9. Horarios Especiales

No se reconocerán valores adicionales cuando las intervenciones, procedimientos, exámenes y actividades contempladas en esta normativa, se ejecuten en horas nocturnas, fines de semana y festivos, a excepción de lo dispuesto en el numeral 7.3

10. Procedimientos No Incluidos

De existir requerimientos urgentes sobre la inclusión/exclusión de procedimientos relacionados con la atención integral de salud, el mecanismo para la reforma será el siguiente:

- El requerimiento será canalizado a través del representante institucional al Comité de Gestión de la Red (CGR) de nivel nacional quien oficializará a la Subcomisión de Tarifario para su pronunciamiento técnico.
- La Subcomisión de tarifario revisará el requerimiento en base al CPT vigente y emitirá informe técnico con conclusiones y recomendaciones al CGR, en un plazo máximo de 20 días término, luego de su recepción.
- El CGR analizará la pertinencia del informe técnico y solicitará en un máximo de 72 horas a la Autoridad Sanitaria Nacional las reformas que sean pertinentes.

Por las circunstancias de orden tecnológico, cuando algún servicio de salud realice un procedimiento clínico o quirúrgico que no se encuentre definido en el Tarifario y, por lo tanto, no tenga asignación de unidades de valor relativo, se reconocerá una tarifa equivalente a un procedimiento de homologable complejidad.

El solicitante obligatoriamente deberá enviar la información según el anexo 4 y deberá acompañar a su requerimiento de incorporación, el respectivo detalle que identifique los componentes del costo y su valor monetario, respaldos técnicos y las referencias internacionales que respalden la realización de los procedimientos médicos.

SECCION B

NORMAS ESPECÍFICAS
SERVICIOS INSTITUCIONALES

CAPÍTULO I

Los servicios institucionales se refieren al consumo de servicios generados por el empleo de material directo atribuible al procedimiento, que incluye: aporte del talento humano (excluye servicios profesionales médicos sección D), empleo de área física, equipamiento, empleo de materiales de uso colectivos y de uso múltiple que pueden ser utilizados en uno o en varios eventos no medibles unitariamente que no es factible su identificación individual y no operacionales, tales como mantenimiento, seguros, pago servicios públicos y otros. El establecimiento de las unidades de valor relativo (UVR) para cada servicio está determinado por la valoración de los costos directos e indirectos, se establecen por nivel de complejidad.

Todo dispositivo médico, que sea identificado de manera individual y unitaria, que se usa por una sola vez y descartables para un solo paciente, se facturarán de manera individual al precio de compra institucional (institución prestadora) mas el 10% sobre la base imponible (precio sin impuestos) por gastos de gestión; existen ciertos dispositivos médicos que gravan IVA, para estos casos se aplicarán las normas del Servicio de Rentas Internas. (listado detallado anexo 3 de este tarifario)

En el caso de dispositivos médicos en el que se empleen materiales de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser utilizados en uno o varios eventos, no medibles unitariamente y que no es factible su identificación individual, no serán facturados ya que su costo está incluido en el respectivo procedimiento clínico o quirúrgico sea ambulatorio u hospitalario. (listado detallado anexo 3 de este tarifario)

Los dispositivos médicos que se usa por una sola vez para un solo paciente, consumidos en actos no quirúrgicos de las salas detalladas en servicios institucionales, están incluidos en el derecho de cada una de las salas indicadas en este tarifario. (listado detallado anexo 3 de este tarifario)

El oxígeno utilizado en los derechos de cada una de las salas indicadas en este tarifario, así como el oxigeno que se utiliza en procedimientos especiales por especialidad, será facturado por separado y su valoración será por litros, su precio es de $ 0,01 y por tanque de 8m3 $ 72,21 que incluye; transporte, mantenimiento del cilindro, mas 10% por gastos de gestión, al igual que el uso de otros gases medicinales serán facturados por separado por litros, su precio es de $ 0,02 y por tanque e 8m3 $ 93,93 que incluye; transporte, mantenimiento cilindro, mas 10% por gastos de gestión, siempre y cuando sean justificados en la documentación técnica de soporte de cada atención medica.

SERVICIOS DE HOTELERIA Y OTROS

1. Servicio de Habitación

El servicio de habitación, responderá a la definición del nivel de complejidad que se detalla en la sección de prestación de servicios institucionales. Incluye habitación, cama hospitalaria, suministros de ropa de cama, empleo de materiales de uso colectivos y de uso múltiple que pueden ser utilizados en uno o en varios eventos no medibles unitariamente que no es factible su identificación individual, material de aseo, servicios básicos de energía eléctrica, agua, teléfono, limpieza, vigilancia, otros servicios hoteleros brindados a un paciente hospitalizado. Se aplicará el código una sola vez cada día, para el cálculo de los días de habitación no se debe sumar el día de alta, sino por días censales de 24 horas.

Las habitaciones están categorizadas como habitaciones individuales, múltiples de dos camas, de tres camas y hasta de cuatro camas que serán pagadas de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud y desde el ingreso del paciente mismo, el cual deberá constar en el respectivo informe médico;

En los casos donde el establecimiento de salud mantenga salas múltiples de más cuatro camas, reciba e ingrese a pacientes de la RPIS en estas habitaciones, se pagará el 100% del valor de la sala múltiple de hasta cuatro camas que corresponda al nivel de atención en cada establecimiento de salud.

Se reconocerá el precio diario estipulado por estadía en habitación individual a los pacientes que tengan justificación técnica médica para estar hospitalizados en una habitación de este tipo. Dicha justificación deberá ser explícita en la Epicrisis que se envía para el pago. Si no se encuentra pertinencia médica o justificación apropiada, se reconocerá únicamente el valor de la habitación múltiple que corresponda al nivel de atención en cada establecimiento de salud.

Bajo la modalidad de alojamiento conjunto se adiciona al cobro de la habitación de la madre el código por alojamiento del recién nacido normal.

2. Cuidado y Manejo Diario

Corresponde a la atención de médicos internos, residentes propios del servicio, cuidado directo al paciente por parte de enfermeras y auxiliares de enfermería, personal paramédico, en la realización de actividades de control de signos vitales, valoración de talla y peso, administración de medicamentos, además del empleo de dispositivos médicos de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser utilizados en uno o varios eventos, no medibles unitariamente y que no es factible su identificación individual, tales como: algodón, torundas, apósitos, compresas re-esterilizadas, drenes, gasas, esparadrapo, soluciones desinfectantes, así como los elementos de protección personal necesarios para el manejo de pacientes aislados o de cuidado especial. (listado detallado anexo 3 de este tarifario)

La aplicación del rubro cuidado y manejo diario, será planillado una sola vez al día desde el ingreso del paciente y estará relacionado con los días que el paciente utilice el servicio de habitación individual, múltiples de dos camas, de tres camas y hasta de cuatro camas, que corresponda al nivel de atención en cada establecimiento de salud.

En casos donde el establecimiento de salud mantenga salas múltiples de más cuatro camas reciba e ingrese a pacientes de la RPIS en estas habitaciones, el cuidado y manejo diario será facturado el 100% del valor de cuidado y manejo diario que corresponda al nivel de atención en cada establecimiento de salud.

3. Dieta Hospitalaria

Corresponde a la alimentación proporcionada al paciente mientras permanece hospitalizado en habitaciones individuales, múltiples de dos camas, de tres camas y hasta de cuatro camas que serán pagadas de acuerdo al nivel de atención de cada establecimiento de salud desde el ingreso del paciente mismo, el cual deberá constar en el respectivo informe médico; en lo relacionado a refrigerios se reconocerán hasta dos (2) refrigerios diarios por estancia de 24 horas lo que será detallado en la planilla.

4. Derecho de Uso de Salas según Tipo de Procedimientos Identificables

Se reconoce el valor por uso de las salas de las unidades de: trasplante, cuidado intensivo e intermedio, quemados, atención de recién nacido, quirófanos, partos, urgencias, recuperación, hospital del día, hemodiálisis y diálisis para pacientes agudos. Incluye el aporte del talento humano de médicos residentes, personal de enfermería (excluye servicios profesionales médicos sección D), empleo de área física, equipamiento, empleo de materiales de uso colectivos y de uso múltiple que pueden ser utilizados en uno o en varios eventos no medibles unitariamente que no es factible su identificación individual (observar detalles indicado en el anexo 3), y no operacionales, tales como mantenimiento, seguros, pago servicios públicos.

Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario.

Equipamiento convencional en cada sala se refiere a aquellos equipos sin los cuales la sala no puede ser denominada como tal, para el reconocimiento de los tipos de salas detalladas en esta sección deben estar calificadas como tales dentro de su cartera de servicios.

Estas salas son:

4.1. Sala (hospitalaria) de Trasplante

El derecho de esta sala incluye la dotación básica, uso de equipos convencionales, accesorios, esterilización, instrumental e implementos, ropa reutilizable y la cobertura de atención por el personal de apoyo requerido, médicos residentes, personal de enfermería, material de aseo, servicios básicos y otros servicios de hotelería, que requiera un paciente hospitalizado en esta sala.

Esta sala para hospitalización individual se aplica a pacientes hospitalizados de trasplantes de médula ósea, se caracterizan por ser salas con alto grado de precaución con presión positiva y filtros HEPA. Además de autoriza y se facturará el uso de mascarillas, guantes de procedimientos y batas descartables.

Para los trasplantes de órganos sólidos se utilizará habitación individual.

Incluye el aporte del talento humano de médicos residentes, personal de enfermería (excluye servicios profesionales médicos sección D), empleo de área física, equipamiento, empleo de materiales de uso colectivos y de uso múltiple que pueden ser utilizados en uno o en varios eventos no medibles unitariamente que

no es factible su identificación individual observar detalles indicado en el anexo 3, no operacionales, tales como mantenimiento, seguros, pago servicios públicos. Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario.

4.2. Sala (cubículo) de Cuidados Intensivos

En esta sala se brinda la atención de cuidado intensivo para población de adultos, pediátrica y neonatal.

La habitación (cubículo) de adultos, pediátrica y neonatal incluye cama especial multiposición y medidas antropométricas, empleo de materiales de uso colectivos y de uso múltiple que pueden ser utilizados en uno o en varios eventos (observar anexo 3), material de aseo y no operacionales tales como mantenimiento, seguros, pago servicios públicos, otros servicios de hotelería, y la utilización de los equipos: monitor multiparámetro, monitor de presión arterial invasiva, oxímetro de pulso y sensor de temperatura, ventilación mecánica de presión y volumen, desfibrilador con pantalla, bombas de infusión, succión y cuidado diario que requiera un paciente hospitalizado en esta sala.

La habitación (cubículo) neonatal incluye la cuna radiante y/o incubadora especial, material de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser usados en uno o en varios eventos (observar anexo 3), material de aseo, servicios básicos, otros servicios de hotelería, cuidado diario, la utilización de los equipos: monitor multiparámetro, monitor de presión arterial invasiva, oxímetro de pulso y sensor de temperatura, ventilación mecánica de presión y volumen, bombas de infusión y succión, equipo de fototerapia, que requiera un recién nacido con patología en esta sala. Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario.

La indicación de cuidados intensivos será valorado con el índice de gravedad medido por APPACHE II y con la severidad de intervenciones terapéuticas medida por el score del sistema de intervenciones terapéuticas (TISS 28).

Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo a la fecha y hora de entrada y de salida del paciente uso día completo (24 horas), para el día de ingreso a la sala de cuidados intensivos se aplicará tarifario del 100%, para los días subsecuentes cuando la permanencia del paciente sea menor de 12 (doce) horas, se cobrará el 50% del valor de la sala, si es superior a doce horas se aplicará el valor total, para este tipo de salas no aplica el concepto de día censal.

Se excluyen en las definiciones anteriores, otros equipos especiales no detallados en estas definiciones y uso de oxigeno y gases medicinales

4.3. Sala (cubículo) de cuidados intermedios.

Para adultos y pediátricos, se diferencia de cuidados intensivos por no tener equipamiento de ventilación mecánica. Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario.

La indicación de cuidados intermedios será valorado con el índice de gravedad medido por APPACHE II y con la severidad de intervenciones terapéuticas medida por el score del sistema de intervenciones terapéuticas (TISS 28), en general el criterio de admisión será cuando el estado fisiológico del paciente se estabilice, medido por parámetros hemodinámicos estables durante por lo menos de 6 a 12 horas, estado respiratorio estable y extubación con evidencia de gas aceptables

por mas de 4 horas, mínimo requerimiento de oxigeno, y no es prioritario el tratamiento invasivo.

Cuando la permanencia en las unidades de cuidados intermedios sea menor de doce horas se cobrará el 50% del valor de la sala. Si es superior a doce horas se aplicará el valor total.

Incluye el aporte del talento humano de médicos residentes, personal de enfermería, empleo de área física, y la utilización de los equipos: monitor multiparámetro, monitor de presión arterial invasiva, equipo de fototerapia, oxímetro de pulso y sensor de temperatura no descartables, fototerapia, desfibrilador con pantalla, bombas de infusión, succión y cuidado diario que requiera un paciente hospitalizado en esta sala, empleo de materiales de uso colectivos y de uso múltiple que pueden ser utilizados en uno o en varios eventos no medibles unitariamente que no es factible su identificación individual observar detalles indicado en el anexo 3; incluye, costos no operacionales de: mantenimiento, seguros, pago servicios públicos.

Se excluye otros equipos especiales no detallados en esta definición y uso de gases medicinales

4.4. Sala (hospitalaria) de Quemados

El derecho de esta sala incluye la dotación básica, uso de equipos convencionales, accesorios, esterilización, instrumental e implementos, material de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser usados en uno o en varios eventos (listado anexo 3) y la cobertura de atención por el personal de apoyo requerido, sean médicos residentes, personal de enfermería, circulantes, material de aseo, servicios básicos, otros servicios de hotelería, que requiera un paciente hospitalizado en esta sala. Se aplicará el código por una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario.

Si es sala individual, se cobrará el 100% de este código, caso contrario se facturará sólo el 50%.

Se excluye otros equipos especiales no detallados en esta definición y los honorarios de médicos tratantes e Interconsultas; y dispositivos médicos descartable e identificables individualmente por paciente.

4.5. Sala (cubículo) de Urgencias y Emergencias

El derecho de esta sala incluye la dotación básica, uso de equipos convencionales, accesorios, esterilización, instrumental e implementos, ropa reutilizable, material de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser usados en uno o en varios eventos (observar anexo 3) y la cobertura de atención por el personal de apoyo requerido, sean médicos residentes, personal de enfermería, material de aseo, servicios básicos, otros servicios que requiera un paciente en esta sala; excluye otros equipos especiales no detallados en esta definición y uso de gases medicinales
La permanencia de pacientes en este cubículo será de máximo 6 horas, NO se reconocerán otros valores por más tiempo de permanencia.

4.6. Sala de Observación en Urgencias y Emergencias

El derecho de este sala incluye la dotación básica, uso de equipos convencionales, accesorios, esterilización, instrumental e implementos, ropa reutilizable, material de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser usados en uno o en varios eventos (observar anexo 3) y la cobertura de atención por el personal de apoyo requerido, sean médicos residentes, personal de enfermería, material de aseo, servicios básicos, otros servicios que requiera un paciente en esta sala; excluye otros equipos especiales no detallados en esta definición y uso de gases medicinales

Estas salas de observación en Urgencia/ emergencia, se utilizará cuando la permanencia sea mayor de seis (6) horas; se reconocerán los valores según el nivel del establecimiento de salud y podrán ser aplicados por máximo 48 horas, según día censal.

5. Derechos de Sala de Cirugía - Uso de Quirófano

El sistema de cálculo de los derechos de esta sala, se lo realiza desde el momento que el paciente ingresa al quirófano para el calculo de su tiempo se deberá observar lo que indica el protocolo de anestesia, los códigos de esta sección serán utilizados para procedimientos quirúrgicos, para otros procedimientos de diagnostico/tratamiento por especialidad, obligatoriamente se deberá aplicar los códigos de otros derechos de salas/procedimientos.

En la normativa de prestación de servicios institucionales, se encuentra la tabla de códigos por tiempo quirúrgico y sus respectivas unidades de valor relativo (UVR), de acuerdo al nivel de complejidad de los servicios de salud.

El derecho de sala de cirugía incluye la dotación básica del quirófano, uso de equipos convencionales (mesa quirúrgica, maquinas de anestesia, lámpara cielítica, flujo laminar, equipo de anestesia con monitorización de gases y respirador, monitor de signos vitales multiparametro, aspirador, monitor desfibrilador, reloj, negastoscopio por quirófano), esterilización, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril, material directo atribuible al procedimiento, aporte del talento humano (excluye servicios profesionales médicos sección D), empleo de área física y no operacionales, tales como mantenimiento, seguros, pago servicios públicos; para el empleo de material de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser usados en uno o en varios eventos de debe aplicar la tabla de Materiales de Procedimientos de Cirugía.- materiales de uso menor, según el tiempo de la cirugía indicado en el protocolo de anestesia.

El bloque quirúrgico que por su actividad lo precise, contará con un aparato de radiodiagnóstico médico dotado de intensificador de imagen.

Excluye de este derecho, otros equipos especiales no detallados en esta definición y uso de gases medicinales.

En el caso de cirugía bilateral o procedimientos quirúrgicos múltiples, deberá registrarse en el protocolo operatorio estas particularidades para entender tiempos prolongados quirúrgicos.

5. Derecho de Uso de Equipos Especiales en Cuidados Intensivos, Sala de Cirugía u Otras Salas

Son los aparatos para uso especifico destinados a la atención medica en las salas de cuidados intensivos, sala de cirugía u otras salas como Balón de

Contrapulsación, Equipo de Laparoscopía, Craneotomo, Neuroendoscopio, Aspirador Ultrasónico, Ultrainsicion, Bomba de circulación extracorpórea, Navegador Orthopilot, uso de Rics y Pacs en Imagen (Voz-tele transportación de imágenes), microscopio quirúrgico, no considerados en la dotación normada de cada sala.

El planillaje de estos equipos para uso del paciente, será durante el período del procedimiento quirúrgico o de un día censal (0 y 24 horas), según el caso. El reconocimiento económico de estos equipos no esta determinada por tiempo de uso.

El uso de equipos especiales en cuidados intensivos, sala de cirugía u otras salas se caracterizan por ser aplicados para situaciones de riesgo para el paciente.

- Equipos de **muy alta complejidad**: se aplican a procedimientos o cirugías mayores o de alta complejidad, su utilización se facturará por cada equipo por una sólo vez, no se aplica tiempo de uso.

- Equipos de **alta complejidad**: se aplican a procedimientos o cirugías mayores o de alta complejidad, su utilización se facturará por cada equipo por una sola vez, no se aplica tiempo de uso, en el caso de la utilización de varios equipos únicamente podrá aplicarse hasta un máximo de 4 equipos.

- Equipos de **mediana complejidad**: en caso de la utilización de varios equipos únicamente podrá aplicarse hasta un máximo de 4 equipos.

- Equipos de **baja complejidad**: en caso de la utilización de varios equipos únicamente podrá aplicarse hasta un máximo de 2 equipos.

El uso de equipos especiales será usado exclusivamente en segundo y tercer nivel de complejidad, para justificar su cobro, deberá registrarse la utilización de los equipos en la guía de práctica clínica normada por la ASN o en el formato de las otras unidades hospitalarias y deben ser detallados en la planilla respectiva.

6. Otros Derechos De Salas/Procedimientos

En este numeral se detalla los códigos, unidades de valor relativo (UVR), para el reconocimiento económico por la utilización de salas para: procedimientos especiales, procedimientos de alta complejidad, recuperación, labor y parto, yesos, suturas, curaciones, hemodiálisis y diálisis peritoneal y otros procedimientos.

Para aplicar estos códigos las salas deberán estar calificadas como tal.

6.1. Salas para procedimientos de mediana complejidad

Corresponde al uso de salas distintas al derecho de sala de cirugía- uso de quirófano para la realización de procedimientos de diagnóstico y tratamiento de mediana complejidad. Se reconocerá por el derecho a su uso de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud.

El derecho de esta sala incluye la dotación básica de equipos de uso convencional, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril, aporte del talento humano (excluye servicios profesionales médicos sección D), empleo de área física, equipamiento, empleo de material de uso colectivo y de uso

múltiple que pueden ser usados en uno o en varios eventos (observar anexo 3) y no operacionales, tales como mantenimiento, seguros, pago servicios públicos.

Estas salas incluyen los equipos para procedimientos de mediana complejidad tales como: fotocoagulación de retina, procedimientos endoscópicos, quimioterapia.

Cuando se utilice este código para procedimientos de mediana complejidad NO se facturará uso de equipos por separado, ni sala de cirugía, tampoco lencería, equipo de monitoreo, desfibrilador.

Se facturará por separado los dispositivos médicos que sea identificados de manera unitaria que se usa por una sola vez y descartables para un solo paciente, su precio será el de compra institucional mas el 10% sobre la base imponible (precio sin impuestos) por gastos de gestión.

En el derecho de esta sala se aplicará las unidades de valor relativo (UVR) según nivel de complejidad de la institución y no se considerará el tiempo de permanencia.

6.2. Salas para procedimientos de alta complejidad

Corresponde al uso de salas distintas al derecho de sala de cirugía- uso de quirófano para la realización de procedimientos de diagnostico y tratamiento de alta complejidad. Se reconocerá por el derecho a su uso de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud.

El derecho de esta sala incluye la dotación básica de equipos de uso convencional, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril, aporte del talento humano (excluye servicios profesionales médicos sección D), empleo de área física, equipamiento, empleo de material de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser usados en uno o en varios eventos (observar anexo 3) y no operacionales, tales como mantenimiento, seguros, pago servicios públicos.

Estas salas incluyen los equipos para procedimientos de alta complejidad tales como: hemodinámica, angiografía, electrofisiología, embolización, entre otros.

Cuando se utilice el código, NO se facturará uso de equipos por separado, ni sala de cirugía, ni sala de recuperación o relacionados, tampoco lencería, equipo de monitoreo, desfibrilador, etc.

Se facturará por separado los dispositivos médicos que sean identificados de manera unitaria que se usa por una sola vez y descartable para un solo paciente, su precio será el de compra institucional mas el 10% sobre la base imponible (precio sin impuestos) por gastos de gestión.
En el derecho de esta sala se aplicará las unidades de valor relativo (UVR) según nivel de complejidad de la institución y no se considerará el tiempo de permanencia.

6.3. Sala de Recuperación

Se aplicará este código luego que el paciente haya sido referido de la sala de cirugía-uso de quirófano, cirugía o procedimientos invasivos del día, salas para

procedimientos de mediana complejidad, sala para procedimientos de alta complejidad.

El derecho de esta sala incluye la dotación básica de equipos de uso convencional (equipo de aspiración de secreciones, para administración de oxigeno, monitor de signos vitales), accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril, aporte del talento humano (excluye servicios profesionales médicos sección D), empleo de área física, equipamiento, empleo de material de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser usados en uno o en varios eventos (observar anexo 3) y no operacionales, tales como mantenimiento, seguros, pago servicios públicos.

En el derecho de sala de recuperación se aplicará las unidades de valor relativo (UVR) según nivel de complejidad de la institución y no se considerará el tiempo de permanencia.

6.4. Sala de Labor / Parto (incluye monitoreo fetal)

Corresponde al uso de sala distinta al derecho de sala de cirugía- uso de quirófano, este tipo de sala puede o no estar ubicada en el área de quirófanos, se reconocerá de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud y no es aplicable esta sala cuando se utiliza el paquete de prestación integral para este tipo de prestación indicado en la sección E y en el anexo 2 del presente tarifario.

El derecho de esta sala incluye la dotación básica de equipos de uso convencional, monitoreo fetal, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril, aporte del talento humano (excluye servicios profesionales médicos sección D), empleo de área física, equipamiento, empleo de material de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser usados en uno o en varios eventos (observar anexo 3) y no operacionales, tales como mantenimiento, seguros, pago servicios públicos.

Debe registrarse en el partograma el tiempo de uso de la sala, si la paciente está en periodo de labor o de parto.

En el derecho de esta sala se aplicará las unidades de valor relativo (UVR) según nivel de complejidad de la institución y no se considerará el tiempo de permanencia.

6.5. Sala de Recién Nacido (atención inmediata)

Cubre la atención inmediata del recién nacido normal en cuidados básicos, no es aplicable si el paciente pasa a la sala de cuidados intensivos e intermedios se utilizarán los códigos respectivos.

Su valor incluye las salas de estancia del recién nacido normal, su uso deberá ser justificado en el informe respectivo.

En el derecho de esta sala se aplicará las unidades de valor relativo (UVR) según nivel de complejidad del establecimiento de salud y no se considerará el tiempo de permanencia.

Bajo la modalidad de alojamiento conjunto se aplicará un factor adicional (1 UVR) por la presencia del recién nacido en la habitación de la madre.

6.6. Otros Derechos de Sala

Para aplicar estos códigos las salas deberán estar claramente identificadas como tales y calificadas en su cartera de servicios

6.6.1 Sala de Yesos, suturas y curaciones:

Incluye la utilización de los equipos, accesorios e implementos, material fungible, servicios de enfermería, excepto suministro médico, insumo o material de uso clínico-quirúrgico, que sea identificado de manera individual y unitaria, que se usa por una sola vez y descartables para un solo paciente, se facturarán de manera individual.

6.6.2 Hospital del Día:

Es el establecimiento por el cual el paciente recibe técnicas terapéuticas sin necesidad de abandonar el entorno familiar, el paciente es internado por un plazo máximo de hasta 12 horas, durante las cuales recibe todos los tratamientos especializados; los tratamiento pueden ser de salud mental, procedimientos de quimioterapia, hemoterapia, soporte a pacientes oncohematologicos, atención a pacientes hemofílicos, administración de medicamentos que requieren vigilancia, biopsias percutáneas, biopsias con punción, punción de cavidades diagnostica/terapéutica, pruebas diagnosticas terapéuticas (radiología intervencionista), procedimientos quirúrgicos ambulatorios. Se excluye la aplicación de códigos de salas de recuperación y/o observación

6.6.2 Hemodiálisis:

Se aplica sólo en casos agudos por sesión, cuando el paciente este hospitalizado por una patología diferente a nefrología y no corresponda a procedimientos por prestaciones integrales sección E. Incluye: la dotación y servicio de enfermería, la utilización de los equipos y elementos básicos de la unidad, servicios básicos, de aseo y dispositivos médicos fungibles de uso colectivo, sin rehuso de filtro.

6.6.3 En diálisis peritoneal:

Se refiere a la atención diaria en la unidad respectiva, cuando el paciente este hospitalizado por una patología diferente a nefrología y no corresponda a procedimientos por paquetes integrales de prestaciones. Incluye: la dotación y servicio de enfermería, la utilización de los equipos y básicos de la unidad, servicios básicos, de aseo y material e dispositivos médicos fungibles no especializados. Se aplicara, sólo en casos agudos.

6.6.4 Procedimientos exclusivos de monitoreo para prestadores públicos:

Se aplicará exclusivamente en intervenciones sistemáticas ambulatorias realizadas por enfermería, independientes de la atención de consulta externa, tales como: control de presión arterial, de signos vitales, peso y talla, inyección intramuscular, intravenosa, control de glucosa con tirilla, cambio sonda vesical, retiro de puntos, de yeso, administración de soluciones intravenosas, prueba de sensibilización rápida para penicilina, insulina, inyecciones subcutáneas. No incluye dispositivos médicos individualizables.

7 Materiales de Procedimientos de Cirugía – Materiales de Uso Menor (Fungibles).

Los materiales de cirugía – materiales de uso menor, que se utilicen en procedimientos quirúrgicos y el empleo de materiales de uso colectivos y de uso múltiple que pueden ser utilizados en uno o en varios eventos no medibles unitariamente que no es factible su identificación individual, se facturarán de acuerdo al tiempo indicado en el protocolo de anestesia aplicando sus respectivas unidades de valor relativo (UVR), de acuerdo al nivel de atención de los servicios de salud.

8 Manejo de Pacientes en Hospitalización

Si un paciente por su condición de salud demanda atención en dos servicios, la habitación y cuidados diarios serán facturados al servicio al cual ingresó inicialmente, de acuerdo al registro censal de camas, excepto cuando el paciente sea transferido de terapia intensiva/intermedia a la sala de hospitalización.

Contenido de Servicios de Hotelería y Otros

1. Servicios de Habitación.

Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR NIVEL DE ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	HABITACION			
381110	HABITACION INDIVIDUAL. INSTITUCIONES PRIMER NIVEL	5,87	0,00	0,00
381121	HABITACION DE DOS CAMAS. INSTITUCIONES PRIMER NIVEL	5,51	0,00	0,00
381132	HABITACION TRES CAMAS. INSTITUCIONES PRIMER NIVEL	4,46	0,00	0,00
381143	HABITACION MULTIPLE (HASTA 4 CAMAS).INSTITUCIONES PRIMER NIVEL	4,10	0,00	0,00
381210	HABITACION INDIVIDUAL. INSTITUCIONES SEGUNDO NIVEL	0,00	8,31	0,00
381221	HABITACION DE DOS CAMAS.INSTITUCIONES SEGUNDO NIVEL	0,00	7,56	0,00
381232	HABITACION TRES CAMAS. INSTITUCIONES SEGUNDO NIVEL	0,00	6,43	0,00
381243	HABITACION MULTIPLE (HASTA 4 CAMAS). INSTITUCIONES SEGUNDO NIVEL	0,00	5,28	0,00
381310	HABITACION INDIVIDUAL. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	12,25
381321	HABITACION DE DOS CAMAS. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	10,48
381332	HABITACION TRES CAMAS. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	8,71
381343	HABITACION MULTIPLE (HASTA 4 CAMAS). INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	7,85
381344	CAMA DE ACOMPAÑANTE Y DIETA: en casos exclusivamente en condición crítica que sea indicación de médico tratante.	0,00	7,85	7,85

.

2. Cuidado y Manejo Diario

Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
387401	CUIDADO Y MANEJO DIARIO. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	1,85
387452	CUIDADO Y MANEJO DIARIO. INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL	0,00	1,33	0,00
387503	CUIDADO Y MANEJO DIARIO. INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL	0,92	0,00	0,00

3. Dieta Hospitalaria

Se aplicará el código, mientras permanece hospitalizado el paciente en habitaciones individuales, múltiples de dos camas, de tres camas y de cuatro camas

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	ALIMENTACION			
382110	DESAYUNO. INSTITUCIONES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	0,34	0,34	0,00
382121	ALMUERZO. INSTITUCIONES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	0,68	0,68	0,00
382132	MERIENDA. INSTITUCIONES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	0,68	0,68	0,00
382143	REFRIGERIOS* SE RECONOCE DOS REFRIGERIOS DIARIOS. INSTITUCIONES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	0,07	0,07	0,00
382210	DESAYUNO. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	0,44
382221	ALMUERZO. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	0,88
382232	MERIENDA. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	0,88
382243	REFRIGERIOS* SE RECONOCE DOS REFRIGERIOS DIARIOS. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	0,08

4. Derecho de Uso de Salas Según Tipo de Procedimientos Identificables

Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario.

4.1. Unidad de Trasplante

Comprende los servicios básicos y la utilización de equipos propios de la sala tales como: monitores, ventilación, desfibrilación, incluye cuidado y manejo diario.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	UNIDAD DE TRASPLANTE			
383110	SALA ESPECIAL INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	11,39
	Comprende los servicios básicos y la utilización de equipos básicos propios de la sala tales como: monitores, ventilación, desfibrilación.			

4.2. Unidad de Cuidado Intensivo

Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario; cuando la permanencia en las unidades de cuidados intensivos sea menor de doce horas se cobrará el 50% del valor de la sala. Si es superior a doce horas se aplicará el valor total.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
383210	CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS Y NINOS/NEONATOLOGIA INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL	0,00	30,58	0,00
383221	CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS Y NINOS/NEONATOLOGIA, INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	38,22

4.3. Unidad de Cuidado Intermedio

Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario; cuando la permanencia en las unidades de cuidados intermedios sea menor de doce horas se cobrará el 50% del valor de la sala. Si es superior a doce horas se aplicará el valor total.

CODIGO	DESCRIPCION	NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III

	UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO			
383310	SALA ESPECIAL, ADULTOS Y NINOS; INCLUYE ATENCION EN INCUBADORA DE RECIEN NACIDOS. INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL	0,00	18,18	0,00
383320	SALA ESPECIAL, ADULTOS Y NINOS; INCLUYE ATENCION EN INCUBADORA DE RECIEN NACIDOS. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	22,73

4.4. Unidad de Quemados

Cuando la situación medica del paciente lo amerite y haya salido de la fase critica, se aplicará el código de cuidado intermedio, si es sala individual, se cobrará el 100% de este código, caso contrario se facturará sólo el 50%.

CODIGO	DESCRIPCION	NIVEL DE ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	UNIDAD DE QUEMADOS			
383410	CUIDADO INTERMEDIO. INSTITUCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL	0,00	26,74	26,74
383421	CUIDADO INTENSIVO. INSTITUCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL	0,00	38,22	38,22

4.5. Cubículo de Urgencias / Emergencias

Cuando la permanencia sea inferior a seis (6) horas se reconocerán los valores señalados en esta cubículo. Cuando supere las 6 horas se reconocerán los valores señalados para Sala de observación, según el nivel del establecimiento de salud y se reconocerá el derecho de este cubículo. Para permanencia de más de 8 horas en este cubículo se pagará el mismo valor.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	URGENCIAS			
383710	CUBICULO DE EMERGENCIA INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL	2,26	0,00	0,00
383721	CUBICULO DE EMERGENCIA. INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL	0,00	2,83	0,00
383733	CUBICULO DE EMRGENCIA. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	3,60

4.6. Sala de Observación de Urgencias / Emergencias

Cuando en el establecimiento de salud exista sala de observación en urgencias, la permanencia mayor a seis (6) horas, será reconocida los valores señalados en esta sala por un máximo de 48 horas, según dia censal, se aplicará según el nivel del establecimiento de salud y adicionalmente, se reconocerá cubículo de urgencias/emergencia por las seis primeras horas.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	SALA OBSERVACIÓN EMERGENCIAS/URGENCIAS			
383735	SALA DE OBSERVACION INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL	4,10	0,00	0,00
383736	SALA DE OBSERVACION INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL	0,00	4,51	0,00
383737	SALA DE OBSERVACION INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	5,41

5. Derechos de Sala de Cirugía

Se aplica el códigos según el tiempo indicado en el protocolo de anestesia.

ODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	DERECHOS DE SALA DE CIRUGIA			
	TIEMPO QUIRÚRGICO HORAS			
394010	HASTA15MIN. INSTITUCIONES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	6,26	6,26	0,00
394021	DESDE 16 HASTA 30 MINUTOS INSTITUCIONES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	8,17	8,17	0,00
394032	DESDE 31 MIN. HASTA45MIN. INSTITUCIONES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	10,20	10,20	0,00
394043	DESDE 46 MIN. HASTA 60 MIN- 1 HORA. INST. PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	13,06	13,06	0,00
394054	DESDE 61 MIN. HASTA90 MIN. 1 1/2 HORA. INST... PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	19,59	19,59	0,00
394065	DESDE 91 MIN. HASTA120 MIN 2 HORAS. INST. PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	26,13	26,13	0,00
394076	DESDE 121 MIN. HASTA150 MIN. 2 1/2 HORAS. INST. PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	29,69	29,69	0,00
394087	DESDE 151 MIN. HASTA180 MIN. 3 HORAS. INST. PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	35,62	35,62	0,00
394098	DESDE 181 MIN. HASTA210 MIN. 3 1/2 HORAS. INST. PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	41,56	41,56	0,00
394109	DESDE 211 MIN. HASTA240 MIN. 4 HORAS. INST. PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	47,50	47,50	0,00
394110	DESDE 241 MIN. HASTA270 MIN. 4 1/2 HORAS. INST. PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	53,44	53,44	0,00
394121	DESDE 271 MIN. HASTA300 MIN. 5 HORAS. INST. PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	59,37	59,37	0,00
394132	DESDE 301 MIN. HASTA330 MIN. 5 1/2 HORAS. INSt. PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	65,31	65,31	0,00
394143	DESDE 331 MIN. HASTA360 MIN. 6 HORAS. INST. PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	71,25	71,25	0,00
394154	DESDE 361 MIN. HASTA390 MIN. 6 1/2 HORAS. INST. PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	77,18	77,18	0,00
394165	DESDE 391 MIN. HASTA420 MIN. INST. PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	78,19	78,19	0,00
394200	HASTA15MIN. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	8,76
394211	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	11,44
394222	DESDE 31 MIN. HASTA45MIN. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	14,28
394233	DESDE 46 MIN. HASTA60 MIN 1 HORA. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	,00	18,28
394244	DESDE 61 MIN. HASTA90 MIN. 1 1/2 HORA. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	27,43
394255	DESDE 91 MIN. HASTA120 MIN 2 HORAS. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	36,58
394266	DESDE 121 MIN. HASTA150 MIN. 2 1/2 HORAS. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	41,56
394277	DESDE 151 MIN. HASTA180 MIN. 3 HORAS. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	49,87
394288	DESDE 181 MIN. HASTA210 MIN. 3 1/2 HORAS. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	58,18
394299	DESDE 211 MIN. HASTA240 MIN. 4 HORAS. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	66,50
394301	DESDE 241 MIN. HASTA270 MIN. 4 1/2 HORAS. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	74,81
394312	DESDE 271 MIN. HASTA300 MIN. 5 HORAS. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	83,11
394323	DESDE 301 MIN. HASTA330 MIN. 5 1/2 HORAS. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	91,43
394333	DESDE 331 MIN. HASTA360 MIN. 6 HORAS. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	99,75
394344	DESDE 361 MIN. HASTA390 MIN. 6 1/2 HORAS. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	108,05
394355	391 MIN. HASTA420 MIN. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	109,46

NOTA: A partir de la séptima hora se cobrará adicionalmente la fracción del tiempo quirúrgico u horas, en función de la tabla descrita

6. Materiales de Procedimientos de Cirugía – Materiales de Uso Menor (Fungibles).

Se aplica el códigos según el tiempo indicado en el protocolo de anestesia

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	MATERIALES DE PROCEDMIENTOS EN CIRUGÍA – MATERIALES DE USO MENOR (FUNGIBLES)			
396010	HASTA15MIN. INSTITUCIONES PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	2,28	2,28	0,00
396021	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	2,40	2,40	0,00
396032	DESDE 31 MIN. HASTA45MIN. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	2,51	2,51	0,00
396043	DESDE 46 MIN. HASTA60 MIN 1 HORA. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	2,63	2,63	0,00
396054	DESDE 61 MIN. HASTA90 MIN. 1 1/2 HORA. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	2,90	2,90	0,00
396065	DESDE 91 MIN. HASTA120 MIN 2 HORAS. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	3,05	3,05	0,00
396076	DESDE 121 MIN. HASTA150 MIN. 2 1/2 HORAS. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	3,37	3,37	0,00
396087	DESDE 151 MIN. HASTA180 MIN. 3 HORAS. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	3,70	3,70	0,00
396098	DESDE 181 MIN. HASTA210 MIN. 3 1/2 HORAS. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	4,07	4,07	0,00
396109	DESDE 211 MIN. HASTA240 MIN. 4 HORAS. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	4,48	4,48	0,00
396110	DESDE 241 MIN. HASTA270 MIN. 4 1/2 HORAS. INST.PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	4,93	4,93	0,00
396121	DESDE 271 MIN. HASTA300 MIN. 5 HORAS. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	5,43	5,43	0,00
396132	DESDE 301 MIN. HASTA330 MIN. 5 1/2 HORAS. INST.PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	5,97	5,97	0,00
396143	DESDE 331 MIN. HASTA360 MIN. 6 HORAS. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	6,57	6,57	0,00
396154	DESDE 361 MIN. HASTA390 MIN. 6 1/2 HORAS. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	7,22	7,22	0,00
396165	DESDE 391 MIN. HASTA420 MIN. INST. PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	7,95	7,95	0,00
396210	HASTA15MIN. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	2,96
396221	DESDE 16 MIN. HASTA30MIN. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	3,11
396232	DESDE 31 MIN. HASTA45MIN. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	3,26
396243	DESDE 46 MIN. HASTA60 MIN 1 HORA. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	3,42
396254	DESDE 61 MIN. HASTA90 MIN. 1 1/2 HORA. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	3,77
396265	DESDE 91 MIN. HASTA120 MIN 2 HORAS. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	3,97
396276	DESDE 121 MIN. HASTA150 MIN. 2 1/2 HORAS. INST. TERCER NIVEL	0,00	0,00	4,38
396287	DESDE 151 MIN. HASTA180 MIN. 3 HORAS.INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	4,81
396298	DESDE 181 MIN. HASTA210 MIN. 3 1/2 HORAS. INST. TERCER NIVEL	0,00	0,00	5,29
396309	DESDE 211 MIN. HASTA240 MIN. 4 HORAS. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	5,82
396310	DESDE 241 MIN. HASTA270 MIN. 4 1/2 HORAS.INST. TERCER NIVEL	0,00	0,00	6,41
396321	DESDE 271 MIN. HASTA300 MIN. 5 HORAS. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	7,06
396332	DESDE 301 MIN. HASTA330 MIN. 5 1/2 HORAS.INST. TERCER NIVEL	0,00	0,00	7,76
396343	DESDE 331 MIN. HASTA360 MIN. 6 HORAS. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	8,54
396354	DESDE 361 MIN. HASTA390 MIN. 6 1/2 HORAS. INST. TERCER NIVEL	0,00	0,00	9,39
396365	DESDE 391 MIN. HASTA420 MIN. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	10,34
	NOTA 1: Únicamente se facturará un solo código de material de cirugía, por evento quirúrgico hasta 7 horas.			

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	NOTA 2: A partir de la séptima hora de quirófano se facturará las fracciones de tiempo de manera adicional			

7. Derecho de Uso de Equipos Especiales

Para justificar su cobro, deberá registrarse la utilización de los equipos en el protocolo o informe del procedimiento respectivo.

7.1 DETALLE DE EQUIPOS ESPECIALES

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	USO DE EQUIPOS DE MUY ALTA COMPLEJIDAD (uso por cada equipo)			
900001	ASPIRADOR ULTRASONICO	0,00	0,00	20,00
900002	NAVEGADOR ORTHO PILOT	0,00	0,00	20,00
900004	GREEN LASER (LASER UROLOGICO)	0,00	0,00	20,00
900005	BOMBA DE CORAZON-CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA	0,00	0,00	20,00
900006	EQUIPO-CIRUGIA ESTEREOTAXICA	0,00	0,00	20,00
900007	CONSOLA (BOMBA) DE CONTRAPULSACIÓN	0,00	0,00	20,00
900008	EXCIMER LÁSER	0,00	0,00	20,00
900009	LITROTRIPTOR INTRACORPOREO	0,00	0,00	20,00
900010	UTILIZACION COOL-TIP	0,00	0,00	20,00
900011	ESTREVOSCOPIO LARINGEO Y COMPUTADORA DE REHABILITACIÓN DE VOZ	0,00	0,00	20,00
900012	TOMOGRAFO PARA OTORRINOLARINGOLOGIA EN POSICIÓN VERTICAL O SENTADO	0,00	0,00	20,00
900013	NEUROENDOSCOPIO	0,00	0,00	20,00
900014	ULTRAINSICION,	0,00	0,00	20,00
900015	RICS Y PACS EN IMAGEN (VOZ-TELETRANSPORTACIÓN DE IMÁGENES)	0,00	0,00	20,00
	USO DE EQUIPOS DE ALTA COMPLEJIDAD (uso hasta 6 equipos)			
800010	USO BISTURI ARMONICO	0,00	15,00	15,00
800006	MEDIASTINOSCOPIO	0,00	15,00	15,00
800007	ULTRASONIDO ENDOSCOPICO	0,00	15,00	15,00
800001	BALON PARA ACALASIA	0,00	15,00	15,00
800012	USO EQUIPO GET PROBE MAS USO DE SONDA TERMICA	0,00	15,00	15,00
800014	USO MICROSCOPICO QUIRURGICO-MICROCIRUGIA	0,00	15,00	15,00
800013	USO LASER PIEL	0,00	15,00	15,00
800005	EQUIPO LASER (EJEMPLO: APLICACION ENDOVASCULAR)	0,00	15,00	15,00
800004	EQUIPO INTACS (OFTALMOLOGIA)	0,00	15,00	15,00
800003	EQUIPO CROSS LINKING (OFTALMOLOGIA)	0,00	15,00	15,00
800016	VITRECTOR	0,00	15,00	15,00
800009	URETEROSCOPIO CON CALCUSPLIT	0,00	15,00	15,00
800008	URETEROSCOPIO	0,00	15,00	15,00
800015	USO VITREOFAGO DORC	0,00	15,00	15,00
800011	USO ENDOLASER HGM	0,00	15,00	15,00
800017	YANG LASER	0,00	15,00	15,00
	USO DE EQUIPOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD (uso de hasta 4 equipos)			
700033	USO EQUIPO PILLCAM	0,00	10,00	10,00
700035	USO MONITOR GASTO CARDIACO INVASIVO O MINIMAMENTE INVASICO	0,00	10,00	10,00
700021	MONITOREO DE PIC, SOLO SI ES EQUIPO APARTE DE MONITOR	0,00	10,00	10,00
700034	USO MICROENDOSCOPIO	0,00	10,00	10,00
700009	EQUIPO DE CRIOAPLICACION	0,00	10,00	10,00
700003	BOMBA IRRIGACION / ASPIRACION	0,00	10,00	10,00
700004	COCHE DE PARO-REANIMACION CARDIOPULMONAR SOLO SI NO ES EN UCI O EMERGENCIA	0,00	10,00	10,00
700006	CRANEOTOMO	0,00	10,00	10,00

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
700031	USO EQ.ARTHRO CARE	0,00	10,00	10,00
700019	MICROFRESADOR	0,00	10,00	10,00
700037	VIDEO COLEDOCOSCOPIO	0,00	10,00	10,00
700008	ELECTROCAUTERIO DE ARGON	0,00	10,00	10,00
700015	FIBROSCOPIO ADULTO	0,00	10,00	10,00
700013	EQUIPO MORCELADOR	0,00	10,00	10,00
700025	PANTALLA INST.CIRUG.UROLOG LAS	0,00	10,00	10,00
700030	USO ENDOLASER HGM	0,00	10,00	10,00
700032	USO EQUIPO MAXILOFACIAL	0,00	10,00	10,00
700024	MOTOR SHEAVER	0,00	10,00	10,00
700005	COLANG.+EXTRACC.DE CAL.BILIAR	0,00	10,00	10,00
700029	USO DILATADOR SAVARY	0,00	10,00	10,00
700012	EQUIPO ECOENDOSCOPIO	0,00	10,00	10,00
700001	BICAP	0,00	10,00	10,00
700026	PAPILOTOMO DASH	0,00	10,00	10,00
700007	DERMATOMO PABEGET	0,00	10,00	10,00
700017	LIPOSUCCIONADOR, EXCLUYE CIRUGIA ESTETICA	0,00	10,00	10,00
700018	LUMINOTERAPIA SI APARTE DE TERMOCUNA	0,00	10,00	10,00
700002	BOMBA INYECCION ACEITE SILICON (OFTALMOLOGIA)	0,00	10,00	10,00
700027	SISTEMA VISUALIZACION (OFTALMOLOGIA)	0,00	10,00	10,00
700014	EQUIPO RADIOFRECUENCIA	0,00	10,00	10,00
700020	MICROMOTOR ELCTRICO	0,00	10,00	10,00
700023	MOTOR ACULAN	0,00	10,00	10,00
700011	EQUIPO DE PHMETRIA	0,00	10,00	10,00
700010	EQUIPO DE MANOMETRIA	0,00	10,00	10,00
700016	INTENSIFICADOR DE IMAGENES	0,00	10,00	10,00
	USO DE EQUIPOS DE BAJA COMPLEJIDAD (uso de hasta 2 equipos)			
600011	TORNIQUETE NEUMATICO	0,00	5,00	5,00
600012	VIDEO ENDOSCOPIO DIGESTIVO ALTO	0,00	5,00	5,00
600002	COLONOSCOPIO/SIGMOIDEOSCOPIO RIGIDO O FLEXIBLE/ANOSCOPIO	0,00	5,00	5,00
600003	EQUIPO DILATACION ESOFAGICA	0,00	5,00	5,00
600008	PINZA EXTRACCION CUERPO EXTRANO-VIA ENDOSCOPICA	0,00	5,00	5,00
600010	PINZA POLIPECTOMIA GASTRICA	0,00	5,00	5,00
600009	PINZA POLIPECTOMIA COLONICA	0,00	5,00	5,00
600005	BRONCOSCOPIO	0,00	5,00	5,00
600001	CISTOSCOPIO	0,00	5,00	5,00
600007	HISTEROSCOPIO	0,00	5,00	5,00

Estos códigos no se cobraran aislados del procedimiento clínico o quirúrgico realizado y deberán corresponder al mismo.

En el caso de que se requiere equipos de muy alta complejidad y no se encuentre en esta sección o cuando el establecimiento de salud requiere no sólo el equipo sino el servicio, se seguirá los procedimientos normados para la adquisición de servicios.

Este procedimiento será realizado por la Subcomisión de tarifario en el plazo máximo de 30 días, en base a criterios de medicina basada en evidencias de su uso y el procedmiento normado para inclusión de procedimientos.

8. Otros Derechos de Sala/Procedimientos

Corresponde al uso de salas distintas al derecho de sala de cirugía- uso de quirófano para la realización de procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Se reconocerá por el derecho a su uso de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud. Se aplicará el código una sola vez cada día, de acuerdo al censo diario.

8.1 Derecho de Sala de Mediana Complejidad

Derecho de mediana complejidad dotadas para tal fin (fotocoagulación de retina, procedimientos endoscópicos, quimioterapias, entre otras), incluye el empleo de material de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser usados en uno o en varios eventos (observar anexo 3), no se considerará el tiempo de permanencia.

En procedimientos de quimioterapia ambulatorios de menor 8 horas se cobrará el 35 % del valor establecido para este tipo de salas.

No incluye en el valor: dispositivos médicos fungibles identificados unitariamente al paciente, oxigeno, gases medicinales, medicamentos, sala recuperación

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	SALAS PARA PROCEDIMIENTOS DE MEDIANA ATENCION			
395151	DERECHOS DE SALA . INST. PRIMER NIVEL	5,00	0,00	0,00
395162	DERECHOS DE SALA INST. SEGUNDO NIVEL	0,00	7,00	0,00
395173	DERECHOS DE SALAS . INST. TERCER NIVEL	0,00	0,00	10,00

8.2 Derechos de Sala de Procedimientos de Alta Complejidad (hemodinámica, angiografía, electrofisiología, embolización)

Se consideran procedimientos de alta complejidad: hemodinámica, angiografía, electrofisiología, embolización, incluye empleo de material de uso colectivo y de uso múltiple que pueden ser usados en uno o en varios eventos (observar anexo 3), no se considerará el tiempo de permanencia. Cuando se utiliza este código no se facturará uso de equipos por separado, sala de cirugía.

No incluye el valor de dispositivos médicos fungibles identificados unitariamente al paciente, oxigeno, gases medicinales, medicamentos, sala recuperación

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	DERECHOS DE SALA PARA PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD			
395181	ESTE VALOR INCLUYE: USO DEL EQUIPO PROPIOS DE CADA PROCEDIMIENTO, INTENSIFICADOR DE IMAGEN, LENCERIA, EQUIPO DE MONITOREO, DESFIBRILADOR, ETC. NO INCLUYE EL VALOR DE: DISPOSITIVOS MEDICOS FUNGIBLE, MEDICAMENTOS, CATETERES, GUIAS, CUERDAS, BALONES, STENTS, RASHKIND, INOUE, AGUJA BROCKENBROGHT, CATETER BROCKENBROGHT, TIPS HEPATICOS, ROTABLATOR, MANIFOLD, LEADS, CANASTILLAS, INTRODUCTORES), CUANDO EL PROCEDIMIENTO SEA MAYOR DE 2 HORAS SE PAGARA 20% ADICIONAL POR HORA. INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	82,00

8.3 Derechos de Sala de Labor y Parto (incluye monitoreo fetal)

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
395301	INSTITUCIONES DE PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	16,95	16,95	0,00
395312	INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	20,00

8.4 Derechos de Sala de Recién Nacidos

8.4.1 Sala Recién Nacido (Atención Inmediata)

Cubre la atención inmediata del recién nacido normal en cuidados mínimos. Para cuidados intensivos e intermedios se utilizarán los códigos respectivos.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	SALA RECIEN NACIDO			
383510	TERMOCUNA INSTITUCIONES PRIMER NIVEL	4,27	0,00	0,00
383521	TERMOCUNA INSTITUCIONES SEGUNDO NIVEL	0,00	4,70	0,00
383532	TERMOCUNA INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	5,17

Nota: Se utilizará el cobro de esta sala cuando sea múltiple para varios RN sanos, nacidos a término, estables, que pueden respirar solos y mantener su temperatura corporal que son separados de la madre por alguna razón especial y requiere cuidados de RN sanos y observación.

8.4.2 Recién Nacido - Alojamiento Conjunto

Factor que se adiciona al cobro de la habitación de la madre por alojamiento del recién nacido.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	ATENCION DE RECIEN NACIDO - ALOJAMIENTO CONJUNTO			
383550	ALOJAMIENTO CONJUNTO. INSTITUCIONES PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL	1,84	1,84	0,00
383560	ALOJAMIENTO CONJUNTO. INSTITUCIONES TERCER NIVEL	0,00	0,00	1,84

Nota: Se utilizará el cobro de esta sala cuando se mantenga al RN normal en cuna simple y de forma permanente con la madre y requiere cuidados mínimos.

8.5 Hospital del Día

Corresponde a permanencias de hasta 12 horas

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
383810	PERMANENCIA DIURNA PARA TRATAMIENTO Y/O CIRUGIAS AMBULATORIAS DEL PACIENTE, EXCEPTO LA PERNOCTADA INSTITUCIONES DE II NIVEL	0,00	4,00	0,00
383821	PERMANENCIA DIURNA PARA TRATAMIENTO AMBULATORIO Y/O CIRUGIAS AMBULATORIAS DEL PACIENTE, EXCEPTO LA PERNOCTADA INSTITUCIONES DE III NIVEL	0,00	0,00	6,00

8.6 Sala de Yesos, suturas y curaciones

Se facturarán estas salas siempre y cuando hayan sido calificadas por el ente financiador/prestador de las prestaciones medicas

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	OTRAS SALAS			
395401	SALA DE YESOS, SI HAY ESPACIO ESPECIFICO	2,32	2,32	2,32
395452	SALA PARA SUTURAS, SI HAY ESPACIO ESPECIFICO	1,64	1,64	1,64
395503	SALA PARA CURACIONES, SI HAY ESPACIO ESPECIFICO	1,00	1,00	1,00

8.7 Hemodiálisis o Diálisis solo en casos de agudos.

Valor por sesión o atención diaria aplicable únicamente para pacientes agudos hospitalizados por una patología diferente a nefrología y que requieren este procedimiento.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	Incluye: dispositivos medicos no individualizados, servicio de enfermeria, utilizacion de los equipos para el procedimiento y elementos basicos de la unidad, servicios publicos y de aseo. solo en caso de agudos hospitalizados por una patologia diferentes a nefrologia			
394654	instituciones de segundo nivel	0,00	4,24	0,00
394664	instituciones de tercer nivel	0,00	0,00	7,84

8.8 En diálisis peritoneal

Valor por sesión o atención diaria aplicable únicamente para pacientes hospitalizados por una patología diferente a la de nefrología.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	INCLUYE: DOTACION DE DISPOSITIVOS MEDICOS NO INDIVIDUALIZADOS, SERVICIO DE EMFERMERIA, UTILIZACION DE LOS EQUIPOS PARA EL PROCEDIMIENTO Y ELEMENTOS BASICOS DE LA UNIDAD, SERVICIOS PUBLICOS Y DE ASEO, EN AGUDOS.			
395655	INSTITUCIONES SEGUNDO NIVEL	0,00	3,15	0,00
395667	INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	0,00	0,00	4,60

8.9 Procedimientos exclusivos de monitoreo en prestadores de la Red Publica Integral de Salud

Aplicadas exclusivamente en intervenciones sistemáticas ambulatorias realizadas por enfermería, independientes de la atención de consulta externa.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL ATENCION		
		UVR I	UVR II	UVR III
	PROCEDIMIENTOS EXCLUSIVOS DE MONITOREO			
395551	CONTROL DE PRESION ARTERIAL	0,08	0,08	0,08
395562	CONTROL DE SIGNOS VITALES	0,20	0,20	0,20
395573	CONTROL PESO Y TALLA	0,08	0,08	0,08
395584	INYECCION INTRAMUSCULAR	0,11	0,11	0,11
395595	INYECCION INTRAVENOSA	0,14	0,14	0,14
395606	CONTROL DE GLUCOSA CON TIRILLA	0,12	0,12	0,12
395607	CAMBIO SONDA VESICAL	0,42	0,42	0,42
395608	RETIRO DE PUNTOS	0,34	0,34	0,34
395609	RETIRO DE YESO	0,51	0,51	0,51
395601	ADMINISTRACION DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS	0,12	0,12	0,12
395602	PRUEBA DE SENSIBILIZACION RAPIDA PARA PENICILINA, INSULINA	0,11	0,11	0,11
395603	INYECCIONES SUBCUTANEAS	0,11	0,11	0,11

CAPITULO II
SERVICIO DE TRANSPORTE Y ASISTENCIA SANITARIA

En este capítulo se detalla el pago del traslado sanitario asistido, que incluye los servicios por el personal médico y/o paramédico y dispositivos médicos y según el tipo de la transporte sanitario sea de tipo primario o secundario.

En la ambulancia se podrán facturar las medicinas y dispositivos médicos identificados individualmente para el paciente, de acuerdo a SECCION A-NORMAS GENERALES, numeral 6, diferentes a los stock normados que debe tener una ambulancia.

Todo traslado se cuenta desde la movilización de origen base del transporte al sitio de la emergencia, traslado al establecimiento de salud respectivo y hasta el retorno al punto de origen base, por lo que los km expresados en los UVR de este capítulo están considerados de ida y vuelta.

En caso de que una ambulancia de cualquier tipología haya llegado al sitio del siniestro con orden de despacho y no realizó el servicio, solo se reconocerá el valor del 50%.

Transporte Sanitario.- El transporte sanitario es el traslado de personas enfermas, accidentadas o por otros motivos de salud, para lo cual se utilizan vehículos especialmente acondicionados y equipados, se clasifica en:

a. Transporte Primario o Atención Prehospitalaria:

Es el conjunto de talento humano, vehículos sanitarios, equipos, sistemas de comunicación y transmisión biomédica e informática; que es transversal a todos los niveles de atención, destinado a lograr el acceso, liberación, triage, atención primaria, estabilización y traslado del paciente en condición de emergencia/urgencia, desde el propio lugar de los acontecimientos hasta su disposición en un establecimiento de salud.

Se activa desde la alerta, notificación o solicitud de ayuda que realiza la comunidad a la central de emergencia o centro regulador, donde se evalúa la veracidad y complejidad del requerimiento y consecuentemente se da el despacho del vehículo de transporte sanitario hacia la escena de emergencia.

b. Transporte Secundario entre Establecimientos de Salud:

Se define como el conjunto de talento humano, vehículos sanitarios, equipos, sistemas de comunicación y transmisión biomédica e informática; que es transversal a todos los niveles de atención, cuya función es el transporte del paciente entre establecimientos de salud, cumpliendo con los criterios de referencia, derivación, contrareferencia y tranferencia, incluido el transporte desde una unidad operativa al domicilio.

1. TIPOLOGIA DE TRANSPORTE SANITARIO:

1.1 Vehículo de Asistencia y Evaluación Rápida

Son vehículos rápidos y pequeños de gran maniobrabilidad. Cuenta mínimo con un operador de vehículo sanitario y un profesional en atención pre-hospitalaria, quien es el encargado de iniciar la asistencia de salud y evaluación de la escena de emergencia “in situ”, brinda información al centro

regulador sobre tipo de evento, número de víctimas, riesgos específicos asociados a la escena y requerimientos especiales según la complejidad del evento adverso. Pueden ser de dos tipos motos y auto.

1.2 **Ambulancia de traslado simple.-**

Son vehículos de transporte sanitario con equipamiento, medicamentos, dispositivos médicos y talento humano necesario para la atención a pacientes cuya condición clínica no suponga riesgo vital y no amerite cuidados especiales. Cuenta con un operador de vehículo sanitario y un paramédico.

Este tipo de unidad de transporte sanitario brinda soporte a las actividades propias del transporte secundario (referencia, derivación, contrarreferencia o traslado del paciente hasta su domicilio) su uso está supeditado al transporte de pacientes que no ameriten cuidados especiales, es decir pacientes estables sin riesgo vital.

Para el traslado simple se establece una facturación por perímetro de circulación, que corresponde al área geográfica donde se encuentra su base, este tipo de ambulancia se facturará en traslados de pacientes cuando estén hospitalizados o por consulta externa en condiciones estables para la realización de procedimientos diagnostico/tratamiento a un establecimiento de salud diferente.

1.3 Ambulancia de Soporte Vital Integral

Este tipo de ambulancia garantiza la capacidad de cobertura de usuarios que requieran soporte vital básico y/o soporte vital avanzado, considerándolo como un vehículo de transporte sanitario integral adaptado a la necesidad del país en función de economía y accesibilidad para la población, el equipamiento de este es acorde para brindar soporte vital básico y soporte vital avanzado con los respectivos medicamentos y dispositivos médicos para estos servicios y prestaciones garantizando la estabilización, transporte, ventilación asistida y monitoreo hacia un establecimiento de salud acorde y de la complejidad requerida. Se debe considerar su clasificación en:

1.3.1 Ambulancia de soporte vital básico

Son vehículos de transporte sanitario con el equipamiento, medicamentos, dispositivos médicos y talento humano necesario para la atención a pacientes cuya condición clínica suponga un riesgo vital bajo si se toman las medidas oportunas y no requiere cuidados especiales. Cuenta mínimo con un operador del vehículo sanitario y un profesional en atención pre-hospitalaria.

1.3.2 Ambulancia de soporte vital avanzado

Son vehículos de transporte sanitario con el equipamiento, medicamentos, dispositivos médicos y talento humano necesario para la atención a pacientes cuya condición clínica suponga un riesgo potencial o inminente para la vida y requiere cuidados especiales. Cuenta mínimo con un operador del vehículo sanitario, dos profesionales en atención pre-hospitalaria, no podrá movilizare si un profesional de la salud no es incluido.

Para el traslado de pacientes que requieran soporte vital de mediana complejidad se reconoce el punto de arranque, así como el pago adicional por kilómetro cuando su recorrido es fuera del área geográfica de acción o de influencia, según las definiciones nacionales.

En este tipo de ambulancia se podrá facturar los honorarios profesionales de la sección evaluación y manejo, los medicamentos y dispositivos médicos identificados unitariamente para el paciente, de acuerdo a SECCION A-NORMAS GENERALES, numeral 6, diferentes a los básicos que debe tener este tipo de ambulancia, observar lo indicado en el anexo 3.

1.4 **Ambulancia de Especialidad.-**
Son ambulancias con equipamiento, medicamentos, dispositivos médicos y talento humano especializado para la atención a pacientes en condición crítica que requiera cuidados especiales, e incluyen los siguientes tipos de ambulancias:

- **Ambulancia de cuidados intensivos**
  Brinda soporte vital avanzado de especialidad en cuidados intensivos para adultos y niños. Cuenta como mínimo con un operador de vehículo sanitario, un médico especialista y un paramédico/profesional de la salud.
- **Ambulancia de neonatología**
  Brinda soporte vital avanzado de especialidad en cuidados medios e intensivos para neonatos. Cuenta como mínimo con un operador de vehículo sanitario, un médico especialista y un paramédico/profesional de la salud.

Para el traslado de pacientes que requieran soporte vital avanzado y cuidados intensivos se reconoce el punto de arranque, así como el pago adicional por kilómetro cuando su recorrido es fuera del área geográfica de acción o de influencia, según las definiciones nacionales.

En este tipo de ambulancia se podrá facturar los honorarios profesionales de la sección evaluación y manejo, los honorarios profesionales de la sección evaluación y manejo, medicamentos y dispositivos médicos identificados unitariamente para el paciente, de acuerdo a SECCION A-NORMAS GENERALES, numeral 6, diferentes a los básicos que debe tener este tipo de ambulancia, observar lo indicado en el anexo 3.

1.5 **Transporte Aéreo médico:** Es el traslado urgente por vía aérea para un paciente en condición de alta dificultad en la movilidad, condición crítica y/o accesibilidad y/o oportunidad de la atención, cuando no exista transporte alternativo y es transportado a un establecimiento de salud de mayor resolución y más accesible. Cuenta con equipamiento y talento humano según el caso a ser transportado para preservar la vida del paciente.

Debe ser justificado por la condición clínica del paciente y/o accesibilidad y /o oportunidad e la atención.

Para ser calificado como ambulancia aérea deberá cumplir la normativa respectiva en cuanto a equipamiento**,** soporte técnico y validación de la Institución Reguladora, la DAC.

1.6 **Transporte Acuática:**
Es el transporte acuático para un paciente en condición de alta dificultad en la movilidad y/o condición crítica, siempre y cuando no exista un medio de transporte alternativo y debidamente justificado por la condición clínica del paciente. Para ser calificado deberá cumplir la normativa respectiva en cuanto a equipamiento y soporte técnico se calificarán a los proveedores de este tipo

de servicio, y las tarifas serán basadas en el recorrido realizado por millas náuticas o kilometrajes equivalentes .

2. CONTENIDO DE SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTENCIA SANITARIO

2.1 VEHÍCULO DE ASISTENCIA Y EVALUACIÓN RÁPIDA

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	PACIENTE QUE REPORTA EMERGENCIA – hasta el lugar de ocurrencia			
397050	Vehículo (moto o auto) recorrido sea dentro de su área de influencia: En área urbana, suburbana y/o rural. Tarifa plana : 0,14 x Km.	0,14	0,14	0,14

2.2 AMBULANCIA DE TRASLADO SIMPLE

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	PACIENTE ESTABLE SIN SOPORTE– desde el lugar de ocurrencia			
397050	Punto arranque	2,61	2,61	2,61
397061	Ambulancia cuyo recorridos es superior a lo establecido dentro del área geográfica fuera del área de influencia POR KM recorrido de ida y vuelta- Tarifa plana: 0,17	0,17	0,17	0,17

2.3 AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL INTEGRAL

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
PACIENTE ESTABLE CON SOPORTE MINIMO				
397153	Punto de arranque	3,07	3,07	3,07
397164	Ambulancia pago por Km recorrido ida y vuelta, más de 20 km.	0,20	0,20	0,20

2.4 AMBULANCIA DE ESPECIALIDAD

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
PACIENTE CUIDADOS INTENSIVOS				
397256	Punto de arranque	3,24	3,24	3,24
397267	Ambulancia pago por km recorrido de ida y vuelta, más de 20 Km	0,22	0,22	0,22

NOTA 1: Cuando sea neonatal las UVR por Km se incrementarán en 5 %

NOTA 2: En este tipo transporte se facturarán dispositivos médicos identificables individualmente y honorarios médicos de especialista.

2.5 OTRO TIPO DE AMBULANCIA

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
397270	Transporte Aérea : transporte o ambulancia- hora de vuelo ida y vuelta	30% del valor del mercado		
397271	Transporte Acuático: transporte o ambulancia- kilometraje ida y vuelta	30% del valor del mercado		

En el caso que cualquiera de las ambulancias sea usada para transporte a domicilio desde los establecimientos de salud se aplicara el 50% de las UVRS correspondientes.

3. UTILIZACION DEL TIPO DE AMBULANCIAS SEGÚN TRIAGE (Manchester MTS®)

a. Para emergencias que se clasifiquen como Prioridad I, se recomienda el uso de la **Ambulancia de especialidad.**
b. Para emergencias que se clasifiquen como Prioridad II y III, se recomienda el uso de la **Ambulancia de Soporte Vital Integral.**
c. **Proceso de recuperacion de valores por parte de las instituciones de la red pública integral de salud y red complementaria privadas, por concepto de servicio de ambulancia.**

   Para identificar al responsable del pago de la atención del paciente, sea Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de Policía Nacional (ISSPOL) y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT-FONSAT), se aplicará el Manual de Ejecución del Proceso de Relacionamiento entre las Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria para la Atención de Pacientes y Reconocimiento Económico de los Servicios de Salud.

CAPITULO III
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS, MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

1. Laboratorio: Inmunología, Patología, Endocrinología, Genética Molecular, Drogas, Hematología, Microbiología, Química, Sangre, Otros Análisis

En este capítulo se detallan los códigos con las descripciones y unidades de valor relativo (UVR) de los exámenes y procedimientos de ayuda al diagnóstico que refleja la atención brindada en los servicios de diagnóstico de laboratorio, imágenes, medicina nuclear, otros procedimientos especiales por especialidad.

El establecimiento de las unidades de valor relativo (UVR) para cada servicio está determinado por la valoración de los costos directos e indirectos, se establecen por nivel de complejidad su valor incluye el empleo de material directo atribuible al procedimiento, aporte del talento humano (excluye servicios profesionales médicos sección D), empleo de área física, equipamiento, empleo de materiales de uso colectivos y de uso múltiple no medibles unitariamente y que no es factible su identificación individual, y no operacionales tales como mantenimiento, seguros, pago servicios públicos y otros.

- **Laboratorio Clínico de primer nivel o de baja complejidad L – I:**
  Es aquel servicio que analiza cuantitativa y cualitativamente muestras biológicas provenientes de individuos sanos o enfermos, en aspectos: físicos, químicos, bioquímicos enzimáticos y básicos de microbiología, hematología, citología; además de toma de muestras para exámenes de mayor nivel de complejidad.

- **Laboratorio Clínico de segundo nivel o de mediana complejidad L – 2A:**
  Es aquel servicio que analiza cuantitativa y cualitativamente muestras biológicas provenientes de individuos sanos o enfermos, en aspectos: físicos, químicos, bioquímicos enzimáticos y de microbiología, hematología, citología, y otros análisis inmunohistoquímicos.

- **Laboratorio Clínico en tercer nivel o de alta complejidad L2B**: es aquel servicio que realiza análisis clínicos especializados en una o más de las siguientes áreas: anatomía patológica, citología, inmunología, otros análisis inmunohistoquímicos, genética molecular, endocrinología, drogas, componentes de banco de sangre, genética.

En la situación de que existan procedimientos realizados en establecimientos de salud de primero y segundo nivel que no registre unidades de valor relativo en la columna pertinente, se utilizará para el reconocimiento económico lo siguiente: si el establecimiento de salud es de II nivel el valor de unidades de valor relativo del III nivel menos el 10%, si el establecimiento de salud es de I nivel y solo existe unidades de valor relativo en el III nivel menos el 20%.

2. Sangre

Las tarifas en componentes sanguíneos que se realizarán en los Servicios de Sangre de la Red Publica Integral de Salud y Complementaria del Sistema Nacional de Salud, se regirán por las disposiciones que emitirá la Autoridad Sanitaria Nacional. Los costos de los componentes sanguíneos en todos los casos incluyen la realización de pruebas NAT.

Cuando el proveedor de componentes sanguíneos no realice las pruebas NAT en pool y/o prueba NAT individual, del valor total del componente sanguíneo se descontará del monto que establezca la Autoridad Sanitaria Nacional en el Acuerdo Ministerial de valores monetarios de los componentes sanguíneos.

Las pruebas relacionadas seguirán las normas establecidas para el resto de procedimientos de laboratorio y se ubican en la sección hematología con los mismos códigos.

Los procedmientos se ubican en la sección Procedmientos especiales como Hematologia.

En lo relacionado a la administración de los componentes sanguíneos en caso que el paciente requiera en la epicrisis se deberá reportar la fecha de administración y la aparición de reacciones transfusionales.

3. Servicios de Imagen y Procedimientos por Especialidad

Se aplican los códigos con las descripciones y unidades de valor relativo de los exámenes y procedimientos de ayuda diagnóstica, bajo los siguientes criterios:

Su valor incluye: uso del equipo, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril, materiales, gastos de personal médicos y administrativos, mantenimiento, seguros y empleo de materiales de uso colectivos y de uso múltiple no medibles unitariamente y que no es factible su identificación individual, y no operacionales tales como mantenimiento, seguros, pago servicios públicos y otros, se diferencia

por nivel de complejidad. Se exceptúan los medios contrastes y dispositivos médicos identificados directamente al paciente en ciertos casos identificados en el procedimiento se reconocerá servicios médicos profesionales.

En la situación de que existan procedimientos realizados en establecimientos de salud de primero y segundo nivel que no registre unidades de valor relativo en la columna pertinente, se utilizará para el reconocimiento económico lo siguiente: si el establecimiento de salud es de II nivel el valor de unidades de valor relativo del III nivel menos el 10%, si el establecimiento de salud es de I nivel y solo existe unidades de valor relativo en el III nivel menos el 20%. Si el establecimiento de salud es de I nivel el valor de unidades de valor relativo del II nivel menos el 10%.

Los procedimientos especiales: tomografía y resonancia magnética nuclear serán exclusivos de segundo y tercer nivel siempre y cuando la prestación sea parte de la cartera de servicios ofertados.

El valor de honorarios médicos en imagen, está integrado al componente técnico-institucional, por lo tanto **NO se reconocerá el cobro de honorarios médicos de manera independiente** en aquellos exámenes y procedimientos que están bajo la modalidad de radiología convencional (cráneo, huesos, tórax, abdomen, pelvis, etc.), ecografía general, tomografía y resonancia magnética.

Se reconocerá honorarios médicos de la sección D, en aquellos procedimientos indicados con asterisco en los que intervienen los profesionales médicos de manera directa y considerados por nivel de complejidad.

En los procedimientos de imagen u otros procedimientos especiales quirúrgicos o de intervención guiado por imágenes en que se utilice material de contraste o material radioactivo, se facturará de manera independiente.

En caso de que el radiólogo no realice el informe correspondiente, se descontará el 25% del valor del procedimiento y el 25% en honorarios médicos si fuera el caso.

Contenido de Servicios de Diagnóstico, Exámenes y Procedimientos:

1. Laboratorio

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
	INMUNOLOGIA			
270285	AC ANTI. MUSCULO LISO	0,00	0,00	4,25
270041	AC ANTICELUL. PARIETALES GAST.	0,00	0,00	5,83
270304	AC. ANTI ENDOMISIO IgA	0,00	0,00	5,65
270303	AC. ANTI. ENDOMISIO IgG	0,00	0,00	5,76
270296	AC. ANTIGLIADINA IgA	0,00	0,00	3,78
270295	AC. ANTIGLIADINA IgG	0,00	0,00	3,78
270089	ANTICUERPO ANTI-TIROPEROXIDASA (A-TPO)	0,00	0,00	2,83
270060	ANTICUERPO ANTI-CITOPLASMA DEL NEUTROFILO (ANCA C, ANCA P)	0,00	0,00	11,85
270293	AC. ANTINUCLEOSOMA	0,00	0,00	5,49
270088	AC. ANTITIROGLOBULINA (TG)	0,00	0,00	2,82
270298	AC. ANTITRANSGLUTAMINASA Iga	0,00	0,00	2,98
270297	AC. ANTITRANSGLUTAMINASA IgG	0,00	0,00	2,98
270283	ACTINA	0,00	0,00	3,84
280090	AFP alfafetoproteina	0,00	0,00	2,87

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
280159	ALK	0,00	0,00	10,5
270097	AGLUTINACIONES FEBRILES	0,00	0,00	0,97
270025	FACTOR REUMATOIDE	0,00	0,00	0,61
270138	ALFA 1 ANTITRIPSINA	0,00	0,00	3,11
270153	ANTI HAV TOTAL	0,00	0,00	1,77
270152	ANTI HAV / IGM	0,00	0,00	1,8
270149	ANTI HBC IGM	0,00	0,00	1,87
270150	ANTI HBC TOTAL (IGG+IGM)	0,00	0,00	3,12
270154	ANTI HBS	0,00	0,00	3,59
270067	ANTIC ANTI-ISLOT-PANCREATICA	0,00	0,00	3,86
270020	ANTICUERPO ANTI-DNA (ANTI ss DNA, ANTI ds DNA)	0,00	0,00	3,73
270018	ANTIC. ANTI-NUCLEARES (ANA)	0,00	0,00	4,8
270137	ANTICUERPO ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA I IgG e IgM	0,00	0,00	3,41
270032	ANTICUERPOS ANTI MITOCONDRIALE	0,00	0,00	5,59
270028	ANTICUERPOS ANTI ScL- 70	0,00	0,00	5,59
270011	ANTICUERPOS ANTI Sm-RNP	0,00	0,00	6,97
270034	ANTICUERPOS ANTI. CENTROMERO	0,00	0,00	5,59
270012	ANTICUERPOS ANTISSA(RO)SSB(LA)	0,00	0,00	7,95
270026	ANTIG.CARCINO EMBRONARIO (CEA)	0,00	0,00	1,52
270155	ANTIGENO AUSTRALIA (HBS-AG)	0,00	0,00	1,39
270299	ASCA IgG	0,00	0,00	5,9
270098	ASTO	0,00	0,00	0,59
270284	BETA-2 MICROGLOBULINA	0,00	0,00	4,24
270102	BRUCELOSIS (HUDDLESON)	0,00	0,00	0,51
270071	CA 15-3	0,00	0,00	3,68
270068	CA 19-9	0,00	0,00	3,44
270050	C3	0,00	0,00	1,80
280067	C4	0,00	0,00	1,80
270058	CA-125	0,00	0,00	2,75
280155	C4d	0,00	0,00	8,33
280140	CALDESMON (Biogenex)	0,00	0,00	8,68
280128	CALRETININA	0,00	0,00	8,78
280130	CD 34	0,00	0,00	7,53
280131	CD 4	0,00	0,00	8,95
280133	CD 56	0,00	0,00	8,99
280136	CD 57	0,00	0,00	6,98
280137	CD 79	0,00	0,00	12,78
280121	CD-117	0,00	0,00	5,75
280126	CD15	0,00	0,00	6,75
280158	CD1A	0,00	0,00	9,25
280115	CD-3	0,00	0,00	4,25
280116	CD-43	0,00	0,00	4,25
280117	CD-68	0,00	0,00	4,25
280152	CD-8	0,00	0,00	4,25
280104	CYTOKERATINA	0,00	0,00	2,04
270084	CHAGAS IgG	0,00	0,00	3,21
270129	CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgG IgM IgA	0,00	0,00	3,83
270117	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgG	0,00	0,00	2,45
270116	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgM	0,00	0,00	2,45
270142	CITOMEGALOVIRUS IGG	0,00	0,00	1,87
270143	CITOMEGALOVIRUS IGM	0,00	0,00	1,95
270036	CITRULINA	0,00	0,00	3,1
270096	DENGUE IGM	0,00	0,00	2,96
280161	D2-40	0,00	0,00	5,75
280063	DESMINA	0,00	0,00	5,25

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
280146	E-CADHERINA	0,00	0,00	5,95
270009	FAGOCITOSIS DE MONONUCLEARES	0,00	0,00	2,95
270287	HELICOBACTER PYL.IGG	0,00	0,00	1,92
270148	HEPATITIS C	0,00	0,00	2,08
270277	HERPES I-IgG	0,00	0,00	1,91
270275	HERPES I-IgM	0,00	0,00	1,91
270278	HERPES II-IgG	0,00	0,00	1,91
270276	HERPES II-IgM	0,00	0,00	1,75
270156	HIV 1+2	0,00	0,00	1,35
270101	HOMOCISTEINA	0,00	0,00	5,7
270292	HTLV I-II IgG	0,00	0,00	5,7
270037	PIROGLOBULINAS	0,00	0,00	0,39
270038	CD-11	0,00	0,00	4,39
270039	CD-13	0,00	0,00	4,39
270040	CD-22	0,00	0,00	4,39
270041	CD-41	0,00	0,00	4,39
270042	CD-14	0,00	0,00	4,39
270043	CD-61	0,00	0,00	4,39
270044	CD-38	0,00	0,00	4,39
270045	ANTICUERPO ANTI-Sm	0,00	0,00	2,86
270046	ANTICUERPO ANTI-RNP	0,00	0,00	3,42
270047	CD-HLA-DR	0,00	0,00	4,03
270053	IgA	0,00	0,00	1,75
270055	IgE	0,00	0,00	1,78
270051	IgG	0,00	0,00	1,75
270052	IgM	0,00	0,00	1,75
270059	INFLUENZAE A-B	0,00	0,00	7,26
270054	INMUNOGLOBULINAS	0,00	0,00	3,47
270300	INTERLEUCINA (IL-6)	0,00	0,00	3,63
270133	LIPOPROTEINA A (LPA)	0,00	0,00	2,13
270078	ANTI LKM1	0,00	0,00	3,87
270099	MONO – TEST	0,00	0,00	1,82
270056	MYCOPLASMA IgG	0,00	0,00	5,89
270057	MYCOPLASMA IgM	0,00	0,00	6,44
270157	PANEL DE HEPATITIS A	0,00	0,00	2,84
270158	PANEL DE HEPATITIS B	0,00	0,00	7,69
270022	PCR CUANTITATIVO ULTRASENSIBLE	0,00	0,00	1,52
270161	PSA LIBRE	0,00	0,00	1,70
270140	PSA LIBRE Y TOTAL	0,00	0,00	3,16
270141	PSA TOTAL	0,00	0,00	1,95
270008	QUIMIOTAXIS POLIMORFONUCLEARES	0,00	0,00	7,37
270146	RUBEOLA IGG	0,00	0,00	1,98
270147	RUBEOLA IGM	0,00	0,00	2,50
270281	TNF	0,00	0,00	6,39
270290	TOXOPLASMA IgA	0,00	0,00	2,54
270144	TOXOPLASMA IGG	0,00	0,00	1,88
270145	TOXOPLASMA IGM	0,00	0,00	1,88
270291	TOXOPLASMA IgG-AVIDEZ	0,00	0,00	9,21
270100	V.D.R.L.	0,00	0,00	0,46
270093	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO	0,00	0,00	4,52
310031	A.D.A.	0,00	0,00	4,11
270306	AC IGG TUBERCULOSIS	0,00	0,00	2,43
270308	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTIC FIJADORES	0,00	0,00	32,13
270309	ANTI P DE MANTOUX (PPD)	0,00	0,00	0,45
270310	ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO (SLA)	0,00	0,00	23,35

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
270311	APOLIOPROTEINA-APO-B	0,00	0,00	1,25
270312	ASPERGILLUS	0,00	0,00	1,81
270313	ASPERGILLUS C	0,00	0,00	3,45
270315	ANTICARDIOLIPINA IgG	0,00	0,00	4,82
270316	ANTICARDIOLIPINA IgM	0,00	0,00	3,83
270317	CD4/CD8	0,00	0,00	14,18
270318	CISTICERCO AC. IGG EN LCR	0,00	0,00	40,31
270319	CLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO	0,00	0,00	0,98
270320	COMPLEMENTO C1Q	0,00	0,00	15,08
270321	COMPLEMENTO C2 ACT. FUNCIONAL	0,00	0,00	30,94
270322	CRIOGLOBULINA	0,00	0,00	2,18
270324	CHLAMYDIA PSITACCI, ANTICUERPOS IGG E IGM	0,00	0,00	22,48
270325	DENGUE IGG	0,00	0,00	1,51
270327	GLIADINA AC.IGM	0,00	0,00	2,84
270328	IGG (SUBCLASES)	0,00	0,00	39,01
270329	IGG EN LCR	0,00	0,00	2,4
270330	INSULINA ANTICUERPOS	0,00	0,00	15,00
270331	ANTI JO 1 IgG	0,00	0,00	4,68
270332	CA 21-1	0,00	0,00	2,31
270333	CA 72-4	0,00	0,00	3,55
270334	MUSCULO ESTRIADO AC revisar precio	0,00	0,00	15,8
270335	PAROTIDITIS	0,00	0,00	2,84
270336	PLASMODIUM	0,00	0,00	0,55
270337	PBA ALERG DERMATOPHAGOIDES FARINAE	0,00	0,00	2,53
270338	PBA ALERGIA ALPHA LACTALBUMINA F76	0,00	0,00	2,53
270339	PBA ALERGIA BETA LACTAGLOBULINA F77	0,00	0,00	2,53
270340	PBA ALERGIA BLOMIA TROPICAL	0,00	0,00	3,30
270341	PBA ALERGIA DERMATOPHAGOIDES MICROCERES	0,00	0,00	3,30
270342	PBA ALERGIA DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS	0,00	0,00	2,53
270343	PRUEBA ALERGIA CLARA	0,00	0,00	3,08
270344	PRUEBA ALERGIA ESPECIFICA	0,00	0,00	3,08
270345	PRUEBA ALERGIA FRESA O FRUTILLA	0,00	0,00	3,08
270346	PRUEBA ALERGIA LECHE	0,00	0,00	3,08
270347	PRUEBA ALERGIA MANI	0,00	0,00	3,08
270348	PRUEBA ALERGIA NARANJA	0,00	0,00	3,08
270349	PRUEBA ALERGIA PELO DE GATO	0,00	0,00	3,08
270350	PRUEBA ALERGIA PELO DE PERRO	0,00	0,00	3,08
270351	PRUEBA ALERGIA YEMA	0,00	0,00	3,08
270352	PRUEGA ALERGIA 2 (pruebas de alergia de antibióticos por cada reactivo usado)	0,00	0,00	3,08
270353	PRUEGA ALERGIA 3 (pruebas de alegia de anestésicos por cada medicamentos usado)	0,00	0,00	3,08
270354	PRUEGA ALERGIA 4 (prueba de alergia de analgésicos por cada medicamento usado)	0,00	0,00	3,08
270355	PRUEGA ALERGIA 5 (prueba de alergia de medios de contraste por cada medicamento usado)	0,00	0,00	3,08
270356	SARAMPIÓN	0,00	0,00	2,84
270359	SERAMEBA (AMEBIASIS T.)	0,00	0,00	2,47
270361	VARICELA	0,00	0,00	2,84
280138	EPSTEIN BARR VIRUS	0,00	0,00	4,7
	PATOLOGIA			
280107	ADENOIDES	0,00	4,23	4,45
280007	AMIGDALAS	0,00	4,23	4,45
280022	AMPUTACIONES	0,00	7,70	8,10
280003	APENDICE	0,00	4,23	4,45
280047	AUTOPSIA CLINICA ADULTO	0,00	21,71	22,85
280046	AUTOPSIA CLINICA NINO	0,00	12,28	12,93

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
280118	BCL-2 PROTEIN	0,00	5,90	6,21
280059	BER. H2 - CD30	0,00	5,90	6,21
280103	BIOPS.DE MAMA MICROCALCIFICADA	0,00	10,38	10,93
280001	BIOPSIA OTROS TEJIDOS	0,00	4,05	4,26
280109	BIOPSIA DE CERVIX	0,00	4,62	4,87
280095	BIOPSIA DE HIGADO	0,00	5,61	5,9
280102	BIOPSIA DE MAMA CON ARPON	0,00	10,38	10,93
280106	BIOPSIA DE MEDULA OSEA	0,00	7,82	8,23
280051	BIOPSIA DE MUSCULO	0,00	9,62	10,13
280052	BIOPSIA DE NERVIO	0,00	9,62	10,13
280097	BIOPSIA DE PROSTATA	0,00	7,82	8,23
280096	BIOPSIA DE PULMON	0,00	7,82	8,23
280098	BIOPSIA DE Riñón	0,00	7,82	8,23
280044	BIOPSIA DIAGNOSTICA DE PIEL	0,00	2,19	2,30
280144	CARCINOMA DE CELULAS RENALES	0,00	5,90	6,21
280018	CONGELACIONES	0,00	2,88	3,04
280124	CRISTALES – PATOLOGIA	0,00	0,57	0,60
280085	CROMOGRANINA	0,00	5,90	6,21
280030	CUNAS DE OVARIOS	0,00	4,62	4,87
280054	ENUCLEACION DE OJO	0,00	9,62	10,13
280041	FETO	0,00	5,79	6,09
280008	FORMOLIZACION ADULTOS	0,00	10,49	11,04
280045	FORMOLIZACION NINOS	0,00	5,31	5,59
280031	GANGLIOS LINFATICOS BENIGNOS+C406	0,00	5,74	6,04
280114	GANGLIOS LINFATICOS TUMORALES	0,00	8,66	9,12
280011	GASTRECTOMIA POR ULCERA	0,00	5,79	6,09
280024	GASTRECTOMIA TUMORAL	0,00	8,66	9,12
280035	GLOMUS CAROTIDO	0,00	8,66	9,12
280005	HEMORROIDES	0,00	4,62	4,87
280053	HERNIAS DISCALES	0,00	9,62	10,13
280019	HISTEROLINFADECTOMIA	0,00	8,66	9,12
280016	HUESOS	0,00	5,79	6,09
280032	LIPOMAS	0,00	4,62	4,87
280025	OTROS DE ALTA COMPLEJIDAD	0,00	8,66	9,12
280017	OTROS DE MEDIANA COMPLEJIDAD	0,00	5,79	6,09
280009	OTROS DE MENOR COMPLEJIDAD	0,00	4,62	4,87
280055	OTROS DE NEUROPATOLOGIA	0,00	9,62	10,13
280040	PLACENTA	0,00	5,79	6,09
280108	POLIPOS NASALES Y CORNETES	0,00	4,62	4,87
280100	PROSTATECTOMIA RADICAL REVISAR NOMBRE		14,00	14,74
280105	PUNCION CON AGUJA FINA (PAAF)	0,00	4,05	4,26
280029	QUISTE MAMARIO	0,00	4,62	4,87
280034	RECEPTORES ESTROGENOS	0,00	5,79	6,09
280111	RESECC.TUMOR MALIGNO TEJ.BL.	0,00	8,66	9,12
280037	RESECCION COMPARTIMENTAL TEJ B	0,00	8,66	9,12
280013	RESECCION DE PULMON	0,00	10,38	10,93
280110	RESECCION INTESTINAL NO TUMORAL	0,00	5,74	6,04
280012	RESECCION PARCIAL INTESTINAL	0,00	5,79	6,09
280038	RESECCION RADICAL TUMOR ABDOMINAL	0,00	8,66	9,12
280042	RESECCION TUMORES DE PIEL	0,00	5,74	6,04
280033	RTU DE PROSTATA Y SUPRAPUBICA	0,00	8,16	8,59
280006	SACOS HERNIARIOS	0,00	4,62	4,87
280015	TIROIDECTOMIA NO TUMORAL	0,00	5,79	6,09
280113	TIROIDECTOMIA P.TUMOR MALIGNO	0,00	8,66	9,12
280077	TUMORECTOMIA + VACIAM.GANGLIOS	0,00	8,66	9,12

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
280023	TUMORES CEREBRALES	0,00	9,62	10,13
280010	UTERO CON ANEXOS	0,00	5,79	6,09
280050	UTERO CON ANEXOS TUMORADOS	0,00	8,66	9,12
280101	UTERO CON NEOPLASIA CERVICAL	0,00	10,38	10,93
280014	UTERO SOLO	0,00	5,79	6,09
280021	VACIAMIENTO GANGLIONAR	0,00	8,66	9,12
280026	VARICES	0,00	4,62	4,87
280004	VESICULA BILIAR	0,00	5,74	6,04
	ENDOCRINOLOGIA			
290032	17-BETA ESTRADIOL	0,00	1,11	1,17
290048	ACTH	0,00	3,02	3,38
290067	ANDROSTENEDIONA	0,00	3,28	3,45
290027	CORTISOL	0,00	2,16	2,27
290062	CORTISOL / DEXAMETASONA	0,00	5,77	6,07
290015	CORTISOL URINARIO	0,00	2,89	3,05
290087	CURVA DE INSULINA 3HRS	0,00	4,91	5,17
290006	CORTISOL PM	0,00	2,16	2,27
290003	DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	0,00	2,78	2,93
290009	ESTRIOL LIBRE	0,00	2,60	2,95
280065	ENOLASA	0,00	5,90	6,21
290030	FSH FOLICULO ESTIMULANTE	0,00	1,09	1,15
290005	FT3	0,00	0,76	0,8
290002	FT4	0,00	0,76	0,8
280141	GALECTINA 3	0,00	5,90	6,21
280142	GCDFP-15	0,00	5,90	6,21
280156	HEPPAR-1	0,00	11,90	12,53
280068	HMB – 45	0,00	5,90	6,21
290056	HGH / INSULINA	0,00	6,17	6,50
290047	HGH CLONIDINA	0,00	6,16	6,49
280089	H.C.G – CORIONICA	0,00	5,90	6,21
290022	IGF-1	0,00	4,06	4,51
290023	IGFBP-3	0,00	4,06	4,51
290286	INDICE HOMA	0,00	1,93	2,03
290044	INSULINA	0,00	1,80	1,90
290088	INSULINA 2PP	0,00	1,79	1,89
290092	PROCALCITONINA LAB. CLINICO	0,00	4,36	4,59
280125	INMUNOFLUORECENCIA DE PIEL	0,00	15,57	16,39
280123	INMUNOFLUORESCENCIA RENAL	0,00	17,93	18,88
280087	KAPPA	0,00	5,90	6,21
280082	KI – 67	0,00	5,90	6,21
280058	L. 26 - CD20	0,00	5,90	6,21
280088	LAMBDA	0,00	5,90	6,21
290031	LH HORMONA LUTEINIZANTE	0,00	1,09	1,15
290046	LH-FSH/LH-RH	0,00	9,19	9,68
280056	LCA - CD45	0,00	5,90	6,21
280157	MELAN A	0,00	9,52	10,02
280150	MLH1	0,00	5,90	6,21
280151	MSH2	0,00	5,90	6,21
280143	P-63	0,00	5,90	6,21
280091	P 53	0,00	5,90	6,21
280122	P16INK4A	0,00	9,91	10,43
280093	PAPILOMA HUMANO VIRUS (HPV): detección por biología molecular	0,00	2,33	2,46
290040	PARATHORMONA	0,00	2,98	3,14
290050	PEPTIDO C	0,00	3,60	3,79
280160	PIN 4	0,00	9,52	10,02

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
280154	PLAP	0,00	1,38	1,45
280083	PROGESTERONA	0,00	1,38	1,45
280079	PROLACTINA	0,00	1,24	1,31
280084	PROTEINA GLIOFIBRILAR ACIDA	0,00	5,90	6,21
280036	RECEPTORES ESTROGENICOS		5,81	6,12
280043	S – 100	0,00	5,78	6,08
280002	SYNAPTOPHYSINA	0,00	4,62	4,8668
280092	TdT	0,00	5,90	6,21
290065	TESTOSTERONA TOTAL	0,00	2,29	2,41
290085	TIROGLOBULINA	0,00	2,51	2,78
290019	TIROGLOBULINA-IHQ	0,00	2,36	2,48
290004	TSH	0,00	1,10	1,22
290053	TSH - PROLACTINA – TRH	0,00	7,23	7,61
280129	FACTOR DE TRANSCRIPCION TIRODEA (TTF -1)	0,00	3,01	3,17
280057	UCHL. 1 CD45RO	0,00	8,94	9,41
280145	VILLIN	0,00	5,90	6,21
209094	VIMENTINA	0,00	4,63	4,87
290054	VPH (VIRUS DE PAPILOMA HUMANO)	0,00	5,78	6,08
280061	17 HIDROXICORTICOSTEROIDES	0,00	5,36	5,64
290300	17 OH PROGESTERONA	0,00	2,47	2,60
290302	ACIDO 5-HIDROXINDOLACETICO	0,00	2,57	2,85
290304	ACIDO VANIL MANDELICO	0,00	2,50	2,77
290305	ALDOLASA	0,00	2,50	2,77
290307	CERULOPLASMINA	0,00	2,83	2,98
290309	NT-PRO BNP (PEPTIDO NATRIURETICO)	0,00	5,76	6,06
290310	PYRILINkS D	0,00	5,51	5,80
290420	ALDOSTERONA	0,00	5,56	6,17
	GENETICA MOLECULAR			
310019	ANALISIS DE ADN DE RESTO OSEO	0,00	0,00	130,67
310035	CARGA VIRAL PARA HEPATITIS C	0,00	0,00	38,55
310034	HIV CARGA VIRAL	0,00	0,00	19,43
310044	CHLAMYDIA NEUMONIAE POR PCR	0,00	0,00	22,48
310048	CITOMEGALOVIRUS POR ADN / PCR	0,00	0,00	21,57
310085	CITOMEGALOVIRUS POR ADN/CUANTIFICACION	0,00	0,00	21,57
310002	CROSS MATCH	0,00	0,00	84,51
310004	CROSS MATCH(SERV.24H)	0,00	0,00	88,71
310065	DENGUE 4 GENOTIPOS PCR	0,00	0,00	22,48
310058	DETECCION DE EPSTEIN -BARR VIRUS / PCR	0,00	0,00	26,79
310040	DETECCION de HER2 / Neu por PCR	0,00	0,00	32,67
310056	DETECCION HERPES II POR AND	0,00	0,00	10,25
310057	DETECCION VARICELA ZOSTER VIRUS-PCR	0,00	0,00	27,07
310032	H.P.V. PAPILOMAVIRUS DERMICO	0,00	0,00	11,88
310074	HEMOCROMATOSIS 3 MUTACIONES	0,00	0,00	43,57
310068	HERPES 6 POR PCR	0,00	0,00	17,43
310073	HIPOCONDROPLASIA GEN FGFR3	0,00	0,00	38,29
310033	HPV GENOTIPIFICACION	0,00	0,00	30,37
310066	IDENTIFICACION MOLECULAR DEL SEXO	0,00	0,00	17,83
310009	INESTABILIDAD DE MICROSATELITES	0,00	0,00	30,11
310029	LEPTOSPIROSIS POR ADN / PCR	0,00	0,00	20,60
310008	MICRO DELECIONES EN CROMOS Y	0,00	0,00	38,29
310025	MUTACION FACTOR I I PROTROMBINA	0,00	0,00	32,35
310024	MUTACION FACTOR V LEIDEN PCR	0,00	0,00	27,70
310043	MYCOPLASMA / MIN por ADN-PCR	0,00	0,00	27,07
310077	P.R.A (88 ANTIGENOS)	0,00	0,00	92,44
310078	P.R.A 24 HORAS	0,00	0,00	77,91

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
310080	P.R.A. 24 HORAS (40 ANTIGENOS)	0,00	0,00	99,03
310075	PANEL HERPEVIRUS POR PCR(CMV,HSV1/2,H6,EBV,VZV)	0,00	0,00	90,45
310050	PANEL INFECCION PRENATAL PCR	0,00	0,00	80,28
310076	PANEL LMA POR PCR (T(15;17) T(8;21) T(9;22)	0,00	0,00	78,57
310046	PERFIL ETS POR PCR	0,00	0,00	57,44
310014	PERFIL GENETICO INDIVIDUAL	0,00	0,00	33,01
310026	PERFIL GENETICO TROMBOFILIA	0,00	0,00	60,74
310010	QUIMERISMO MOLECULAR	0,00	0,00	39,62
310037	SCREENING DE FIBROSIS QUISTICA	0,00	0,00	68,01
310069	TRASLOCACION (15;17)	0,00	0,00	30,11
310070	TRASLOCACION (8;21)	0,00	0,00	30,11
310039	TRASLOCACION T (14:18) CUANTITATIVA	0,00	0,00	38,96
310086	TRASLOCACION T (9.22)/CUANTIFICACION	0,00	0,00	30,11
310036	TRASLOCACION T (9:22)	0,00	0,00	30,11
310027	TUBERCULOSIS POR ADN-PCR	0,00	0,00	20,33
310045	UREAPLASMA UREALITYCUM POR PCR	0,00	0,00	16,52
310072	X FRAGIL GEN FMR1	0,00	0,00	75,26
310084	CARGA VIRAL EN HEPATITIS B	0,00	0,00	28,96
310090	CARGA VIRAL EN HIV	0,00	0,00	35,69
310086	GENOTIPO VIH	0,00	0,00	143,94
310083	HIV AC INMUNOCROMATOGRAFIA	0,00	0,00	1,00
	DROGAS			
330002	ACIDO VALPROICO	0,00	2,45	2,58
330018	ANFETAMINAS	0,00	1,17	1,30
330019	BARBITURICOS	0,00	1,17	1,30
330020	BENZODIAZEPINAS	0,00	1,17	1,30
330004	CARBAMACEPINA	0,00	2,48	2,61
330012	CICLOSPORINA	0,00	8,15	9,05
330010	COCAINA EN ORINA	0,00	1,34	1,41
330021	DERIVADOS DEL OPIO (MORFINA, HEROÍNA)	0,00	2,37	2,50
330003	DIFENILHIDANTOINA	0,00	3,33	3,70
330008	DIGOXINA	0,00	2,57	2,71
330005	FENOBARBITAL	0,00	4,30	4,52
330013	MARIHUANA EN ORINA	0,00	2,10	2,21
330022	NICOTINA	0,00	2,37	2,50
330009	PANEL DE DROGAS DE ABUSO (12 PRUEBAS)	0,00	5,19	5,46
330023	SIRULIMUS	0,00	13,41	14,89
330024	TACROLIMUS	0,00	13,41	14,89
330006	TEOFILINA	0,00	3,83	4,03
330025	TIOPENTAL	0,00	2,37	2,50
330011	VANCOMICINA	0,00	5,92	6,57
330015	METANEFRINA DE 24 HS	0,00	10,36	10,91
330016	METANFETAMINA	0,00	1,17	1,30
330017	OPIACEOS	0,00	2,33	2,46
	HEMATOLOGIA			
340096	ACIDO FOLICO SERICO E INTRAERITROCITARIO	4,73	4,92	5,18
340048	ANTICOAGULANTE LUPICO	4,22	4,41	4,90
340111	ANTITROMBINA III	5,10	5,32	5,60
340077	BIOMETRIA HEMATICA	0,42	0,44	0,46
340001	BIOMETRIA HEMATICA+VSG	0,61	0,64	0,67
340103	BIOMETRIA HEMATICA-DONANTE	0,47	0,49	0,52
340003	CALCULO DE PLAQUETAS	0,45	0,47	0,49
340037	CITOQUIMICA DE M / S (ALPA)	3,48	3,62	3,81
340043	CITOQUIMICA DE M / S (EST)	3,48	3,62	3,81
340045	CITOQUIMICA DE M / S (PAS)	3,48	3,62	3,81
340044	CITOQUIMICA DE M / S (POX)	3,48	3,62	3,81

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
340007	CONTAJE DE RETICULOCITOS	0,49	0,51	0,54
340042	CONTAJE-DIFERENCIAL DE LIQUIDO	2,52	2,63	2,76
340109	DIMERO-D	4,33	4,86	5,39
340073	DREPANOCITOS	0,81	0,85	0,89
340061	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINAS	5,12	5,75	6,38
340060	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS	3,50	3,65	3,84
340099	ERITROPOYETI NA	5,76	6,00	6,32
340005	FACTOR V	1,24	1,30	1,36
340098	FERRITINA	1,34	1,40	1,47
340014	FIBRINOGENO	1,25	1,30	1,37
340041	FRAGILIDAD OSMOTICA	0,59	0,61	0,64
340017	GLUCOSA 6 FOSFATO DEHIDROGENASA EN GLOBULOS ROJOS	3,92	4,09	4,30
340025	HEMATOCRITO CAPILAR	0,23	0,24	0,25
340026	HEMATOCRITO HEMOGLOBINA	0,45	0,47	0,49
340079	HEMOGLOBINA FETAL EN SANGRE	1,46	1,52	1,60
340080	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1,16	1,20	1,27
340081	HEMOGLOBINA	0,23	0,24	0,25
340049	HEMOPARASITO + ANTIGENO	2,31	2,41	2,53
340128	HIERRO	0,80	0,89	0,98
340071	INCOMPATIBILIDAD EN LIQUIDO AMNIOTICO	0,67	0,69	0,73
340046	INVESTIGACION DE EOSINOFILOS	0,24	0,25	0,26
340050	MEDULOGRAMA	0,29	0,30	0,32
340008	PARASITOS EN SANGRE	0,53	0,56	0,59
340112	PROTEINA C (COAGULACION)	9,09	10,22	11,35
340113	PROTEINA S	13,48	14,04	15,60
340064	RETRACCION DEL COAGULACION	0,25	0,26	0,28
340018	TIEMPO DE COAGULACION	0,34	0,36	0,37
340019	TIEMPO DE HEMORRAGIA	0,54	0,57	0,60
340011	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	0,48	0,53	0,58
340016	TIEMPO DE TROMBINA (TT)	3,11	3,49	3,87
340012	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP)	0,48	0,53	0,58
340117	TP DIGITAL	0,73	0,76	0,80
340095	VITAMINA B 12	2,78	2,89	3,04
340097	VITAMINA B12 Y ACIDO FOLICO SERICO E INTRAERITROCITARIO	7,00	7,29	7,67
340115	COLINESTERASA ERITROCITICA (ACETILCOUNESTERASA)	0,73	0,81	0,89
340116	FACTOR II	9,76	10,17	10,70
340130	FACTOR VII	11,24	12,64	14,04
340028	LINFOCITOS CD-10	3,48	3,92	4,35
340029	LINFOCITOS CD-19	3,48	3,92	4,35
340030	LINFOCITOS CD-2	3,48	3,92	4,35
340031	LINFOCITOS CD-20	3,48	3,92	4,35
340032	LINFOCITOS CD-34	3,48	3,92	4,35
340033	LINFOCITOS CD-45	3,48	3,92	4,35
340034	LINFOCITOS CD-5	3,48	3,92	4,35
340035	LINFOCITOS CD-52	3,48	3,92	4,35
340036	LINFOCITOS CD-7	3,48	3,92	4,35
340051	LINFOCITOS CD-23	3,48	3,92	4,35
340052	LINFOCITOS CD-25	3,48	3,92	4,35
340119	FACTOR VIII	11,24	12,64	14,04
340120	FACTOR IX	11,24	12,64	14,04
340121	FACTOR X	11,24	12,64	14,04
340122	FACTOR XI	11,24	12,64	14,04
340123	FACTOR XII	11,24	12,64	14,04
340124	FACTOR VON WILLWBRAND	11,28	12,68	14.18
340127	MIELOPEROXIDASA LEUCOCITARIA	2,48	2,59	2,72

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
340150	FACTOR DU	1,37	1,43	1,51
340151	INVESTIGACIÓN DE CÉLULAS DE SÉZARY	2,80	2,92	3,07
340153	TRANSFERRINA	2,80	2,92	3,07
370020	AGLUTININAS FRIAS	0,00	0,61	0,61
370022	COOMBS DIRECTO	0,00	0,81	0,81
370024	GRUPO SANGUINEO ABO/Rh	0,00	0,55	0,55
370025	PRUEBAS DE COMPATIBLIDAD (Sinónimo: PRUEBAS CRUZADAS)	0,00	0,55	0,55
370038	ELUCIÓN DE ANTICUERPOS	0,00	1,41	1,41
370042	IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS, PANEL	O,00	1,12	1,12
370070	HEMOLISINAS Y AGLUTININAS	0,00	0,43	0,43
370074	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD DE CADA UNIDAD; TÉCNICA DE SPIN INMEDIATO (PRUEBA CRUZADA)	0,00	0,43	0,43
370076	SCREENING DE ANTICUERPOS (Sinónimos: rastreo de anticuerpos irregulares, Coombs Indirecto, Prueba de Antiglobuloinas Indirecta)	0,00	1,08	1,08
370077	PRUEBA DE COOMBS INDIRECTO CUANTITATIVO (Titulaciones)	0,00	0,55	0,55
370078	FENOTIPO DEL ANTIGENO H	0,00	0,29	0,29
370083	FENOTIPO DEL SUBGRUIPO DEL Rh (C,c,E,e,K)	0,00	0,66	0,66
370084	FENOTIPO DE RH, DU (confirmación del antígeno D)	0,00	0,43	0,43
370085	PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES - TECNICA EN TUBO	0,00	1,20	1,20
	MICROBIOLOGIA			
350015	COLORACION LOEFFLER	0,23	0,24	0,25
350042	TOXOCARA	2,17	2,45	2,72
350020	CULTIVO DE COLERA	2,36	2,46	2,59
350018	CULTIVO DE DIFTERIA	1,62	1,69	1,78
350014	CULTIVO DE SECRECIONES Y OTROS	2,78	2,89	3,04
350043	ESPERMATOGRAMA	1,47	1,53	1,61
350023	EXAMEN FRESCO	0,18	0,19	0,20
350024	EXAMEN GRAM	0,23	0,24	0,25
350016	EXAMEN KOH	0,23	0,24	0,25
350006	HEMOCULTIVO POR 1 MUESTRA	4,05	4,22	4,44
350010	CRIPTOSPORIDIUM: por detección microscópica	0,23	0,24	0,25
350007	HEMOCULTIVO POR 2 MUESTRAS	7,71	8,03	8,46
350034	HEMOCULTIVO POR 3 MUESTRAS	11,87	12,37	13,02
350086	MIELOCULTIVO	4,19	4,37	4,60
350076	TOXINA CLOSTRIDIUM DIFICILE	6,72	7,00	7,36
350025	ZIEHL POR 1 MUESTRA	0,29	0,30	0,32
350011	ZIEHL POR 2 MUESTRAS	0,57	0,59	0,62
350012	ZIEHL POR 3 MUESTRAS	0,86	0,89	0,94
350017	ZIEHL POR 4 MUESTRAS	1,15	1,19	1,26
350019	ZIEHL POR 5 MUESTRAS	1,43	1,49	1,56
350091	CRYPTOCOCCUS	3,62	3,78	3,97
350092	DETECCION DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS	18,53	19,30	20,31
350093	DETECCION DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	19,40	20,21	21,27
350094	DETECCION DE NEISSERIA GONORRHOEAE	18,53	19,30	20,31
350095	ANTICUERPOS ANTI HISTOPLASMA	1,86	1,94	2,04
350098	INMUNODIFUSION PARA HONGOS	5,38	5,60	5,89
350099	LEPTOSPIRA AC.	2,50	2,81	3,12
350100	PARACOCCIDIOIDES	1,86	1,94	2,04
350101	PNEUMOCISTIS JEROVECI	9,50	9,90	10,42
350102	PRUEBA DE RESISTENCIA PARA TUBERCULOSIS	14,14	14,73	15,50
350103	PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD A ANTIFUNGICOS	2,59	2,70	2,84
350105	ANTICUERPOS ANTI-HISTOPLASMA	6,66	6,94	7,31
350106	CITOQUÍMICO DE LÍQUIDO ASCITICO	3,59	3,74	3,94
350107	CITOQUÍMICO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO	2,55	2,65	2,79
350108	CITOQUÍMICO DE LÍQUIDO PERICÁRDICO	3,59	3,74	3,94
350109	CITOQUÍMICO DE LÍQUIDO PERITONEAL	3,59	3,74	3,94

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
350110	CITOQUÍMICO DE LÍQUIDO PLEURAL	3,59	3,74	3,94
350111	CITOQUÍMICO DE LÍQUIDO SINOVIAL	2,75	2,86	3,01
350117	INVESTIGACION ANTIGENO DE STREPTOCOCCUS PYOGENES	0,80	0,83	0,87
350119	INVESTIGACIÓN DE QUISTE HIDATÍDICO	2,99	3,12	3,28
350120	INVESTIGACIÓN DE SARCOPTES SCABIEI	0,50	0,52	0,55
350122	SEROTIPIFICACIÓN DE AISLAMIENTO BACTERIANO	0,94	0,98	1,03
350125	BAAR	1,72	1,79	1,88
	QUIMICA			
360171	CURVA DE TOLERANCIA EMBAR 3H	1,79	1,86	1,96
360073	ACIDO LACTICO	1,41	1,47	1,55
360017	ACIDO URICO	0,44	0,46	0,48
360125	ACIDO URICO EN LIQUIDO	0,44	0,46	0,48
360029	ACIDO URICO EN ORINA	0,44	0,46	0,48
360158	ACIDO URICO EN ORINA DE 24H.	0,44	0,46	0,48
360054	ACLARAMIENTO-CREATININA	0,79	0,82	0,86
360115	ALBUMINA	0,51	0,53	0,56
360181	ALBUMINA EN LIQUIDO	0,47	0,49	0,52
360156	ALCOHOL ETILICO SERICO	4,11	4,62	5,13
360035	ALT (SGPT)	0,67	0,69	0,73
360043	AMILASA	0,81	0,84	0,88
360159	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	0,81	0,84	0,88
360049	AMONIO	4,09	4,26	4,48
360034	AST (SGOT)	0,32	0,33	0,35
360024	BILIRRUBINA TOTAL DIRECTA	0,47	0,49	0,52
360126	BILIRRUBINAS EN LIQUIDO	0,47	0,49	0,52
360025	CALCIO EN ORINA	0,47	0,49	0,52
360160	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS	0,47	0,49	0,52
360012	CALCIO IONICO EN SUERO	1,62	1,69	1,78
360018	CALCIO TOTAL	0,47	0,49	0,52
360107	CALCULO (CRISTALOGRAFIA-ESTUDIO QUIMICO)	3,21	3,61	4,01
360175	CARBOXIHEMOGLOBINA	2,11	2,37	2,63
360038	CK-MB	2,11	2,20	2,31
360161	CLORO EN ORINA	0,36	0,38	0,4
360162	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	0,36	0,38	0,4
360013	CLORUROS	0,36	0,38	0,4
360021	COLESTEROL	0,48	0,50	0,53
360114	COLINESTERASA	1,86	1,94	2,04
360037	CPK	1,18	1,23	1,30
360016	CREATININA	0,51	0,53	0,56
360057	CURVA DE TOLERANCIA 2H	0,72	0,75	0,79
360131	ELECTROLITOS EN SUDOR (NACL)	8,02	8,35	8,79
360011	ELECTROLITOS NA- K – CL EN SUERO O SANGRE TOTAL	0,35	0,36	0,98
360041	FOSFATASA ACIDA TOTAL	0,78	0,81	0,85
360039	FOSFATASA-ALKALINA	0,47	0,49	0,52
360019	FOSFORO	0,48	0,50	0,53
360026	FOSFORO EN ORINA	0,57	0,60	0,63
360164	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	0,57	0,60	0,63
360130	FRUCTOSAMINA	0,74	0,77	0,81
360079	GASOMETRIA*	1,54	1,61	1,69
360040	GGT	0,60	0,62	0,65
360009	GLUCOSA*	0,29	0,30	0,31
360063	GLUCOSA 2H POSTPRANDIAL	0,36	0,37	0,39
360010	GLUCOSA BASAL Y 2 H POSTPRANDIAL	0,66	0,68	0,72
360128	GLUCOSA EN LIQUIDO	0,38	0,39	0,41
360033	GLUCOSA EN ORINA	0,23	0,24	0,25

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
360165	GLUCOSA EN ORINA DE 24 HORAS	0,38	0,39	0,41
360147	HDL-LDL COLESTEROL	1,22	1,27	1,33
360196	K	0,18	0,18	0,19
360036	LDH (DESHIDROGENASA LACTICA)	0,50	0,52	0,55
360123	LDH EN LIQUIDO	0,50	0,52	0,55
360151	LDH EN ORINA	0,50	0,52	0,55
360118	LIPASA	0,62	0,65	0,68
360031	LITIO	2,84	2,95	3,11
360027	MAGNESIO	0,38	0,40	0,42
360180	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HRS	0,38	0,40	0,42
360182	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA	1,43	1,49	1,56
360166	MICROALBUMINURIA ORINA 24HORAS	0,54	0,57	0,60
360152	MIOGLOBINA	4,62	5,19	5,76
360015	NITROGENO UREICO (BUN) /UREA	0,35	0,37	0,39
360167	NITROGENO UREICO ORINA 24HORAS	0,35	0,37	0,39
360045	OSMOLARIDAD EN ORINA	2,85	2,96	3,12
360173	OXIHEMOGLOBINA	1,46	1,52	1,60
360176	P-50	1,46	1,52	1,60
360168	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	1,56	1,62	1,71
360074	PROTEINAS EN LIQ.CEF.RAQ.	0,48	0,50	0,53
360127	PROTEINAS EN LIQUIDO	0,48	0,50	0,53
360051	PROTEINAS EN ORINA	1,44	1,50	1,58
360169	PROTEINAS EN ORINA DE 24HORAS	1,44	1,50	1,58
360048	PROTEINAS TOTALES	0,53	0,55	0,58
360066	SATURACION DE O2/Hb	1,54	1,61	1,69
360120	SOBRECARGA GLUCOSA EMBARAZO	0,81	0,84	0,88
360170	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	1,12	1,17	1,23
360020	TRIGLICERIDOS	0,37	0,39	0,41
360004	TROPONINA T	2,60	2,71	2,85
360003	TROPONINA I	2,60	2,71	2,85
360185	CATECOLAMINAS	7,67	8,62	9,57
360186	LIPIDOS TOTALES	0,32	0,34	0,36
360189	PIRUVATO KINASA	21,69	22,59	23,78
360190	PRE-ALBUMINA	1,95	2,03	2,14
360191	VLDL COLESTEROL	0,24	0,25	0,26
360192	VITAMINA B6 EN SUERO	2,60	2,71	2,85
	SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS			
370001	SANGRE RECONSTITUIDA	Las tarifas de componentes sanguíneos se regirán por las disposiciones que emitirá la Autoridad Sanitaria Nacional en Acuerdo Ministerial		
370002	CONCENTRADO GLOBULOS ROJOS			
370003	PLASMA FRESCO CONGELADO			
370004	PLASMA REFRIGERADO			
370005	CRIOPRECIPITADO			
370006	CONCENTRADO DE PLAQUETAS			
370007	CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCOREDUCIDOS			
370008	CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCOREDUCIDOS PEDIATRICOS			
370009	CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS			
370010	CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS			
	OTROS ANALISIS			
380053	ADENOVIRUS	1,95	2,03	2,14
380014	CLINITEST EN HECES	0,36	0,37	0,39
380040	CLINITEST EN ORINA	0,36	0,37	0,39
380035	COPROPARASITARIO	0,45	0,47	0,49
380044	COPROPARASITARIO SERIADO	0,80	0,84	0,88
380011	CRIPTOSPORIDIUM: por biología molecular	0,66	0,68	0,72
380054	CRISTALOGRAFIA	0,22	0,23	0,24
380004	CURVA DE LACTOSA	1,79	1,86	1,96

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
380027	DENSIDAD URINARIA	0,14	0,14	0,15
380007	D-XYLOSA	2,59	2,70	2,84
380060	D-XYLOSA POR HIDROGENO EXHALADO	2,31	2,40	2,53
380012	EMO (UROANALISIS DE RUTINA)	0,47	0,49	0,52
380032	FENILALANINA EN SANGRE	0,98	1,02	1,07
380034	GIARDIA EN HECES	1,55	1,62	1,7
380024	GOTA FRESCA	0,22	0,23	0,24
380008	GRASAS EN HECES (SUDAN III)	0,59	0,62	0,65
380064	HELYCOBACTER PYLORI EN HECES	1,19	1,24	1,3
380056	INV. DE OXIUROS	0,22	0,23	0,24
380046	NORWALK VIRUS	2,92	3,04	3,2
380029	pH EN HECES	0,21	0,22	0,23
380031	PH EN OTRAS MUESTRAS	0,21	0,22	0,23
380041	PMN	0,21	0,22	0,23
380010	PROTEINAS DE BENCE JONES	0,36	0,37	0,39
380019	PRUEBA DE EMBARAZO	1,17	1,22	1,28
380013	ROTAVIRUS	1,72	1,80	1,89
380023	SANGRE OCULTA	0,26	0,27	0,28
	INMUNOHISTOQUIMICA	-	-	
390001	CITOLOGIA VAGINAL (PRUEBA PAPANICOLAU INCLUYE LECTURA DE PLACAS Y PROCEDIMIENTO)	0,78	0,78	0,78
390002	CITOLOGIA VAGINAL (SOLO LECTURA DE PLACAS)	0,00	0,28	0,28
390003	CITOLOGIA DE SECRECIONES (TOMA DE MUESTRA Y PLACAS)	0,28	0,28	0,00
	GENETICA			
440012	ACID.METILMALONICO	0,00	0,00	0,80
440024	DISTROFIA DE BECKER DIAG. DIR.	0,00	0,00	49,54
440031	SINDROME DE PRADER WILLI	0,00	0,00	29,70
440029	ENFERMEDAD DE MACHADO JOSEP	0,00	0,00	29,70
440030	SINDROME DE ANGELMAN	0,00	0,00	29,70
440003	CARIOTIPO EN LIQ. AMNIOTICO	0,00	0,00	24,17
440005	EFUSIONES	0,00	0,00	6,93
440002	CARIOTIPO EN SANGRE PERIFERICA	0,00	0,00	6,93
440013	ANTRONA	0,00	0,00	1,26
440014	ACIDO HOMOGENTISICO	0,00	0,00	0,65
440021	COREA DE HUNTINGTON DIAG. IND.	0,00	0,00	24,74
440022	DISTROFIA DE DUCHENNE DIAG. D.	0,00	0,00	49,54
440020	COREA DE HUNTINGTON DIAG. DIR	0,00	0,00	24,74
440035	ACONDROPLASIA	0,00	0,00	24,76
440037	NEUROFIBROMATOSIS	0,00	0,00	35,73
440038	MONOCAPA LIQUIDO AMNIOTICO	0,00	0,00	24,72
440032	REORDENAMIENTOS B	0,00	0,00	49,54
440033	REORDENAMIENTOS T	0,00	0,00	49,54
440034	RESISTENCIA A ACTIV. DE PR. C.	0,00	0,00	24,74
440004	CARIOTIPO EN MEDULA OSEA	0,00	0,00	13,87
440028	RETRASO MENTAL LIGADO A X	0,00	0,00	29,70
440026	DISTROFIA MIOTONICA	0,00	0,00	24,74
	PRUEBAS ESPECIALES			
740047	CROMATOGRAFIA DE PALUDISMO	1,85	2,08	2,31
740048	CROMATOGRAFIA DE DENGUE	1,83	2,05	2,29
740049	TAMIZAJE/SCREENING NEONATAL AMPLIADO(FENICETONURIA, GALACTOCEMIA, UMELISA 17 OH Progesterona, UMELISA TSH NEONATAL) completa: toma de muestra, transporte, procesamiento de muestras y reporte	0,00	0,00	13,36
740050	TAMIZAJE/SCREENING NEONATAL AMPLIADO(ESTFENICETONURIA, GALACTOCEMIA, UMELISA 17 OH Progesterona, UMELISA TSH NEONATAL) , toma de muestra sin insumos	0,21	0,21	0,21
740051	TAMIZAJE/SCREENING NEONATAL AMPLIADO(FENICETONURIA, GALACTOCEMIA, UMELISA 17 OH Progesterona, UMELISA TSH NEONATAL) , sólo toma de muestra con insumos	0,23	0,23	0,23

CODIGO	DESCRIPCION	UVR I NIVEL-L-I	UVR II NIVEL L-2A	UVR III NIVEL L - 2B
740052	TAMIZAJE/SCREENING NEONATAL AMPLIADO(: FENICETONURIA, GALACTOCEMIA, UMELISA 17 OH Progesterona, UMELISA TSH NEONATAL) , sólo transporte de la muestra	0,55	0,55	0,55
	METALES			
750005	PLOMO EN SANGRE	0,00	0,00	4,82
750010	ZINC	0,00	0,00	4,94

2. IMAGEN

El valor de honorarios médicos en imagen, está integrado al componente técnico-institucional, por lo tanto **NO se reconocerá el cobro de honorarios médicos de manera independiente**.

Solamente se reconocerá honorarios médicos de la sección D, en aquellos procedimientos indicados en los que intervienen los profesionales médicos de manera directa y en los que se considera el nivel de complejidad.

En caso de que el radiólogo no realice el informe correspondiente, se descontará el 25% del valor del procedimiento y el 25% en honorarios médicos si fuera el caso.

En los procedimientos de imagen u otros procedimientos especiales quirúrgicos o de intervención guiado por imágenes en que se utilice material de contraste o material radioactivo, estos se facturarán de manera independiente.

2.1. Radiología convencional

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	RADIOLOGIA CONVENCIONAL			
70250	EXAMEN RADIOLÓGICO, CRÁNEO; MENOS DE CUATRO VISTAS, CON O SIN ESTEREOTÁCTICO	2,80	2,95	3,69
70260	EXAMEN RADIOLÓGICO, CRÁNEO; COMPLETO, MÍNIMO DE CUATRO POSICIONES, CON O SIN ESTEREOTÁCTICO	3,57	3,76	4,70
70350	CEFALOGRAMA ORTODÓNTICO	2,66	2,80	3,50
70240	EXAMEN RADIOLÓGICO, SILLA TURCA	2,66	2,80	3,50
70190	EXAMEN RADIOLÓGICO; FORÁMENES ÓPTICOS	3,30	3,47	4,34
70328	EXAMEN RADIOLÓGICO, ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, BOCA ABIERTA Y CERRADA; UNILATERAL	2,66	2,80	3,50
70030	EXAMEN RADIOLÓGICO, OJO, PARA DETECTAR CUERPO EXTRAÑO	2,94	3,09	3,86
70134	EXAMEN RADIOLÓGICO, MEATOS AUDITORIOS INTERNOS, COMPLETO	2,94	3,09	3,86
70140	EXAMEN RADIOLÓGICO, HUESOS FACIALES; MENOS DE TRES POSICIONES	2,94	3,09	3,86
70150	EXAMEN RADIOLÓGICO, HUESOS FACIALES; COMPLETO, MÍNIMO DE TRES POSICIONES	3,30	3,47	4,34
70160	EXAMEN RADIOLÓGICO, HUESOS NASALES, COMPLETO, MÍNIMO DE TRES POSICIONES	3,30	3,47	4,34
70110	EXAMEN RADIOLÓGICO, MANDÍBULA; COMPLETO, POR LO MENOS CUATRO POSICIONES	4,31	4,54	5,67
70220	EXAMEN RADIOLÓGICO, SENOS PARANASALES, DOS POSICIONES PARA NIÑO Y TRES POSICIONES PARA ADULTO.	3,26	3,43	4,29
70360	EXAMEN RADIOLÓGICO; CUELLO, TEJIDO BLANDO	2,66	2,80	3,50
70390	SIALOGRAFÍA (*) (**)	4,99	5,25	6,56
70360	CUELLO 2 POSICIONES. PARTES BLANDAS.	2,92	3,07	3,83

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
71010	EXAMEN RADIOLÓGICO, TÓRAX; POSICIÓN ÚNICA, FRONTAL	2,01	2,12	2,65
71020	EXAMEN RADIOLÓGICO, TÓRAX, DOS POSICIONES, FRONTAL Y LATERAL;	2,97	3,13	3,91
71021	EXAMEN RADIOLÓGICO, TÓRAX, DOS POSICIONES, FRONTAL Y LATERAL; CON PROCEDIMIENTO LORDÓTICO APICAL	5,09	5,36	6,70
71022	EXAMEN RADIOLÓGICO, TÓRAX, DOS POSICIONES, FRONTAL Y LATERAL; CON PROYECCIONES OBLICUAS	5,66	5,96	7,45
74000	EXAMEN RADIOLÓGICO, ABDOMEN; POSICIÓN ÚNICA ANTEROPOSTERIOR	2,50	2,63	3,29
74020	EXAMEN RADIOLÓGICO, ABDOMEN; COMPLETO, INCLUYENDO EN POSICIÓN DE DECÚBITO Y/O ERGUIDA	2,97	3,13	3,91
74022	EXAMEN RADIOLÓGICO, ABDOMEN; SERIE COMPLETA DE ABDOMEN AGUDO, INCLUYENDO EN POSICIÓN SUPINA, ERGUIDA, Y/O DE DECÚBITO, POSICIÓN POSTEROANTERIOR DEL TÓRAX EN POSICIÓN ERGUIDA	5,64	5,94	7,43
72050	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL; MÍNIMO DE CUATRO POSICIONES	3,76	3,96	4,95
72074	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLUMNA VERTEBRAL; TORÁCICA COMPLETA, INCLUYENDO POSICIONES OBLICUAS, MÍNIMO DE CUATRO POSICIONES	4,65	4,89	6,11
73000	EXAMEN RADIOLÓGICO; CLAVÍCULA, COMPLETA	2,63	2,77	3,46
73020	EXAMEN RADIOLÓGICO, HOMBRO; UNA POSICIÓN	2,01	2,12	2,65
73030	EXAMEN RADIOLÓGICO, HOMBRO; COMPLETO, MÍNIMO DOS POSICIONES	2,92	3,07	3,83
240057	HOMBRO 3 POSICIONES	4,31	4,54	5,67
73050	EXAMEN RADIOLÓGICO; ARTICULACIONES ACROMIOCLAVICULARES BILATERAL, CON O SIN DISTRACCIÓN PONDERADA	3,18	3,35	4,19
73060	EXAMEN RADIOLÓGICO; HÚMERO, MÍNIMO DOS POSICIONES	3,30	3,47	4,34
73070	EXAMEN RADIOLÓGICO, CODO; POSICIÓN ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	2,97	3,13	3,91
73090	EXAMEN RADIOLÓGICO; ANTEBRAZO, POSICIÓN ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	2,97	3,13	3,91
73120	EXAMEN RADIOLÓGICO, MANO; DOS POSICIONES	2,80	2,95	3,69
73140	EXAMEN RADIOLÓGICO, DEDOS DE MANOS, MÍNIMO DOS POSICIONES	2,94	3,09	3,86
240064	EDAD OSEA 1 PLACA	3,18	3,35	4,19
240065	EDAD ÓSEA 2 PLACAS	3,30	3,47	4,34
73520	EXAMEN RADIOLÓGICO, CADERA, BILATERAL, MÍNIMO DOS POSICIONES DE CADA CADERA, INCLUYENDO LA POSICIÓN ANTEROPOSTERIOR DE LA PELVIS	1,84	1,94	2,42
73540	EXAMEN RADIOLÓGICO, PELVIS Y CADERAS, LACTANTE O NIÑO, MÍNIMO DOS POSICIONES	3,82	4,02	5,02
240068	CADERA 3 POSICIONES	4,68	4,93	6,16
240069	CADERA 4 POSICIONES	5,66	5,96	7,45
73550	EXAMEN RADIOLÓGICO, FÉMUR, POSICIÓN ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	3,82	4,02	5,02
73560	EXAMEN RADIOLÓGICO, RODILLA; UNA O DOS POSICIONES	2,80	2,95	3,69
73590	EXAMEN RADIOLÓGICO; TIBIA Y FÍBULA, POSICIÓN ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	2,97	3,13	3,91
73600	EXAMEN RADIOLÓGICO, TOBILLO; POSICIÓN ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	2,97	3,13	3,91
73620	EXAMEN RADIOLÓGICO, PIE; POSICIÓN ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	2,97	3,13	3,91
73650	EXAMEN RADIOLÓGICO; CALCÁNEO, MÍNIMO DOS POSICIONES	3,08	3,24	4,05
240078	1 RAYOS X PORTÁTIL	2,24	2,36	2,95
72040	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL; ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	2,80	2,95	3,69
72052	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL; COMPLETO, INCLUYENDO ESTUDIOS OBLICUOS, DE FLEXIÓN Y/O DE EXTENSIÓN	6,42	6,76	8,45

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
72070	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLUMNA VERTEBRAL; TORÁCICA, ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	3,82	4,02	5,02
72100	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLUMNA VERTEBRAL LUMBOSACRAL; ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	3,82	4,02	5,02
72110	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLUMNA VERTEBRAL LUMBOSACRAL; COMPLETO, CON POSICIÓNNES OBLICUAS	4,65	4,89	6,11
72220	EXAMEN RADIOLÓGICO, SACRO Y CÓXIS, MÍNIMO DOS POSICIONES	2,92	3,07	3,83
240220	CRÁNEO 1 POSICIÓN	2,37	2,49	3,12
70330	EXAMEN RADIOLÓGICO, ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, BOCA ABIERTA Y CERRADA; BILATERAL	3,30	3,47	4,34
240222	HUESOS FACILAES 1 POSICIÓN	2,66	2,80	3,50
70100	EXAMEN RADIOLÓGICO, MANDÍBULA; PARCIAL, MENOS DE CUATRO POSICIONES	2,67	2,81	3,51
72069	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLUMNA VERTEBRAL TORACOLUMBAR, DE PIE (ESCOLIOSIS)	3,82	4,02	5,02
72080	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLUMNA VERTEBRAL; TORACOLUMBAR, ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	2,97	3,13	3,91
240027	COLUMNA VERTEBRAL, TORACOLUMBAR ANTEROPOSTERIOR Y LATERLA, CAMBIAR DE TEXTO EN EL NOMBRE PRINCIPAL JUNTO CONEL CODIGO	5,22	5,49	6,86
73080	EXAMEN RADIOLÓGICO, CODO; COMPLETO, MÍNIMO TRES POSICIONES	3,30	3,47	4,34
73100	EXAMEN RADIOLÓGICO, MUÑECA; POSICIÓN ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	2,80	2,95	3,69
73110	EXAMEN RADIOLÓGICO, MUÑECA; COMPLETO, MÍNIMO TRES POSICIONES	3,30	3,47	4,34
73092	EXAMEN RADIOLÓGICO; EXTREMIDAD SUPERIOR, LACTANTE, MÍNIMO DOS POSICIONES	2,37	2,49	3,12
73564	EXAMEN RADIOLÓGICO, RODILLA; COMPLETO, CUATRO O MÁS POSICIONES	4,93	5,19	6,48
73610	EXAMEN RADIOLÓGICO, TOBILLO; COMPLETO, MÍNIMO TRES POSICIONES	3,88	4,08	5,10
73630	EXAMEN RADIOLÓGICO, PIE; COMPLETO, MÍNIMO TRES POSICIONES	3,30	3,47	4,34
73592	EXAMEN RADIOLÓGICO; EXTREMIDAD INFERIOR, LACTANTE, MÍNIMO DOS POSICIONES	2,37	2,49	3,12
74220	EXAMEN RADIOLÓGICO; ESÓFAGO (*) (**)	4,80	5,05	6,31
74246	EXAMEN RADIOLÓGICO, TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR, CONTRASTE DE AIRE, CON BARIO ESPECÍFICO DE ALTA DENSIDAD, AGENTE EFERVESCENTE, CON O SIN GLUCAGÓN; CON O SIN PLACAS RETRASADAS, SIN KUB (*) (**)	5,87	6,18	7,72
74249	EXAMEN RADIOLÓGICO TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR, CONTRASTE DE AIRE CON BARIO, ESPECÍFICO DE ALTA DENSIDAD. AGENTE EFERVESCENTE CON O SIN GLUCAGÓN; CON SEGUIMIENTO DE INTESTINO DELGADO (*) (**)	9,02	9,49	11,86
74250	EXAMEN RADIOLÓGICO, INTESTINO DELGADO, INCLUYE MÚLTIPLES PLACAS SERIADAS. (**)	7,82	8,23	10,29
74305	COLANGIOGRAFÍA; POSTQUIRÚRGICA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICAS (*) (**)	4,30	4,53	5,67
74300	COLANGIOGRAFÍA Y/O PANCREATOGRAFÍA; INTRAQUIRÚRGICA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICAS (*) (**)	4,54	4,78	5,98
74430	CISTOGRAFÍA, MÍNIMO DE TRES POSICIONES. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA (*) (**)	4,30	4,53	5,67
74450	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA.SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA (*) (**)	4,31	4,54	5,67
74440	CISTOGRAFÍA, MÍNIMO DE TRES POSICIONES, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICAS (*) (**)	7,31	7,69	9,61
74410	UROGRAFÍA, INFUSIÓN, TÉCNICA DE GOTEO Y/O TÉCNICA DE BOLO;	5,61	5,90	7,37

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
240049	NEFROTOMOGRAFÍA	3,88	4,08	5,10
74420	UROGRAFÍA RETRÓGRADA, CON O SIN KUB (*) (**)	5,22	5,49	6,86
74775	PERINEOGRAMA P. EJ., VAGINOGRAMA, PARA DETERMINACIÓN DEL SEXO O DE LA EXTENSIÓN DE ANOMALÍAS (*) (**)	4,45	4,68	5,85
74710	PELVIMETRÍA, CON O SIN UBICACIÓN PLACENTARIA	4,06	4,27	5,34
240053	FISTULOGRAFÍA (*) (**)	4,99	5,25	6,56
240076	ESCANOGRAMA	3,88	4,08	5,10
240077	ARTOGRAFÍA (*) (**)	6,79	7,15	8,94
240079	SERIE METASTASICA	9,81	10,33	12,91
74270	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLON; ENEMA DE BARIO, CON O SIN KUB	7,31	7,69	9,61
76001	FLUOROSCOPIA. TIEMPO MÉDICO DE MÁS DE UNA HORA.ASISTENCIA A UN MÉDICO NO RADIÓLOGO (P. EJ.,NEFROSTOLITOTOMÍA, ERCP, BRONCOSCOPIA, BIOPSIA TRANSBRONQUIAL)	3,18	3,35	4,19
240156	FLUROSCOPIA 10 MINUTOS	3,18	3,35	4,19
240157	FLUROSCOPIA 20 MINUTOS	7,12	7,49	9,37
240186	FLUROSCOPIA 25 MINUTOS	8,31	8,75	10,93
240159	FLUROSCOPIA 30 MINUTOS	9,20	9,68	12,10
240289	CONTROL DE CIRUGIA BARIATRICA.- EXAMEN RADIOLÓGICO. TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR; CON INTESTINO DELGADO, INCLUYENDO PLACAS MÚLTIPLES SERIADAS (*)	1,19	1,25	1,56

(*) Adicionar Honorarios Médicos
(**) Adicionar medios de contraste/dispositivos médicos

Procedimientos Especiales de Imagen y Medicina Nuclear – alta complejidad

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	PROCEDIMIENTOS ESPECIALES			
75665	ANGIOGRAFÍA, CARÓTIDA, CEREBRAL, UNILATERAL, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICAS INTRAVENOSO. (*) (**)	11,72	12,34	16,45
75660	ANGIOGRAFÍA, CARÓTIDA EXTERNA, UNILATERAL Y SELECTIVA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA (*) (**)	11,72	12,34	16,45
75671	ANGIOGRAFÍA, CARÓTIDA, CEREBRAL, BILATERAL, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA. (*) (**)	15,99	16,83	22,44
75685	ANGIOGRAFÍA VERTEBRAL, CERVICAL Y/O INTRACRANEAL, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA, Y 36100 - 36218 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL Y 75685)INTRAVENOSO.	15,99	16,83	22,44
75650	ANGIOGRAFÍA CERVICOCEREBRAL, CATÉTER, INCLUYENDO ORIGEN DEL VASO, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓNRADIOLÓGICA INTRAVENOSA Y 36100-36218 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRAARTERIAL Y 75650, 75660-75685 SEGÚN CORRESPONDA)	17,46	18,38	24,51
75880	VENOGRAFÍA ORBITAL, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA PARA EL PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL, 75880)	11,72	12,34	16,45
75605	AORTOGRAFÍA TORÁCICA POR ESTUDIO SERIADO, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA Y 36100-36200 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL Y 75605)	11,72	12,34	16,45
75746	ANGIOGRAFÍA PULMONAR POR CATÉTER NO SELECTIVO O INYECCIÓN VENOSA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA Y 36100-	11,72	12,34	16,45

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	36200 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRAARTERIAL Y 75746)INTRAVENOSA Y 36100-36200 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL Y 93556) PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL Y 93556)PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL Y 93556)			
75743	ANGIOGRAFÍA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA Y 75743)	11,72	12,34	16,45
71060	BRONQUIOGRAFÍA BILATERAL. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	11,72	12,34	16,45
74360	DILATACIÓN INTRALUMINAL DE CONSTRICCIONES Y/O OBSTRUCCIONES (P. EJ. ESÓFAGO), SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICAA	20,09	21,15	28,20
74625	AORTOGRAFÍA ABDOMINAL, POR ESTUDIO SERIADO, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	11,72	12,34	16,45
75722	ANGIOGRAFÍA RENAL UNILATERAL SELECTIVA (INCLUYENDO AORTOGRAMA DE PERFUSIÓN), SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA Y 36100-36200 Y 36245-36248 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL Y 75722)	11,72	12,34	16,45
75724	ANGIOGRAFÍA RENAL BILATERAL SELECTIVA, (INCLUYENDO AORTOGRAMA DE PERFUSIÓN), SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA Y 36100-36200 Y 36245-36248 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL Y 75724)	15,99	16,83	22,44
75733	ANGIOGRAFÍA ADRENAL BILATERAL SELECTIVA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA Y 36100-36200 Y 36245-36248 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL Y 75733)	11,72	12,34	16,45
260017	ARTERIOGRAFIA HEPATOESPLENICA	11,72	12,34	16,45
75726	ANGIOGRAFÍA VISCERAL SELECTIVA O SUPRASELECTIVA (CON O SIN AORTOGRAMA DE PERFUSIÓN), SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA Y 36100-36248 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRAARTERIAL Y 75726)	11,72	12,34	16,45
75810	ESPLENOPORTOGRAFÍA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	11,72	12,34	16,45
75774	ANGIOGRAFÍA SELECTIVA, CADA VASO ADICIONAL ESTUDIADO DESPUÉS DEL EXAMEN BÁSICO, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA (ANOTAR SEPARADAMENTE ADEMÁS DEL CÓDIGO UTILIZADO PARA EL PROCEDIMIENTO PRIMARIO) INTRAVENOSO Y 36100-36248 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL Y 75774)	20,09	21,15	28,20
75885	PORTOGRAFÍA TRANS-HEPÁTICA PERCUTÁNEA CON EVALUACIÓN HEMODINÁMICA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	20,09	21,15	28,20
75827	VENOGRAFÍA DE LA CAVA SUPERIOR, CON ESTUDIO SERIADO, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	11,72	12,34	16,45
260023	FLEBOGRAFIA ESPERMÁTICA(OVARIC)	11,72	12,34	16,45
75833	VENOGRAFÍA RENAL BILATERAL, SELECTIVA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	11,72	12,34	16,45
75894	TERAPIA TRANSCATÉTER. EMBOLIZACIÓN, CUALQUIER MÉTODO. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	18,35	19,31	25,75
75980	DRENAJE BILIAR TRANSHEPÁTICO PERCUTÁNEO CON CONTROL DE CONTRASTE.SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	15,30	16,11	21,48
74475	INTRODUCCIÓN PERCUTÁNEA DE INTRACATÉTER O CATÉTER EN LA PELVIS RENAL PARA DRENAR Y/O INYECTAR, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	13,46	14,17	18,89
260029	DRENAJE DE COLECCIONES	13,46	14,17	18,89

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
74320	COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA TRANS-HEPÁTICA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	11,72	12,34	16,45
75716	ANGIOGRAFÍA EXTREMIDADES, BILATERAL, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA Y 36100-36248 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL Y 75716)	16,48	17,35	23,13
75630	AORTOGRAFÍA ABDOMINAL MÁS ILIOFEMORAL BILATERAL DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES. CATÉTER POR ESTUDIO SERIADO, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA Y 36100-36200 Y 36245-36248 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL Y 75630)	24,11	25,38	33,84
75822	VENOGRAFÍA EXTREMIDAD BILATERAL, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	8,27	8,70	11,60
75801	LINFANGIOGRAFÍA EXTREMIDAD SOLAMENTE UNILATERAL, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	7,64	8,04	10,72
75803	LINFANGIOGRAFÍA EXTREMIDAD SOLAMENTE BILATERAL, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	9,20	9,68	12,91
72240	MIELOGRAFÍA CERVICAL. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	10,08	10,61	14,15
72265	MIELOGRAFÍA LUMBOSACRAL. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	7,97	8,39	11,18
72270	MIELOGRAFÍA DE CANAL ESPINAL COMPLETO, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	10,08	10,61	14,15
75705	ANGIOGRAFÍA ESPINAL SELECTIVA. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA Y 36100-36248 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL Y 75705)	11,72	12,34	16,45
72285	DISCOGRAFÍA CERVICAL. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	11,72	12,34	16,45
75872	VENOGRAFÍA EPIDURAL. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA PARA EL PROCEDIMIENTO INTRA-ARTERIAL, 75872)	11,72	12,34	16,45
74740	HISTEROSALPINGOGRAFÍA. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	2,89	3,04	4,05
75710	ANGIOGRAFÍA EXTREMIDAD UNILATERAL, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA INTRAVENOSA Y 36100-36248 PARA EL PROCEDIMIENTO INTRAARTERIAL Y 75710)	10,49	11,04	14,72
75820	VENOGRAFÍA EXTREMIDAD UNILATERAL, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICAS	6,12	6,44	8,59
70390	SIALOGRAFÍA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICAS.	4,26	4,49	5,98
74440	VASOGRAFÍA, VESICULOGRAFÍA O EPIDIDIMOGRAFÍA. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	2,89	3,04	4,05
74327	EXTRACCIÓN POSTQUIRÚRGICA DE CÁLCULOS BILIARES POR VÍA PERCUTÁNEA CON TUBO T, CESTA O LAZO	10,44	10,99	14,65
260071	BIOPSIA PERCUTANEA	6,02	6,34	8,45
73580	EXAMEN RADIOLÓGICO DE RODILLA. ARTROGRAFÍA. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA ELIMINADO, VEA 27370, 73580)	5,31	5,59	7,45
74328	CATETERIZACIÓN ENDOSCÓPICA DEL SISTEMA DE CONDUCTOS BILIARES. SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	8,34	8,78	11,71
	(*) Adicionar Honorarios Médicos (**) Adicionar medios de contraste/dispositivos médicos			
	DENSITOMETRIA OSEA (TARIFA INTEGRAL, EN SU VALOR ESTA INCLUIDO TODO)			
420001	CUERPO TOTAL	0,83	0,88	1,17
76075	ABSORCIOMETRÍA DE RAYOS X DE DOBLE ENERGÍA (DEXA). ESTUDIO DE DENSIDAD ÓSEA, UNA O MÁS	0,83	0,88	1,17

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	ZONAS;ESQUELETO AXIAL (P. EJ. CADERAS, PELVIS, RAQUIS)			
76076	ABSORCIOMETRÍA DE RAYOS X DE DOBLE ENERGÍA (DEXA). ESTUDIO DE DENSIDAD ÓSEA, UNA O MÁS ZONAS; ESQUELETO APENDICULAR (PERIFÉRICO) (P. EJ. RADIO, MUÑECA, TALÓN)	0,62	0,65	0,87
76075	ABSORCIOMETRÍA DE RAYOS X DE DOBLE ENERGÍA (DEXA). ESTUDIO DE DENSIDAD ÓSEA, UNA O MÁS ZONAS;ESQUELETO AXIAL (P. EJ. CADERAS, PELVIS, RAQUIS)	0,62	0,65	0,87
76075	ABSORCIOMETRÍA DE RAYOS X DE DOBLE ENERGÍA (DEXA). ESTUDIO DE DENSIDAD ÓSEA, UNA O MÁS ZONAS;ESQUELETO AXIAL (P. EJ. CADERAS, PELVIS, RAQUIS)	0,62	0,65	0,87
76075	ABSORCIOMETRÍA DE RAYOS X DE DOBLE ENERGÍA (DEXA). ESTUDIO DE DENSIDAD ÓSEA, UNA O MÁS ZONAS;ESQUELETO AXIAL (P. EJ. CADERAS, PELVIS, RAQUIS)	0,62	0,65	0,87
	RESONANCIA MAGNETICA			
70551	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ., DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL TALLO CEREBRAL); SIN MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	16,96	21,20
70552	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ., DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL TALLO CEREBRAL); CON MATERIALES DE CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
570008	RESONANCIA MAGNETICA SILLA TURCA SIMPLE + CONTRASTADA	0,00	25,44	31,80
570009	RESONANCIA MAGNETICA DE ÓRBITAS SIMPLE	0,00	16,96	21,20
570011	RESONANCIA MAGNETICA DE ÓRBITAS SIMPLE + CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
570012	RESONANCIA MAGNETICA DE OÍDOS SIMPLE	0,00	16,96	21,20
570014	RESONANCIA MAGNETICA DE OÍDOS SIMPLE + CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
570015	RESONANCIA MAGNETICA S.P.N. O CARA SIMPLE	0,00	16,96	21,20
570017	RESONANCIA MAGNETICA S.P.N. O CARA SIMPLE +CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
570018	RESONANCIA MAGNETICA CUELLO SIMPLE	0,00	16,96	21,20
570020	RESONANCIA MAGNETICA CUELLO SIMPLE + CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
570021	RESONANCIA MAGNETICA LARINGE SIMPLE	0,00	16,96	21,20
570023	RESONANCIA MAGNETICA LARINGE SIMPLE + CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
72141	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ., DE PROTONES), CANAL ESPINAL Y SU CONTENIDO CERVICAL; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	16,96	21,20
72142	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ., DE PROTONES), CANAL ESPINAL Y SU CONTENIDO CERVICAL; CON MATERIALES DE CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
72146	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ., DE PROTONES), CANAL ESPINAL Y SU CONTENIDO TORÁCICO; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	16,96	21,20
72147	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ., DE PROTONES), CANAL ESPINAL Y SU CONTENIDO TORÁCICO; CON MATERIALES DE CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
72148	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ., DE PROTONES), CANAL ESPINAL Y SU CONTENIDO LUMBAR; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	16,96	21,20
72149	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ., DE PROTONES), CANAL ESPINAL Y SU CONTENIDO, LUMBAR; CON MATERIALES DE CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
71550	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ., DE PROTONES), TÓRAX (P. EJ., PARA LA EVALUACIÓN DE LA LINFADENOPATÍA HILAR Y DEL MEDIASTINO)	0,00	16,96	21,20
570035	RESONANCIA MAGNETICA TÓRAX SIMPLE + CONTRASTE	0,00	25,44	31,80

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
75552	IMÁGENES CARDÍACAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA PARA MORFOLOGÍA; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	16,96	21,20
75553	IMÁGENES CARDÍACAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA PARA MORFOLOGÍA; CON MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
570039	RESONANCIA MAGNETICA PLEXO BRAQUIAL SIMPLE	0,00	16,96	21,20
570041	RESONANCIA MAGNETICA PLEXO BRAQUIAL SIMPLE + CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
74181	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ., DE PROTONES), ABDOMEN	0,00	16,96	21,20
570050	RESONANCIA MAGNETICA ABDÓMEN SUPERIOR SIMPLE + CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
570051	RESONANCIA MAGNETICA ABDÓMEN COMPLETO Y PELVIS SIMPLE	0,00	28,26	35,33
570053	RESONANCIA MAGNETICA ABDÓMEN COMPLETO Y PELVIS SIMPLE + CONTRASTE	0,00	45,22	56,53
72196	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ., DE PROTONES), PELVIS	0,00	16,96	21,20
570056	RESONANCIA MAGNETICA PÉLVICA SIMPLE + CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
73221	IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (P. EJ., DE PROTONES), CUALQUIER ARTICULACIÓN DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR	0,00	16,96	21,20
570071	RESONANCIA MAGNETICA UNA ARTICULACIÓN SIMPLE + CONTRASTE	0,00	25,44	31,80
70541	ANGIOGRAFÍA DE RESONANCIA MAGNÉTICA, CABEZA Y/O CUELLO, CON O SIN MATERIALES DE CONTRASTE	0,00	11,31	14,13
570091	RESONANCIA MAGNETICA DE VÍAS BILIARES	0,00	11,31	14,13
76390	ESPECTROSCOPÍA DE RESONANCIA MAGNÉTICA	0,00	10,93	13,66
570390	RESONANCIA MAGNETICA PLEXO LUMBAR SIMPLE	0,00	16,96	21,20
570391	RESONANCIA MAGNETICA PLEXO LUMBAR SIMPLE Y CONTRASTADO	0,00	25,44	31,80
76094	IMÁGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA, MAMA, CON Y/O SIN MATERIALES DE CONTRASTE; BILATERAL	0,00	25,42	31,77
570394	RESONANCIA MAGNETICA DIFUSIÓN	0,00	7,26	9,08
570395	RESONANCIA MAGNETICA TRACTOGRAFÍA	0,00	10,89	13,62
570396	COLANGIORESONANCIA + ESTUDIOS TOTALES (INCLUYE ESTUDIOS TOTALES)	0,00	33,20	40,00
	AÑADIR MEDIO CONTRASTE, DISPOSITIVOS MEDICOS DE MANERA ADICIONAL EN LOS PROCEDIMIENTOS QUE APLICAN			
	MEDICINA NUCLEAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO			
590001	GAMMAGRAFIA TIROIDEA	0,00	0,00	9,90
590002	GAMMAGRAFIA DE CANCER/TIROIDES	0,00	0,00	11,98
590003	GAMMAGRAFIA HEPATO ESPLENICA	0,00	0,00	15,65
590004	GAMMAGRAFIA HEPATO BILIAR	0,00	0,00	15,65
590005	GAMMAGRAFIA GASTROESOFAGICA	0,00	0,00	15,65
590006	GAMMA. DE SANGRADO INTESTINAL	0,00	0,00	15,65
590007	GAMMA. DE GLANDULAS SALIBALES	0,00	0,00	15,65
590008	GAMMA. CARDIACA DE INFARTO AGD	0,00	0,00	15,65
590009	GAMMAGRAFIA CARDIACA TALIO	0,00	0,00	15,65
590010	GAMMA. CARDIACA FUNCIONAL	0,00	0,00	15,65
590011	GAMMAGRAFIA CARDIACA	0,00	0,00	15,65
590012	GAMMAGRAFIA CARDIACA MUGA	0,00	0,00	15,65
590013	GAMMAGRAFIA PULMONAR PERFUSORA	0,00	0,00	14,31
590014	GAMMAGRAFIA VENOPULMONAR	0,00	0,00	28,88
590015	GAMMAGRAFIA RENAL	0,00	0,00	15,65
590016	GAMMAGRAFIA TESTICULAR	0,00	0,00	15,65
590017	GAMMAGRAFIA CEREBRAL	0,00	0,00	15,65
590018	GAMMAGRAFIA OSEA	0,00	0,00	14,31
590019	VENTRICULOGRAFIA RADIONUCLEAR	0,00	0,00	15,65
590020	GAMMAGRAFIA PARA VARICOCELE	0,00	0,00	15,65
590021	HISTEROSALPINGOGRAFIA RADIONUC	0,00	0,00	15,65
590022	GAMMA. CON GLOBULOS ROJOS MARC	0,00	0,00	15,65

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
590023	SCINTIMAMOGRAFIA	0,00	0,00	15,65
590024	GAMMAGRAFIA PULMONAR VENTIL	0,00	0,00	15,65
590025	RASTREOCORPORAL I 131	0,00	0,00	14,73
590026	GAMMAGRAFIA TIRODEA I 131	0,00	0,00	12,90
590027	CAPTACION TIRIOIDEO	0,00	0,00	8,49
590028	GAMMAGRAFIA SPECT DE TIROIDES	0,00	0,00	23,70
590029	GAMMAGRAFIA DE PARATIROIDES	0,00	0,00	12,52
590030	GAMMAGRAFIA REFLUJO ESOFAGICO	0,00	0,00	11,39
590031	GAMMAGRAFIA SPECT HEPATICO	0,00	0,00	16,34
590032	GAMMAGRAFIA SPECT + CT HEPATICO Y VIAS BILIARES	0,00	0,00	23,70
590033	GAMMAGRAFIA SPECT CON G.R. MARADOS HEPATICA	0,00	0,00	23,70
590034	GAMMAGRAFIA HEPATICA SPECT CON DOBLE RADIOFARMACO	0,00	0,00	23,70
590035	GAMMAGRAFIA HEPATICA SPECT + CT CON CIPROFLOXACINA MARCADA	0,00	0,00	23,70
590036	GAMMAGRAFIA SPECT PARA DIAGNOSTICO DE DIVERTICULA DE MECKEL	0,00	0,00	23,70
590037	GAMMAGRAFIA TRANSITO ESOFAGICO	0,00	0,00	16,34
590038	GAMMAGRAFIA ESPLENICA BAZO EXTRANUMERARIO	0,00	0,00	23,70
590039	GAMMAGRAFIA SPECT DE PERFUSION MIOCARDICA CON SESTAMIBI	0,00	0,00	42,60
590040	GAMMAGRAFIA SPECT DE VIABILIDAD MIOCARDICA CON SESTAMIBI	0,00	0,00	42,60
590041	GAMMAGRAFIA SPECT MIOCARDICA CON SESTAMIBI FUNCION	0,00	0,00	23,70
590042	GAMMAGRAFIA CARDIACA DE PRIMER PASO CON GR MARCADOS	0,00	0,00	23,70
590043	GAMMAGRAFIA SPECT DE PERFUDSIO MIOCARDIA SO9LO DE REPOSO	0,00	0,00	23,70
590044	GAMMAGRAFIA SPECT DE PERFUSION MIOCARDICA CON ERGOMETRIA GRADUADA	0,00	0,00	23,70
590045	GAMMAGRAFIA SPECT DE PERFUSION MIOCARDICA CON PRUEBA FARMACOLOGICA	0,00	0,00	23,70
590046	GAMMAGRAFIA SPECT + CT DE PERFUSION PULMONAR	0,00	0,00	42,60
590047	GAMMAGRAFIA FLEBOPULMONAR SPECT	0,00	0,00	23,70
590048	GAMMAGRAFIA PULMONAR VENTILATORIA + PERFUSORIA	0,00	0,00	23,70
590049	GAMMAGRAFIA RENAL DTPA FILTRACION GLOMERULAR	0,00	0,00	23,70
590050	GAMMAGRAFIA RENAL + DIURETICO	0,00	0,00	23,70
590051	GAMMAGRAFIA RENAL CON MAG 3 ELIMINACION TUBULAR	0,00	0,00	23,70
590052	GAMMAGRAFIA RENAL CON DMSA ESTUDIO DE LA CORTEZA RENAL	0,00	0,00	23,70
590053	GAMMAGRAFIA PARA VALORACION DE TRANSPLATE RENAL	0,00	0,00	23,70
590054	GAMMAGRAFIA RENAL EN EFERMEDAD RENOVASCULAR	0,00	0,00	23,70
590055	GAMMAGRAFIA RENAL + CAPTOPRIL	0,00	0,00	23,70
590056	GAMMAGRAFIA SPECT DE PERFUSION CEREBRAL	0,00	0,00	23,70
590057	GAMMAGRAFIA CEREBRAL SPECT + CT	0,00	0,00	23,70
590058	GAMMAGRAFIA PARA MUERTE CEREBRAL	0,00	0,00	23,70
590059	CISTERNOGAMMAGRAFIA	0,00	0,00	23,70
590060	GAMMAGRAFIA CEREBRAL ESTATICA	0,00	0,00	23,70
590061	GAMMAGRAFIA PARAVIABILIDAD TUMORAL CON MIBI	0,00	0,00	23,70
590062	GAMMAGRAFIA OSEA RASTREO DE CUERPO TOTAL PARA DIAGNOSTICO DE METASTASIS	0,00	0,00	14,86
590063	GAMMAGRAFIA OSEA PARA DIAGNOSTIO DE FRACTURA	0,00	0,00	14,86
590064	GAMMAGRAFIA OSEA DE TRES PASOS PARA DFIAGNOSTICO DE INFECCION	0,00	0,00	23,70
590065	GAMMAGRAFIA OSEA SPECT + CT PARA DIAGNOSTICO DE TUMORES OSEOS PRIMARIOS	0,00	0,00	23,70
590066	GAMMAGRAFIA OSEA PARA DIAGNOSTICO DE OSTEOMIELITIS	0,00	0,00	14,87
590067	GAMMAGRAFIA OSEA PARA DIAGNOSTIO DE VITALIDAD	0,00	0,00	14,87

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	OSEA EN QUEMADURAS			
590068	GAMMAGRAFIA PARA ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CA DE MAMA	0,00	0,00	16,34
590069	GAMMAGRAFIA PARA ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CA DE ORGAMOS SEXUALES	0,00	0,00	16,34
590070	GAMMAGRAFIA PARA ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL MELANOMA	0,00	0,00	16,34
590071	GAMMAGRAFIA PARA ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CA DE LENGUA	0,00	0,00	16,34
590072	GAMMAGRAFIA PARA ESTUDIO DE LINFOMAS CON GALIO 67	0,00	0,00	16,34
590073	GAMMAGRAFIA SPECT + CT PARA TUMORES CAPTANTES DEL GALIO 67	0,00	0,00	23,70
590074	GAMMAGRAFIA SPECT + CT PARA PROCESOS INFECCIOSOS DEL GALIO 67	0,00	0,00	23,70
590075	GAMMAGRAFIA PARA TUMORES NEUROENDOCRINOS CON INDIO 111	0,00	0,00	23,70
590076	GAMMAGRAFIA SPECT + CT CON INDIO 111	0,00	0,00	23,70
590077	GAMMAGRAFIA PARA PROCESOS INFECCIOSOS CON INDIO 111	0,00	0,00	23,70
590078	GAMMAGRAFIA DACRIO NASAL	0,00	0,00	14,87
590079	GAMMAGRAFIA VENOSA	0,00	0,00	14,87
590080	LINFOGAMMAGRAFIA	0,00	0,00	14,87
590081	TRATAMIENTO DEL CA DE TIROIDES CON I131	0,00	0,00	37,40
590082	TRATAMIENTO DE HIPERTIROIDISMO CON I 131 X SESION	0,00	0,00	24,51
590083	TRATAMIENTO DEL BOCIO TIROIDEO CON I 131	0,00	0,00	19,06
590093	TRATAMIENTO DEL DOLOR METASTASICO OSEO CON ESTRONCIO 89, SAMARIO 156, FOSFORO 32	0,00	0,00	166,00
590094	TRATAMIENTO DE TIROTOXICOSIS CON I131	0,00	0,00	19,06
590095	TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE GRAVES BASADOW CON I 131	0,00	0,00	19,06
	AÑADIR MEDIO CONTRASTE/DISPOSITIVOS MEDICOS QUE SE COBRA DE MANERA ADICIONAL EN LOS PROCEDIMIENTOS QUE APLICAN			
	TOMOGRAFIA			
70450	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA DE CABEZA O CEREBRO; SIN MATERIAL DE CONTRASTE (**)	0,00	7,21	9,01
70470	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA DE CABEZA O CEREBRO; SIN MATERIAL DE CONTRASTE, SEGUIDA DE MATERIALES DE CONTRASTE Y SECCIONES ADICIONALES (**)	0,00	11,00	13,76
70480	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA, ÓRBITA, SILLA TURCA O FOSA POSTERIOR, U OÍDO EXTERNO MEDIO O INTERNO; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	7,21	9,01
70482	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA, ÓRBITA, SILLA TURCA O FOSA POSTERIOR, U OÍDO EXTERNO MEDIO O INTERNO; SIN MATERIAL DE CONTRASTE, SEGUIDA DE MATERIALES DE CONTRASTE Y SECCIONES ADICIONALES (**)	0,00	11,00	13,76
710006	CONDUCTO AUDITIVO SIMPLE	0,00	7,21	9,01
710007	CONDUCTO AUDIT.SIMPLE+CONTR IV	0,00	11,00	13,76
710009	ORBITAS SIMPLE	0,00	7,21	9,01
710010	ORBITAS SIMPLE + CONTRASTE IV	0,00	11,00	13,76
70486	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA, ZONA MAXILOFACIAL; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	10,32	12,90
70488	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA, ZONA MAXILOFACIAL; SIN MATERIAL DE CONTRASTE, SEGUIDA DE MATERIALES DE CONTRASTE Y SECCIONES ADICIONALES (**)	0,00	17,19	21,49
70490	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA, TEJIDO BLANDO DEL CUELLO; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	7,21	9,01
70492	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA, TEJIDO BLANDO DEL CUELLO; SIN MATERIAL DE CONTRASTE,	0,00	11,00	13,76

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	SEGUIDA DE MATERIALES DE CONTRASTE Y SECCIONES ADICIONALES (**)			
71250	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA, TÓRAX; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	9,29	11,62
71270	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA, DE TÓRAX; SIN MATERIAL DE CONTRASTE, SEGUIDA DE MATERIALES DE CONTRASTE Y SECCIONES ADICIONALES (**)	0,00	13,07	16,33
74150	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA, DE ABDOMEN; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	9,29	11,62
74170	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN; SIN MATERIAL DE CONTRASTE, SEGUIDA DE MATERIALES DE CONTRASTE Y SECCIONES ADICIONALES (**)	0,00	13,07	16,33
72192	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA DE PELVIS; SIN MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	9,29	11,62
72194	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA DE PELVIS; SIN MATERIAL DE CONTRASTE, SEGUIDA DE MATERIALES DE CONTRASTE Y SECCIONES ADICIONALES (**)	0,00	13,07	16,33
710023	PELVIS Y ABDOMEN SIMPLE	0,00	12,44	15,55
710025	PELVIS ABD.SIMPLE+CONTRASTE IV (**)	0,00	21,32	24,65
710027	UNA ARTICULACION SIMPLE	0,00	7,21	9,01
76360	ORIENTACIÓN POR TOMOGRAFÍA COMPUTADORIZADA PARA BIOPSIA DE AGUJA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA (*)	0,00	7,21	9,01
76370	ORIENTACIÓN POR TOMOGRAFÍA COMPUTADORIZADA PARA LA COLOCACIÓN DE CAMPOS DE TERAPIA DE RADIACIÓN. ESTE PROCEDIMIENTO ESTA TAMBIEN EN EL GRUPO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES (*)	0,00	7,21	9,01
70015	CISTERNOGRAFÍA, CONTRASTE POSITIVO, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICAS (*) (**)	0,00	4,92	6,01
72125	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA, COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL, SIN MATERIAL DE CONTRASTE	0,00	7,02	9,01
72127	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA DE COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL; SIN MATERIAL DE CONTRASTE, SEGUIDA DE MATERIALES DE CONTRASTE Y SECCIONES ADICIONALES (**)	0,00	7,21	10,76
76355	ORIENTACIÓN POR TOMOGRAFÍA COMPUTADORIZADA PARA LA UBICACIÓN ESTEREOTÁCTICA (*)	0,00	3,63	7,84
76375	TOMOGRAFÍA COMPUTADORIZADA CORONAL, SAGITAL, EN PLANOS MÚLTIPLES, OBLICUOS. RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL U HOLOGRÁFICA DE IMÁGENES DE TOMOGRAFÍA COMPUTADORIZADA, RESONANCIA MAGNÉTICA U OTROS TIPOS DE TOMOGRAFÍA (*)	0,00	11,00	13,76
710058	ANGIOTAC CEREBRAL (*) (**)	0,00	13,85	17,31
710059	ANGIOTAC DE CUELLO (*) (**)	0,00	13,85	17,31
710060	ANGIOTAC TORACICA (*) (**)	0,00	13,85	17,31
710061	ANGIOTAC CORONARIAS (*) (**)	0,00	18,88	23,60
710062	SCORE DE CALCIO (*)	0,00	9,06	11,33
710063	ANGIOTAC RENAL (*) (**)	0,00	13,85	17,31
710064	ANGIOTAC ABDOMINAL (*) (**)	0,00	13,85	17,31
710065	ANGIOTAC AORTA ABDOMINAL (*) (**)	0,00	13,85	17,31
710066	ANGIOTAC MIEMBROS INFERIORES (*) (**)	0,00	22,66	28,32
710067	ANGIOTAC AORTA + MIEMBROS INFERIORES (*)	0,00	26,44	33,05
710068	URO TAC SIMPLE (*) (**)	0,00	11,96	14,95
710069	URO TAC SIMPLE Y CONTRASTADA (*) (**)	0,00	20,46	25,57
710070	ANGIOTAC MIEMBRO SUPERIOR (*) (**)	0,00	15,11	18,88
710071	ANGIOTAC MIEMBROS SUPERIORES (*) (**)	0,00	22,66	28,32
710072	ARTICULACION SIMPLE Y CONTRASTADA (**)	0,00	11,33	14,16
710073	COLONOSCOPIA CT (*)	0,00	12,44	15,55
710074	COLUMNA SIMPLE	0,00	16,97	19,50
710075	COLUMNA SIMPLE + CONTRASTE	0,00	16,97	19,50
710077	DRENAJES DE ABSCESOS POR TOMOGRAFÍA (*) (**)	0,00	44,18	55,23
710078	TC. CUERPO TOTAL (*)	0,00	30,90	35,51

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	(*) Adicionar Honorarios Médicos (**) Adicionar medios de contraste/dispositivos médicos			
	ULTRASONIDO			
76506	ECOENCEFALOGRAFÍA, RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN (ESCALA DE GRISES)	3,08	3,24	4,05
76512	ULTRASONIDO OFTÁLMICO, ECOGRAFÍA DIAGNÓSTICA; RASTREO B DE CONTACTO (CON O SIN RASTREO A SIMULTÁNEO)	3,08	3,24	4,05
76536	ECOGRAFÍA, TEJIDOS BLANDOS DE LA CABEZA Y CUELLO (P. EJ., TIROIDES, PARATIROIDES, PARÓTIDAS), RASTREO B Y/O DE TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN	3,08	3,24	4,05
810004	DUPLEX CAROTIDEO	4,80	5,05	6,31
76604	ECOGRAFÍA DE TÓRAX, RASTREO B (INCLUYE EL MEDIASTINO) Y/O EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LAIMAGEN	3,08	3,24	4,05
810006	ECOGRAFÍA 3D	7,28	7,66	8,80
76700	ECOGRAFÍA ABDOMINAL, RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN; COMPLETA	3,08	3,24	4,05
810009	US. AORTO ILIACO + MI.INILAT.	6,92	7,28	9,10
76856	ECOGRAFÍA PÉLVICA (NO OBSTÉTRICA), RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN;COMPLETA	3,08	3,24	4,05
76805	ECOGRAFÍA DE ÚTERO GRÁVIDO, RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN;COMPLETA (EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA COMPLETA)	3,08	3,24	4,05
76645	ECOGRAFÍA DE MAMAS (UNILATERAL O BILATERAL), RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN	3,08	3,24	4,05
76870	ECOGRAFÍA DE ESCROTO Y CONTENIDO	3,08	3,24	4,05
810014	PROSTATA	3,08	3,24	4,05
810015	TRANSRECTAL	3,08	3,24	4,05
76857	ECOGRAFÍA PÉLVICA (NO OBSTÉTRICA), RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN; LIMITADA O DE SEGUIMIENTO (P. EJ., PARA FOLÍCULOS)	3,68	3,87	4,84
76942	ORIENTACIÓN ULTRASÓNICA PARA BIOPSIA DE AGUJA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	3,08	3,24	4,05
76942	ORIENTACIÓN ULTRASÓNICA PARA BIOPSIA DE AGUJA, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	3,08	3,24	4,05
76946	ORIENTACIÓN ULTRASÓNICA PARA LA AMNIOCENTESIS, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA	3,08	3,24	4,05
76830	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL	3,08	3,24	4,05
76880	ECOGRAFÍA DE EXTREMIDADES, NO VASCULAR, RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN	3,08	3,24	4,05
76885	ECOGRAFÍA DE CADERAS DE LACTANTE EN TIEMPO REAL, CON DOCUMENTACIÓN DE IMÁGENES; DINÁMICA (P. EJ. QUE REQUIERA MANIPULACIÓN)	3,08	3,24	4,05
810025	US. AORTO ILIACO + MI BILATERA	8,29	8,73	10,91
810026	DOPPLER RENAL	6,92	7,28	9,10
810027	BIOPSIA DIRIGIDA POR ECO EN CIRUGÍA	27,70	29,16	35,00
810028	ECOGRAFIA VENOSA	8,64	9,09	10,45
810030	ECOGRAFÍA ARTERIAL	8,64	9,09	10,45
810031	ECOGRAFÍA PIERNA	4,77	5,02	6,05
810032	ECOGRAFIA ESOFAGO-GASTRODUEDOSCOPIA (*)	6,16	6,48	9,10
810035	ECOGRAFÍA RENAL	3,08	3,24	4,05
810036	ECOGRAFÍA PERITONEAL	3,08	3,24	4,05
	(*) Adicionar Honorarios Médicos			
	MAMOGRAFIA (Tarifa Integral en su valor incluye todo)	0,00	0,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
890001	MAMOGRAFIA UNILATERAL	2,42	2,55	3,19
890002	MAMOGRAFIA BILATERAL	3,85	4,05	5,07
890003	ANCLAJE MAMARIO UNILATERAL	5,58	5,87	7,34
890004	ANCLAJE MAMARIO BILATERAL	9,54	10,04	12,55
890005	ESTEREOTAXIA MAMARIA UNILATERL	5,58	5,87	7,34
890006	ESTEREOTAXIA MAMARIA BILATERAL	9,54	10,04	12,55
76086	GALACTOGRAFIA UNILATERAL	6,05	6,37	8,49
760088	GALACTOGRAFIA BILATERAL	7,42	7,81	10,41
	RADIODIAGNOSTICO MAXILO FACIAL (Tarifa Integral en su valor incluye todo)			
930001	RADIOGRAFIA PANORAMICA	1,43	1,51	1,89
930002	RADIOGRAFIA DE PERFIL O CEFALI LATE	1,43	1,51	1,89
930003	RADIOGRAFIA DE PERFIL CON CONTRASTE	1,80	1,89	2,36
930004	RADIOGRAFIA DE PERFIL CARA Y CRANEO	1,86	1,96	2,45
930005	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	0,73	0,77	0,96
930006	RADIOGRAFIA BITE-WING	0,73	0,77	0,96
930007	RADIOGRAFIA OCLUSAL	1,20	1,26	1,58
930008	RADIOGRAFIA P.A.CRANEO	1,80	1,89	2,36
930009	RADIOGRAFIA DE WATTERS	1,80	1,89	2,36
930010	RADIOGRAFIA SUBMENTOVERTEX	1,80	1,89	2,36
930011	CEFALOMETRIA DIGITAL	3,35	3,53	4,41
930012	MODELOS PARA ESTUDIO	2,07	2,18	2,73
930013	RECORD FOTOGRAFICO	2,07	2,18	2,73

Procedimientos especiales.

Su valor incluye: uso del equipo, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril, materiales, gastos de personal médicos y administrativos, mantenimiento, seguros y dispositivos médicos fungibles de uso colectivo, se diferencia por nivel de complejidad. En los casos identificados con asterisco se planillará por separado los medios contrastes y dispositivos médicos identificados directamente al paciente y servicios médicos profesionales.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	NEFROLOGÍA Y UROLOGÍA			
231010	CISTOMETROGRAMA	0,00	2,18	2,62
231021	ESTUDIO COMPLETO DE IMPOTENCIA (INCLUYE: FALODINAMIA Y ESTUDIO VASCULAR)	0,00	27,21	32,65
231032	CISTOMETRÍA	0,00	3,55	4,26
231043	UROFLUJOMETRÍA	0,00	1,07	1,28
231054	CAMBIO DE CATETER URINARIO	0,00	1,04	1,25
231075	ESFINTEROMANOMETRÍA	0,00	1,83	2,20
231086	PERFÍL DE PRESIÓN URETRAL	0,00	1,72	2,06
231097	ESTUDIO DE URODINAMIA STANDARD (UROFLUJOMETRÍA, ELECTROMIOGRAFIA ESFINTERIANA Y CISTOMETRÍA)	0,00	3,90	4,11
231108	ESTUDIO DE URODINAMIA CON TEST DE FENTOLAMINA	0,00	9,72	11,66
231119	ESTUDIO DE URODINAMIA CON TEST DE BETANECOL	0,00	8,93	10,72
231120	ESTUDIO DE URODINAMIA CON TEST DE DIAZEPÁN	0,00	8,93	10,72
231141	PERFÍL DE PRESIÓN URETRAL CON TEST DE DENERVACIÓN URETRAL	0,00	1,78	2,14
231152	ASPIRACIÓN VESICAL SUPRAPÚBICA	0,00	2,38	2,86
231163	CATETERISMO VESICAL	0,00	1,04	1,25
231174	INSTILACIÓN VESICAL	0,00	2,00	2,40
231185	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA PARA CALCULOS COMPLEJOS: INCLUYE SALA CON EQUIPO PROPIO,HONORARIOS MEDICOS, PERSONAL APOYO, DISPOSITIVOS MEDICOS.	0,00	140,81	159,71
231196	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA PARA CALCULOS SIMPLES (PIÉLICO, CALICIAL Y URETERAL ÚNICO): INCLUYE SALA CON EQUIPO PROPIO, HONORARIOS MEDICOS, PERSONAL APOYO, DISPOSITIVOS MEDICOS	0,00	115,06	128,96

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
231207	MANOMETRÍA PIÉLICA	0,00	2,18	2,62
231218	DILATACIÓN URETRAL (SESIÓN)	0,00	1,83	2,20
	NEUMOLOGIA/TERAPIA RESPIRATORIA			
241019	ESPIROMETRÍA SIMPLE	0,00	1,93	2,32
241020	ESPIROMETRÍA SIMPLE Y CON BRONCODILATADORES	0,00	3,89	4,67
241031	ESPIROMETRÍA SIMPLE MÁS CAPACIDAD RESIDUAL FUNCIONAL	0,00	6,51	7,81
241042	ESPIROMETRÍA SIMPLE MAS VOLÚMEN RESPIRATORIO Y CAPACIDAD PULMONAR TOTAL (INCLUYE: RADIOGRAFÍA DE TÓRAX AP Y LAT)	0,00	6,06	7,27
241053	ESPIROMETRÍA SIMPLE MAS DIFUSIÓN DE MONÓXIDO DE CARBONO	0,00	6,51	7,81
241064	GASIMETRÍA ARTERIAL (CADA MUESTRA)	0,00	1,41	1,69
241075	ESPIROMETRÍA SIMPLE MAS DIFUSIÓN DE MONÓXIDO DE CARBONO Y GASIMETRÍA ARTERIAL	0,00	7,51	9,01
241086	VOLÚMEN DE CIERRE	0,00	1,93	2,32
241097	CURVA DE FLUJO DE VOLÚMEN	0,00	2,31	2,77
241108	CURVA DE FLUJO DE VOLÚMEN PRE Y POST-BRONCODILATADORES	0,00	4,71	5,65
241119	ESTUDIO FISIOLÓGICO DEL SUEÑO	0,00	5,30	6,36
241120	TEST DE BRONCOMOTRICIDAD	0,00	6,50	7,80
241131	RESPUESTA VENTILATORIA A LA HIPOXIA, HIPEROXIA E HIPERCAPNIA	0,00	3,82	4,58
241142	MEDICIÓN PRESIÓN INSPIRATORIA Y RESPIRATORIA MÁXIMA	0,00	0,40	0,48
241153	GASES ARTERIALES Y VENOSOS MIXTOS, DETERMINACIÓN DE CONTENIDOS, D (A V) 02, EXTRACCIÓN PERIFÉRICA Y APORTE DE O2	0,00	5,08	6,10
241164	MECÁNICA RESPIRATORIA, PLETISMOGRAFÍA INDUCTIVA TÓRAX Y ABDOMEN, FUERZA Y RESISTENCIA DE MÚSCULO RESPIRATORIO	0,00	5,08	6,10
241175	RESISTENCIA TOTAL DE VÍAS AÉREAS	0,00	2,09	2,51
241186	DISTENSIBILIDAD PULMONAR	0,00	4,93	5,92
241197	ERGOESPIROMETRÍA COMPLETA, (MV,BF,FCO2, RQ, HR, VO2, VCO2, FO2, VO2/HR, VO2/KG, MET, EQO2)	0,00	9,33	11,20
241220	PUNCIÓN PLEURAL *	0,00	3,05	3,66
241231	CURVA DE HIPEROXIA (5 MUESTRAS DE ARTERIALES CON OXÍGENO AL 100%)	0,00	9,04	10,85
241242	TEST DE EJERCICIO PULMONAR	0,00	15,07	18,08
241253	SATURACIÓN PERCUTÁNEA DE CO2	0,00	10,85	13,02
241264	OXIMETRÍA DE PULSO	0,00	1,20	1,44
241275	TERAPIA RESPIRATORIA: HIGIENE BRONQUIAL (USO DE INCENTIVO, PERCUSIÓN, DRENAJE Y EJERCICIOS RESPIRATORIOS), SESIÓN	0,00	0,77	0,92
241286	INHALOTERAPIA, SESIÓN (NEBULIZADOR ULTRASÓNICO O PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE)	0,00	0,77	0,92
	* A MAS DEL PROCEDIMIENTO, SE COBRA HONORARIOS MEDICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS IDENTIFICALBES AL PROCEDIMIENTO Y CONSUMO DE OXIGENO U OTROS GASES A PROCECEDIMIENTOS QUE APLIQUEN			
	CARDIOLOGIA Y HEMODINAMIA (no incluye derecho de sala de procedimientos de alta complejidad en este tipo de procedimientos se facturará por separado)			
230001	ANGIOPLASTIA CORONARIA*	0,00	41,20	45,78
230002	FIBRINOLISIS INTRACORONARIA*	0,00	35,80	39,81
230003	ATRIOSEPTOSTOMIA*	0,00	35,80	39,81
230004	BIOPSIA ENDOMIOCARDIACA*	0,00	35,80	39,81
230005	CATETERISMO CARDIACO*	0,00	35,80	39,81
230006	CATETERISMO CARDIACO + ANGIOGRAFIA*	0,00	41,20	45,78
230007	CATETERISMO SWAN GANZ*	0,00	35,80	39,81
230008	COLOCACION MARCAPASO TEMPORAL*	0,00	16,40	18,23
230009	CORONARIOGRAFIA*	0,00	35,80	39,81
230010	CINECORONARIOGRAFIA+ANGIOPLASTIA*	0,00	53,20	59,15

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
230011	VALVULO PLASTIA CON BALON*	0,00	41,20	45,78
230012	TRAT. INVASIVO DE INFARTO AGUDO*	0,00	41,20	45,78
230013	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA*	0,00	35,80	39,81
230014	VALVULOPLASTIA MITRAL*	0,00	41,20	45,78
230015	VALVULOPLASTIA PULMONAR*	0,00	35,80	39,81
230016	VALVULOPLASTIA AORTICA*	0,00	35,80	39,81
230017	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO C.*	0,00	41,20	45,78
230018	HISOGRAMA	0,00	26,20	29,11
230019	ABLACION*	0,00	43,20	48,03
230025	ELECTROF. Y ABLACION PRIV.*	0,00	51,80	57,52
230028	CATETERISMO DE EMERGENCIA*	0,00	38,40	42,72
230029	CATETE.+ANGIOPLA.DE EMERGENCIA*	0,00	56,60	62,94
550121	ANALISIS DE MARCAPASOS*	0,00	2,90	3,20
550122	ANALISIS DE RITMO*	0,00	1,00	1,06
550123	ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO: INCLUYE INFORME MÉDICO	0,00	2,30	2,50
550124	ERGOMETRIA	0,00	3,70	4,07
550125	HOLTER EKG	0,00	3,70	4,09
550126	HOLTER PA	0,00	3,50	3,89
550127	POTENCIALES TARDIOS	0,00	4,50	4,96
550128	ESTIMULACION TRANS-ESOFAGICA*	0,00	3,00	3,38
550131	ECOCARDIGRAMA DE STRESS/EJERCICIO	0,00	4,00	4,45
550132	ECO TRANSESOFAGICO	0,00	4,00	4,45
550133	ECOCARDIOG DOPPLER Y COLOR	0,00	2,90	3,24
550140	ECOCARDIOGRAFIA	0,00	4,10	4,59
550141	ECOCARDIOGRAFIA DE SEGUIMIENTO	0,00	2,10	2,30
550154	ECO ESTRES CON DOBUTAMINA*	0,00	5,10	5,66
	* AÑADIR HONORARIOS MÉDICOS			
	AÑADIR DISPOSITIVOS MEDICOS IDENTIFICABLES.			
	NEUROLOGIA			
261010	ELECTROENCEFALOGRAMA	0,00	4,15	5,00
261021	ELECTROENCEFALOGRAMA CON ELECTRODOS NASOFARÍNGEOS	0,00	4,15	5,00
261032	ELECTROENCEFALOGRAMA PARA EVALUACIÓN MUERTE CEREBRAL *	0,00	6,32	7,61
261043	PUNCIÓN LUMBAR	0,00	1,52	1,83
261054	SALA Y SERVICIOS DE APOYO PARA PROCEDIMIENTOS DE BLOQUEO DE NERVIOS	0,00	2,32	2,80
261065	ELECTROMIOGRAFÍA BASAL *	0,00	6,57	7,91
261076	ELECTROMIOGRAFÍA MEDIA *	0,00	8,42	10,14
261087	ELECTROMIOGRAFÍA AVANZADA *	0,00	14,39	17,34
261098	POTENCIALES SOMATO SENSORIALES *	0,00	12,33	14,86
261109	POTENCIALES VISUALES *	0,00	10,10	12,17
261110	POTENCIALES AUDITIVOS *	0,00	10,10	12,17
261151	ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO *	0,00	25,32	30,50
261162	ELECTROCORTICOGRAFÍA	0,00	2,51	3,02
261173	TELEMETRÍA (HORA DE EXAMEN)	0,00	5,88	7,09
261184	MONITOREO DE APNEA	0,00	7,97	9,60
261195	MONITOREO AMBULATORIO DE APNEAS DEL SUEÑO *	0,00	19,67	23,70
261206	MONITOREO AMBULATORIO DE PIERNAS INQUIETAS *	0,00	19,67	23,70
261217	CORTICOGRAFIA TRANSOPERATORIA *	0,00	15,19	18,30
261228	MONITOREO PARA FOCALIZACIÓN DE FOCO EPILECTOGENO *	0,00	17,68	21,30
261239	MONITOREO PARA IDENTIFICACIÓN DE FOCO EPILECTIFORME *	0,00	34,11	41,10
261240	ANÁLISIS DIGITAL DE EEG	0,00	8,09	9,75
261251	COLOCACIÓN DE ELECTRODOS ESFENOIDALES	0,00	4,98	6,00
261262	EEG CON PRIVACIÓN DE SUEÑO	0,00	4,81	5,80
261273	EEG CON SUEÑO INDUCIDO	0,00	8,80	10,60
261284	EEG PROLONGADO, MÁS DE UNA HORA	0,00	10,13	12,20
261295	MAPEO CORTICAL/SUBCORTICAL POR ESTIMULACIÓN	0,00	10,04	12,10
261306	MAPEO CORTICAL CADA HORA ADICIONAL	0,00	8,13	9,80

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
261317	NEUROESTIMULADOR: ANÁLISIS/IMPLANTE3.	0,00	10,79	13,00
261328	NEUROESTIMULADOR: ANÁLISIS POR CADA 30 MINUTOS ADICIONAL	0,00	5,23	6,30
	* AÑADIR HONORARIOS MEDICOS			
	HEMATOLOGIA			
370009	PREPARACION ALICUOTA	0,00	4,36	4,36
370010	IRRADIACION DE SANGRE	0,00	3,18	3,18
370017	PLASMAFERESIS	0,00	60,84	60,84
370021	TRANSFUSION DE COMPONENTES SANGUINEOS (REQUERIMIENTO COMPLETO POR PACIENTE, SE COBRA POR UNA SOLA VEZ)	0,00	2,29	2,29
370027	FLEBOTOMIA TERAPEUTICA	0,00	2,67	2,67
370040	AUTOTRANSFUSION - CELL SAVER	0,00	3,41	3,41
370048	LEUCOFILTRACION	0,00	3,18	3,18
	OTORRINOLARINGOLOGIA: EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS			
271010	AUDIOMETRÍA DE BEKESY	0,00	1,12	1,35
271021	AUDIOMETRÍA TONAL	0,00	1,00	1,21
271032	AUDIOMETRÍA VERBAL (LOGOAUDIOMETRÍA)	0,00	1,00	1,21
271043	AUDIOMETRÍA DE TALLO CEREBRAL	0,00	5,05	6,08
271054	PRUEBAS DE RECLUTAMIENTO (SISI TDT) C/U	0,00	0,86	1,04
271065	PRUEBAS DE FATIGA (TONE DECAY, ETC.) C/U	0,00	0,64	0,77
271076	ESTUDIO VESTIBULAR CON FOTO ELECTRONISTAGMOGRAFÍA	0,00	11,17	13,46
271087	ADAPTACIÓN DE AUDÍFONO	0,00	2,41	2,90
271098	PUNCIÓN SENO MAXILAR*	0,00	1,12	1,35
271109	IMPEDANCIOMETRÍA	0,00	1,05	1,27
271110	NEBULIZACIONES C/U	0,00	0,42	0,50
271121	PROETZ (DESPLAZAMIENTO) C/U	0,00	0,42	0,50
271132	ACUFENOMETRÍA (INHIBICIÓN RESIDUAL)	0,00	0,70	0,84
271143	RINOMANOMETRÍA	0,00	2,76	3,33
271154	LAVADO DE OÍDOS	0,00	0,70	0,84
271165	CURACIÓN DE OÍDO (BAJO MICROSCOPIO)*	0,00	1,12	1,35
271176	VALORACIÓN ELÉCTRICA DE NERVIO FACIAL (PRUEBA DE HILGER)	0,00	3,11	3,75
271187	DRENAJE ABSCESO SIMPLE O HEMATOMA DE OÍDO EXTERNO*	0,00	1,68	2,03
271198	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, SIN INCISIÓN	0,00	1,68	2,03
271209	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO NARIZ	0,00	1,68	2,03
271210	TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	0,00	2,25	2,71
271221	TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR	0,00	4,22	5,08
271232	DRENAJE ABSCESO PERIAMIGDALINO	0,00	1,68	2,03
271243	ELECTRONISTAGMOGRAFÍA	0,00	8,39	10,11
271254	CURACIÓN NARIZ O SENOS PARANASALES*	0,00	0,70	0,84
271265	INFILTRACIÓN DE CORNETES*	0,00	0,70	0,84
271276	PRUEBAS VESTIBULARES CALÓRICAS Y/O TÉRMICAS*	0,00	1,76	2,12
271287	CRIOCOAGULACIÓN DE CORNETES*	0,00	3,37	4,06
271298	ELECTROCOCLEOGRAFÍA	0,00	8,44	10,17
271309	ELECTROCOAGULACIÓN DE MUCOSA NASAL*	0,00	1,40	1,69
271310	SIALOMETRÍA	0,00	4,63	5,58
271321	LARINGOSCOPIA CON ESTROBOSCOPIO	0,00	6,02	7,25
271332	NASOLARINGOSCOPIO	0,00	4,61	5,55
	*AÑADIR HONORARIOS MEDICOS			
	OFTALMOLOGIA: EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS (Tarifa integral en su valor esta todo)			
281010	ULTRASONOGRAFÍA	0,00	5,61	6,76
281021	ANGIOFLUORESCEINOGRAFÍA UNILATERAL, CON FOTOGRAFÍAS A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR	0,00	7,58	9,13
281032	TOMOGRAFÍA CON PRUEBAS PROVOCATIVAS	0,00	15,99	19,27
281043	CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFÉRICO BILATERAL	0,00	2,18	2,63
281054	SONDEO VÍAS LAGRIMALES (MÍNIMO 3. SESIONES), INCLUYE: ESTRICTUROTOMÍA	0,00	4,13	4,97
281065	CAUTERIZACIÓN DE PUNTOS LAGRIMALES	0,00	1,81	2,18

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
281076	ELECTRÓLISIS DE PESTAÑAS	0,00	1,81	2,18
281087	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO DE LA CONJUNTIVA	0,00	1,81	2,18
281098	CURETAJE DE LA CONJUNTIVA O CÓRNEA	0,00	1,94	2,34
281109	INYECCIÓN SUB CONJUNTIVAL	0,00	1,52	1,83
281110	DRENAJE ABSCESO CÓRNEA	0,00	3,02	3,64
281121	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE CÓRNEA	0,00	1,81	2,18
281132	EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE ESCLERÓTICA	0,00	1,81	2,18
281143	EXAMEN OPTOMÉTRICO	0,00	1,40	1,69
281154	EVALUACIÓN ORTÓPTICA	0,00	1,79	2,16
281164	EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO ORTÓPTICO (SESIÓN)	0,00	0,42	0,50
281175	EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PLEÓPTICO (SESIÓN)	0,00	0,42	0,50
281186	TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTARIZADA, UNILATERAL	0,00	3,78	4,56
281197	RECUENTO DE CÉLULAS ENDOTELIALES	0,00	3,78	4,56
281208	BETATERAPIA SESSION	0,00	0,94	1,13
281229	PAQUIMETRÍA (UNILATERAL)	0,00	2,90	3,49
281230	BIOMETRÍA OCULAR (UNILATERAL)	0,00	2,90	3,49
281241	ELECTRORRETINOGRAFÍA (BILATERAL)	0,00	14,53	17,51
281262	ELECTROOCULOGRAMA (BILATERAL)	0,00	14,53	17,51
281273	INTERFEROMETRÍA (UNILATERAL)	0,00	2,02	2,43
281284	INTERFEROMETRÍA (BILATERAL)	0,00	3,01	3,63
281295	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR (UNILATERAL)	0,00	2,05	2,47
281306	CAMPO VISUAL COMPUTARIZADO (BILATERAL)	0,00	5,27	6,35
281317	DRENAJE ABSCESO PALPEBRAL	0,00	1,54	1,85
281328	DRENAJE CHALAZIÓN	0,00	1,54	1,85
281339	FOTOCOAGULACIÓN CON YAG LÁSER (CAPSULOTOMÍA, IRIDECTOMÍA RUPTURA DE BANDAS)	0,00	22,21	26,76
281340	FOTOCOAGULACIÓN, CON LÁSER DE ARGÓN O KRIPTÓN	0,00	22,21	26,76
281351	PANFOTOCOAGULACIÓN DE RETINA, CON LÁSER DE ARGÓN O KRIPTÓN	0,00	24,55	29,58
281352	OCT (scanner computarizado con diagnostico de imagen oftalmológica)	0,00	5,20	5,80
281362	FOTOCOAGULACIÓN DE CONJUNTIVA CON LÁSER	0,00	0,00	19,28
	GINECOLOGIA Y OBSTERICIA			
281380	MONITOREO FETAL (no aplica en sala de labor y parto)	0,00	1,7	2,05
	ONCOLOGIA			
	TELECOBALTOTERAPIA (Incluye Honorarios Médicos en la aplicación de tratamiento)			
331017	TRATAMIENTO POR REGIÓN CON CAMPO ÚNICO, POR SESIÓN	0,00	0,00	9,63
331028	TRATAMIENTO POR REGIÓN CON CAMPOS MÚLTIPLES, POR SESIÓN	0,00	0,00	12,38
	RADIOTERAPIA ORTOVOLTAJE (Incluye Honorarios Médicos en la aplicación de tratamiento)			
332019	TIPO I TRATAMIENTOS SUPERFICIALES Y COMBINADOS O DOSIS DE REFUERZO, CON RX , POR SESIÓN	0,00	0,00	9,63
	BRAQUITERAPIA/CURIETERAPIA GINECOLÓGICA (aplicación del tratamiento, añadir estadía hospitalaria y honorario profesionales)			
333010	TIPO I BAJA TASA, TRATAMIENTO X APLICACIÓN	0,00	0,00	46,93
333021	TIPO II ALTA TASA, TRATAMIENTO X APLICACIÓN	0,00	0,00	56,20
	BRAQUITERAPIA /CURIETERAPIA INTERSTICIAL (aplicación del tratamiento)			
334012	TIPO I PLANAR SIMPLE, POR APLICACIÓN	0,00	0,00	38,54
334023	TIPO II BIPLANAR, POR APLICACIÓN	0,00	0,00	46,93
334034	TIPO III VOLUMÉTRICA, POR APLICACIÓN	0,00	0,00	56,20
	AÑADIR ESTADIA HOSPITALARIA Y HONORARIOS MEDICOS			
	RADIOTERAPIA (ACELERADOR LINEAL (Incluye simulación mas planificación)	0,00	0,00	0,00
335015	PAQUETE DE 10 SESIONES	0,00	0,00	201,17

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
335026	PAQUETE DE 20 SESIONES	0,00	0,00	402,34
335037	PAQUETE DE 30 SESIONES	0,00	0,00	603,51
335048	PAQUETE DE 35 SESIONES CON IMRT	0,00	0,00	776,31
	AÑADIR HONORARIOS MEDICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS IDENTIFICABLES AL PACIENTE)			
	SIMULACIÓN (añadir dispositivos médicos identificables al paciente, medio de contraste y honorarios médicos)			
335079	SIMULACIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD	0,00	0,00	0,00
335080	SIN CONTRASTE	0,00	0,00	9,90
335091	CON CONTRASTE	0,00	0,00	13,50
335102	SIMULACIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD	0,00	0,00	0,00
335113	SIN CONTRASTE	0,00	0,00	11,00
335124	CON CONTRASTE	0,00	0,00	20,20
	QUIMIOTERAPIA (añadir honorarios médicos, medicamentos y dispositivos médicos)			
336005	QUIMIOTERAPIA INTRATECAL	0,00	0,00	4,00
336016	QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA POR SESIÓN (añadir estadía hospital del día)	0,00	0,00	3,00
336027	QUIMIOTERAPIA HOSPITALARIA POR SESION (añadir uso de habitación múltiple)	0,00	0,00	5,00
	EN QUIMIOTERAPIA AÑADIR HONORARIOS MEDICOS, MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS			
	NECROPSIAS (Tarifa integral en su valor incluye todo)			
204018	COMPLETA CON ESTUDIO MACRO Y MICROSCOPICO	0,00	14,09	16,20
204049	FORMOLIZACIÓN	0,00	4,79	5,51
204050	FETO Y PLACENTA	0,00	5,54	6,37

CAPITULO IV

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Incluye procedimientos de aplicación individual y grupal. En su valor incluye: uso del equipo, accesorios, instrumental e implementos, ropa estéril, dispositivos médicos fungibles de uso colectivo.
Entiéndase por sesión el tiempo dedicado al paciente.

Se incluye en el inicio de la fisioterapia y rehabilitación la consulta externa de profesionales.

En caso de ser rehabilitación postquirúrgica el número de sesiones deberá constar en el plan de tratamiento de la epicrisis, hasta 10 sesiones, si el paciente amerita mas sesiones se emitirá un informe con el requerimiento posterior hasta el alta.

Para otras condiciones de salud se admiten 10 sesiones, si la condición requiere sesiones adicionales se emitirá un informe con el requerimiento posterior.

En caso de necesidad de terapia integral solo se utilizará los códigos 291122 a 291304 que incluyen procedimientos físicos, hidroterapia y/o electroterapia combinados; los códigos individuales de electroterapia, hidroterapia, terapia física solo se utilizarán para necesidad especifica y prescrita por separado.

En la situación de que existan procedimientos realizados en establecimientos de salud de primero y segundo nivel que no registre unidades de valor relativo en la columna pertinente, se utilizará para el reconocimiento económico lo siguiente: si el establecimiento de salud es de II nivel el valor de unidades de valor relativo del III nivel menos el 10%, si el establecimiento de salud es de I nivel y solo existe

unidades de valor relativo en el III nivel menos el 20%. Si el establecimiento de salud es de I nivel el valor de unidades de valor relativo del II nivel menos el 10%.

Las sesiones individuales de terapia física, hidroterapia y electroterapia solamente podrán ser cobrados en ambiente hospitalario, por lo tanto deberán extra prescritos en las indicaciones médicas.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	EXÁMENES DE ELECTRODIAGNOSTICO (VALOR POR CADA SESION)			
291021	NEUROCONDUCCIÓN (1 A 2 MIEMBROS) , ESTUDIO DE CONDUCCIÓN NERVIOSA, AMPLITUD Y LATENCIA/VELOCIDAD*	0,00	1,45	1,75
291032	NEUROCONDUCCIÓN BILATERAL (3 A 4 MIEMBROS)*	0,00	2,70	3,25
291043	TEST DE LAMBERT	0,00	2,12	2,56
291054	REFLEJO TRIGÉMINO FACIAL	0,00	2,12	2,56
291065	REFLEJO H, F O PALPEBRAL	0,00	2,12	2,56
291086	TEST DE FIBRA ÚNICA	0,00	3,32	4,00
291097	BIO FEED BACK	0,00	0,68	0,82
291198	TEST CON TENSILÓN	0,00	2,29	2,76
291229	USO TABLA BASCULANTE TIL-TEST	0,00	1,73	2,09
291100	ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA	0,00	0,44	0,53
291111	FENOLIZACIONES O NEURÓLISIS DE PUNTO MOTOR O NERVIO PERIFÉRICO	0,00	2,64	3,18
	TERAPIA INTEGRAL (FISICA, HIDROTERAPIA Y ELECTROTERAPIA)			
291122	TERAPIA FÍSICA Y/O HIDROTERAPIA Y/O ELECTROTERAPIA, SESIÓN DE 60 MINUTOS CON SOPORTE DE FISIOTERAPISTA O AUXILIAR DE FISIOTERAPIA (VARIOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS EN LA MISMA SESIÓN)	0,00	1,74	2,10
291293	TERAPIA SIN VIGILANCIA SESION DE 50 MINUTOS (VARIOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS EN LA MISMA SESIÓN)	0,00	0,79	0,95
291304	TERAPIA GUIADA SESION DE 50 MINUTOS (VARIOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS EN LA MISMA SESIÓN)	0,00	1,37	1,65
291135	TERAPIA OCUPACIONAL, SESIÓN DE 50 MINUTOS (VARIOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS)	0,00	1,33	1,60
291146	TERAPIA DEL LENGUAJE, SESIÓN DE 50 MINUTOS (VARIOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS)	0,00	1,33	1,60
291157	TERAPIA PARA REHABILITACIÓN CARDÍACA (VARIOS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS)	0,00	12,11	13,54
291248	TERAPIA NEUROLÓGICA	0,00	2,11	2,54
291259	TERAPIA VESTIBULAR	0,00	2,11	2,54
291260	TERAPIA PEDIÁTRICA (P.C.I.)	0,00	2,11	2,54
291271	TERAPIA GERIÁTRICA	0,00	2,11	2,54
291282	TERAPIA RESPIRATORIA (COBRAR POR SEPARADO USO DE OXIGENO)	0,00	0,79	0,95
291213	TERAPIA GRUPAL DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, SESIÓN DE 50 MINUTOS (VARIOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS)	0,00	1,83	2,20
291314	PSIOCOPROFILAXIS DEL EMBARAZO, SESIÓN DE 50 MINUTOS (VARIOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS)	0,00	1,33	1,60
291165	ESTIMULACIÓN TEMPRANA, SESIÓN DE 50 MINUTOS (VARIOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS)	0,00	1,25	1,50
291236	MAGNETOTERAPIA, SESIÒN DE 50 MINUTOS	0,00	1,37	1,65
	ELECTROTERAPIA (POR SESIÓN DE HASTA 20 MINUTOS)			
291327	LASER TERAPIA	0,00	1,33	1,60
291338	ONDA CORTA	0,00	0,91	1,10
291349	ELECTRO ESTIMULACIÓN	0,00	0,91	1,10
291350	CORRIENTES DIADINÁMICAS	0,00	0,91	1,10
291361	ULTRASONIDO	0,00	0,91	1,10
291372	LONTOFORESIS	0,00	0,91	1,10
	HIDROTERAPIA (POR SESIÓN DE HASTA 20 MINUTOS)			
291393	BAÑOS DE VAPOR	0,00	0,66	0,80

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
291404	COMPRESAS QUÍMICAS	0,00	0,66	0,80
291415	NATACIÓN	0,00	0,66	0,80
291426	PARAFINA	0,00	0,66	0,80
291437	HIDROMASAJE	0,00	0,66	0,80
	TERAPIA FÍSICA (POR SESIÓN DE HASTA 20 MINUTOS)			
291458	REEDUCACIÓN POSTURAL	0,00	0,95	1,15
291469	BICICLETA ERGOMÉTRICA	0,00	0,66	0,80
291470	MANIPULACIONES ESPECIALES	0,00	0,95	1,15
291481	EJERCICIOS ACTIVOS	0,00	0,95	1,15
291492	EJERCICIOS ASISTIDOS	0,00	0,95	1,15
291503	EJERCICIOS DE EDUCACIÒN EN MARCHA	0,00	0,95	1,15
291514	MASAJES	0,00	0,95	1,15
291525	EJERCICIOS ESPECIALES	0,00	0,95	1,15
291536	EJERCICIOS RESISTIDOS	0,00	0,95	1,15
291547	MOVILIDAD EN AGUA	0,00	0,95	1,15
291558	BANDA SIN FIN	0,00	0,95	1,15
291569	PRESOTERAPIA	0,00	1,33	1,60
291570	GIMNASIA TERAPEUTICA ½	0,00	1,33	1,60
	PSICO-REHABILITACIÓN (POR SESIÓN DE HASTA 20 MINUTOS))			
291591	ESTIMULACIÓN TEMPRANA	0,00	0,71	0,85
291602	PSICOTERAPIA DE APOYO	0,00	0,50	0,60
291613	PSICOTERAPIA RECREATIVA	0,00	0,50	0,60
291624	PSICODIAGNÓSTICO	0,00	0,75	0,90
3.4.10	REHABILITACIÓN CARDIACA (POR SESIÓN DE HASTA 20 MINUTOS)			
291645	ERGOMETRÍA DE ESFUERZO	0,00	1,04	1,25
291656	EJERCICIOS TERAPÉUTICOS (POR SESIÓN)	0,00	0,79	0,95
	TERAPIA DEL LENGUAJE (POR SESIÓN DE HASTA 20 MINUTOS)			
291677	EJERCICIOS DE EXPRESIÓN	0,00	0,71	0,85
291688	EJERCICIOS DE INTEGRACIÓN	0,00	0,71	0,85
291699	EJERCICIOS DE PERCEPCIÓN	0,00	0,71	0,85
	TERAPIA OCUPACIONAL (POR SESIÓN DE HASTA 20 MINUTOS)			
291780	ACTIVIDAD DIARIA	0,00	0,71	0,85
291791	ADIESTRAMIENTO LABORAL	0,00	0,71	0,85
291802	ENTRENAMIENTO PRÓTESIS	0,00	0,71	0,85
291813	ESTIMULACIÓN DESARROLLO PSICOMOTRIZ	0,00	0,71	0,85
291824	MEJORAMIENTO MOVIMIENTO ROTATORIO	0,00	0,71	0,85
291835	MEJORAMIENTO COORDINACIÓN MOTRIZ	0,00	0,71	0,85
291846	MEJORAMIENTO FUERZA MUSCULAR	0,00	0,71	0,85
	* LOS PROCEDIMIENTOS DEL TIPO DE TERAPIA INDIVIDUAL SE REALIZAN INDIVIDUALMENTE DE LOS CASOS Y SU COSTO ES EL MISMO. , ESTOS CODIGOS INDIVIDUALES SERAN APLICADOS SOLAMENTE SERÀN APLICADOS EN SITUACIONES ESPECIALES. ENTIÉNDESE POR SESIÓN EL TIEMPO DEDICADOS AL PACIENTE.			
	INCLUYE EN EL INICIO DE LA FISOTERAPIA Y REHABILITACION CONSULTA EXTERNA DE PROFESIONALES DE 15, 25, 45, Y 60 MINUTOS			

SECCION C
NORMAS ESPECIFICAS
SERVICIOS ODONTOLOGICOS

CAPITULO I

En odontología se detallan los procedimientos de orden general, endodoncia, exodoncia, periodoncia, restauraciones, otros tratamientos y prótesis (total, parcial y coronas), incluyen también las valoraciones y demás tratamientos cuando el protocolo medico de una especialidad medica indique que es necesario una valoración odontológica.

En la valoración de estos procedimientos están incorporados todos los dispositivos médicos identificados utilizados en estos procedimientos.

Los materiales identificados de manera individual, tal es el caso de ortesis, e implantes serán facturados de manera unitaria.

No se serán reconocidos por la Red Publica Integral de Salud todo procedimiento de carácter estético.

Se reconocerán ortesis, prótesis e implantes en valoraciones solicitadas por médicos de especialidades con informe técnico médico; y previa a la realización de una cirugía cardiotorácica, para el planillaje de estos se anexará el informe solicitado.

La primera atención y valoración del paciente será planillada con el código de consulta odontológica general quien referirá de ser el caso a una consulta odontológica especialista.

El posterior tratamiento producto de una consulta general y/o de especialista se planillarán los procedimientos indicados en esta sección.

Se emitirán notas de débito cuando los tratamientos no han sido terminados, según el informe de un médico auditor/evaluador.

1. CONTENIDO

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	GENERAL			
200001	CONSULTA ODONTOLOGICA, GENERAL	1,48	1,61	1,74
200005	CONSULTA ODONTOLOGICA, ESPECIALISTA	2,07	2,25	2,44
	ENDODONCIA			
200010	UNIRADICULAR	5,31	5,80	6,28
200015	BIRADICULAR	7,08	7,73	8,37
200020	MULTIRADICULAR	8,85	9,66	10,46
	EXODONCIA			
200050	PIEZA ERUPCIONADA	2,66	2,90	3,14
200055	PIEZA SEMIRETENIDA	3,54	3,86	4,18
200060	PIEZA RETENIDA	4,43	4,83	5,23
	PERIDONCIA			
200100	PROFILAXIS	1,42	1,54	1,67
200105	GINGIVOPLASTIA/GINGIVECTOMIA	2,95	3,22	3,49
200110	COLGAJO	2,95	3,22	3,49

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
200115	CURETAJE	2,36	2,57	2,79
200120	INJERTOS (POR PIEZA)	5,31	5,80	6,28
200125	ALAMBRADO	4,43	4,83	5,23
200130	AJUSTE OCLUSAL	3,54	3,86	4,18
200135	PLACA MIORRELAJANTE	3,54	3,86	4,18
	RESTAURACIONES			
	CON RESINA			
200300	SIMPLE (UNA SOLA CARA)	1,77	1,93	2,09
200305	COMPUESTA (DOS CARAS)	2,36	2,57	2,79
200310	COMPLEJA (MAS DE DOS CARAS)	2,95	3,22	3,49
	CON AMALGAMA			
200312	SIMPLE (UNA SOLA CARA)	0,70	0,77	0,83
200313	COMPUESTA (DOS CARAS)	0,93	1,02	1,10
200314	COMPLEJA (MAS DE DOS CARAS)	1,40	1,52	1,65
	OTROS TRATAMIENTOS			
200311	SELLANTES	0,89	0,97	1,05
200315	FLUORIZACION	0,74	0,81	0,87
200318	BIOPULPECTOMIA	1,48	1,61	1,74
200321	BIOPULPECTOMIA UNIRADICULAR	2,95	3,22	3,49
200324	BIOPULPECTOMIA MULTIRADICULAR	4,72	5,15	5,58
200327	NECROPULPECTOMIA UNIRADICULAR	3,54	3,86	4,18
200330	NECROPULPECTOMIA MULTIRADICULAR	5,90	6,44	6,98
200333	DESVITALIZACION Y MOMIFICACION	2,95	3,22	3,49
200336	RECROMIA	4,43	4,83	5,23
200339	ADAPTACION Y CEMENTACION DE PERNO PREFABRICADO	2,95	3,22	3,49
200342	CEMENTACION DE CORONA	2,21	2,41	2,62
200351	FERULIZACION	4,43	4,83	5,23
200357	CIRUGIA PARA BIOPSIA	2,95	3,22	3,49
200360	CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS	3,54	3,86	4,18
200363	CIRUGIA APICAL	4,43	4,83	5,23
200366	CIRUGIA PERIRADICULAR	4,43	4,83	5,23
200369	COMUNICACION BUCOMAXILAR	5,90	6,44	6,98
200372	COMUNICACION BUCONASAL	5,90	6,44	6,98
200375	REIMPLANTES	4,43	4,83	5,23
200378	LIMPIEZA QUIRURGICA	2,36	2,57	2,79
200379	EXAMEN HISTOPATOLOGICO	2,95	3,22	3,49
200380	EMERGENCIA - CONTROL DEL DOLOR Y/O HEMORRAGIA	2,36	2,57	2,79
	PRÓTESIS TOTAL			
	CON ACRILICO			
200400	PROTESIS SUPERIOR	11,64	12,71	13,76
200405	PROTESIS INFERIOR	11,64	12,71	13,76
200410	PROTESIS SUPERIOR E INFERIOR	18,19	19,87	21,51
	CON PORCELANA			
200411	PROTESIS SUPERIOR	34,91	38,11	41,27
200412	PROTESIS INFERIOR	34,91	38,11	41,27
200413	PROTESIS SUPERIOR E INFERIOR	69,81	76,22	82,53
	PRÓTESIS PARCIAL SUPERIOR O INFERIOR EN ACRÍLICO			
200420	DE 1 A 5 PIEZAS	3,54	3,86	4,18
200425	DE 6 O MAS PIEZAS	5,31	5,80	6,28
200435	DE 1 PIEZA	5,31	5,80	6,28
200440	DE 2 PIEZAS	5,67	6,18	6,70
200445	DE 3 PIEZAS	6,02	6,57	7,12
200450	DE 4 PIEZAS	6,37	6,95	7,53
200455	DE 5 PIEZAS	6,73	7,34	7,95
200460	DE 6 A 8 PIEZAS	7,08	7,73	8,37
	CORONAS			
200465	CORONAS JAKET EN ACRILICO	3,54	3,86	4,18
200466	CORONA DAVIS INCLUIDO PERNO MUNON	3,54	3,86	4,18
200467	CORONA METAL ACRILICO	3,54	3,86	4,18
200468	CORONA ACRILICO	3,19	3,48	3,77

SECCION D
SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS
NORMATIVA GENERAL

CAPITULO 1

1. Definiciones

Servicios Profesionales Médicos.- Se refiere a la prestación de servicios otorgados por los médicos, estima el valor cuantificado de la complejidad del gasto médico a través de un listado sistemático y detallado de los procedimientos que se codifican en base al CPT (Current Procedural Terminology) de la Sociedad Americana de Médicos, que es la nomenclatura internacional estándar de los códigos de dichos procedimientos.

Para médicos residentes propios del servicio y personal paramédico en la realización de actividades de control de signos vitales, valoración de talla y peso, administración de medicamentos; no se reconocerán valores monetarios expresados en esta sección.

Criterios para establecimiento de Unidad de Valor Relativo (UVR).- El establecimiento de las unidades de valor relativo (UVR) para cada procedimiento está determinado por 5 criterios: tiempo, habilidad, severidad de la enfermedad, riesgo para el paciente y riesgo para el médico.

2. Contenido

Incorpora la estructura de códigos, descripciones y **UNIDADES DE VALOR RELATIVO** (UVR) para:

- Servicios profesionales generales: consultas, interconsultas, visitas domiciliarias, etc.

- Servicios profesionales por la realización de procedimientos específicos quirúrgicos y no quirúrgicos.

FUENTE:" Relative Valúes for Physicians based on physician survey data from Relative Value Studies, Inc., INGENIX, 2011".

2.1. Estructura del tarifario de servicios profesionales

Los diferentes componentes en los que se organiza esta sección, pueden ser utilizados por los Médicos en todas las especialidades y subespecialidades. Comprende las siguientes secciones:

COMPONENTES	DESCRIPCION
EVALUACIÓN Y MANEJO	Atenciones por consulta externa, acciones de promoción y prevención, visita domiciliaria, supervisión médica, atención en residencias de cuidados, cuidado intrahospitalario general, interconsultas, atención de emergencia, cuidados intensivos, cuidados al recién nacido sano.

COMPONENTES	DESCRIPCION
MEDICINA	Procedimientos divididos por aparatos y sistemas que se aplican para este tipo de atenciones por especialidades
CIRUGÍA	Exámenes y procedimientos quirúrgicos divididos por aparatos y sistemas
ANESTESIA	Procedimientos quirúrgico y de diagnostico y tratamiento
IMAGENOLOGIA	Procedimientos de diagnostico y tratamiento (aplica en aquellos procedimientos identificados en la sección B

3. Reglas de Utilización

3.1. Honorarios Médicos

Los Honorarios Médicos serán planillados aplicando las Unidades de Valores Relativos (UVR) para Servicios Profesionales Médicos indicados en esta sección. El personal médico para el cobro de honorarios, registrará el código, el nombre del procedimiento, el valor en unidades de valor relativo (UVR) y el valor en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica.

Los valores expresados en unidades de valor relativo (UVR) de los diferentes procedimientos de esta sección se consideran **TECHO MAXIMO** de honorarios que pueden ser cobrados.

La aplicación de códigos y unidades de valores relativo (UVR) se realizará considerando la variable de complejidad, y los modificadores aplicables en cada uno de los casos.

Debido a la practica medica existen procedimientos identificados en esta sección que indican que es un código de procedimiento adicional al principal para estos casos obligatoriamente se deberá reconocer el porcentaje adicional indicado.

3.2. Factor de conversión monetaria. (FCM)

Se aplicarán los factores de conversión según el tipo de procedimiento realizado en los componentes indicados en el ítems 2.1. multiplicado por la **UNIDAD DE VALOR RELATIVO**.

3.3. Aplicación de las UNIDADES DE VALOR RELATIVO (UVR) en el tarifario de servicios profesionales

El tarifario consta de los códigos CPT (Current Procedural Terminology), la descripción del procedimiento (también basado en CPT), las UVR (unidades de valor relativo) del profesional medico y del anestesiólogo, basado en complejidad.

1	2	3	4
CODIGO	**DESCRIPCION PROCEDIMIENTO**	**UNIDAD DE VALOR RELATIVO CIRUGIA**	**VALOR RELATIVO ANESTESIA**
27750	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis tibial con o sin fractura de peroné; sin manipulación	5.6	3

Si se realiza un procedimiento quirúrgico, se utiliza el valor de punto de cirugía para el cirujano y el de anestesia para el anestesiólogo.

(1) Esta columna indica el código numérico del procedimiento, establecido en el CPT.
(2) Esta columna proporciona una descripción del procedimiento.
(3) En esta columna constan las unidades de valor asignadas a cada procedimiento
(4) En esta columna constan las unidades de valor asignadas a Anestesia y deben ser usadas solo por los Anestesiólogos.

Para obtener el valor total de los honorarios médicos, se multiplicarán el valor monetario del Factor de Conversión, por el número de unidades que corresponden para cada procedimiento.

Ejemplo: Si el Factor de Conversión (FC) para la Especialidad de Cirugía es de 14,92 para un servicio de salud de segundo nivel, en el caso listado previamente, el honorario correspondería a:

FACTOR		UNIDADES		HONORARIO
14,92 USD	X	5,6	=	83,55 USD

3.4. Sección Anestesia

En la sección Anestesia, constan las unidades de valor relativo (UVR) de los procedimientos divididos por áreas del cuerpo. Si se requiere las unidades de valor relativo (UVR) de anestesia por procedimiento específico, estas se encuentran en la columna final.

3.5. Evaluación y Manejo

En esta sección se integra el reconocimiento de honorarios para:

- Consulta Externa inicial y subsecuente.
- Atención en observación inicial y subsecuente.
- Cuidado Intrahospitalario inicial, subsecuente y alta hospitalaria.
- Interconsultas paciente hospitalizado primera vez.
- Atención de emergencia
- Cuidados intensivos adultos, pediátricos, neonatos, cuidados intermedios RN bajo peso
- Atención de enfermería en residencias de cuidados permanentes inicial y subsecuente.

La unidad de valor relativo (UVR) para honorarios por Evaluación y Manejo se cobrará por día lo correspondiente al cuidado intrahospitalario, establecido en esta normativa y el valor por el alta hospitalaria por el ultimo día de hospitalización del paciente; excepto para procedimientos quirúrgicos donde el honorario de cirugía, incluye los controles del paciente hasta por 7 días, pasado este tiempo, el cirujano podrá facturar las visitas diarias utilizando los códigos de cuidado diario al paciente.

El factor de conversión monetaria (FCM) expresado en dólares americanos que se utilizará es el de Evaluación y Manejo.

La aplicación de códigos y unidades se realizará considerando la variable de complejidad, en atenciones por emergencia se aplicará el respectivo modificador según la normativa indicada en este tarifario.

En la consulta externa de primer nivel, para problemas agudos, se reconocerá la primera consulta y máximo dos subsecuentes por motivo de consulta. Este proceso integral se denominará evento.

3.6. Honorarios por Procedimientos Quirúrgicos

3.6.1 Honorarios por estadía del paciente

En este componente constan el reconocimiento de unidad de valor relativo (UVR) para procedimientos quirúrgicos clasificadas por áreas del cuerpo, en el valor final de pago están incluidas las visitas diarias de los cirujanos a los pacientes, hasta por siete (7) días. A partir del octavo (8) día, el cirujano cobrará lo correspondiente al cuidado diario del paciente, establecido en esta normativa y el valor por el alta hospitalaria por el ultimo día de hospitalización del paciente. Sin embargo, si el cirujano no hubiere realizado las visitas diarias establecidas, se descontará por cada día, el valor de la visita médica, primera o subsecuente, según el caso.

El factor de conversión monetaria (FCM) expresado en dólares americanos que se utilizará es el de Cirugía.

La definición de honorarios en los procedimientos quirúrgicos tiene algunos elementos en común, comprende varios servicios como la atención preoperatoria, el procedimiento quirúrgico, la recuperación, la atención postquirúrgica, el alta y el cuidado post egreso que están incluidos en el proceso de atención quirúrgico. Por esta razón, estos procedimientos están incluidos en los honorarios médicos de cada procedimiento.

Los servicios incluidos pueden diferir ligeramente en los procesos terapéuticos y diagnósticos.

3.6.1.1 **Procedimientos quirúrgicos terapéuticos:** las unidades de valores relativos (UVR), son considerados de forma global (integral), el valor incluye:

a. La atención preoperatoria inmediata, empieza después de la decisión de realizar la cirugía, y que se hace cuando no hay complicaciones que requieren una atención de estabilización extra.
b. Incluye un único código del servicio de evaluación y manejo (atención ambulatoria) en una fecha inmediatamente cercana a la fecha del procedimiento, implica la historia clínica y examen físico del paciente.
c. Si las condiciones clínicas del paciente lo requiere se facturara los códigos y UVR respectivas por los servicios preoperatorios ambulatorios y hospitalarios bajo las siguientes circunstancias:

- Servicios de evaluación y manejo no relacionados con el procedimiento primario.
- Servicios que se requieren para estabilizar a un paciente para la realización de procedimiento primario
- Cuando los procedimientos no son usualmente parte del procedimientos quirúrgicos de base (ejemplo: broncoscopia, ante de

una cirugía pulmonar) son provistas durante el periodo preoperatorio inmediato.

d. El procedimiento quirúrgico, incluye infiltración local, bloqueo metacarpal/metatarsal/digital, o anestesia tópica, cuando se usa, no se considerará códigos de anestesia en este caso.
e. La atención de seguimiento del procedimiento quirúrgico no complicada para el período global de la atención normal no complicada subsecuente en el período postoperatorio inmediato hasta el alta, es parte del período global indicado; incluye el protocolo operatorio, conversar con la familia, interconsultar con otros especialistas, ordenes por escrito y evaluar al paciente en el periodo postanestésico en el área de recuperación.
f. Se considerará UVRs adicionales para la atención adecuada durante el periodo global cuando se requieran servicios adicionales en los siguientes casos:
   - Una circunstancia inusual, complicación, exacerbación, recurrencia
   - Enfermedades no relacionados al procedimientos quirúrgico primario o daños que se tratan durante el periodo de seguimiento.

3.6.1.2 **Procedimientos diagnósticos:** Los procedimientos de atención diagnósticos (ejemplo: endoscopia, procedimientos radiológicos con contraste, etc.) incluye solamente lo relacionado al procedimientos diagnostico en si mismo. La atención de condiciones para las cuales los procedimientos desarrollados rsponden a otras condiciones concomitantes no incluidas, serán listadas separadamente. La atención de seguimiento relacionado con estos procedimientos diagnósticos esta incluido para el periodo global indicado.

3.6.1.3 **Procedimientos quirúrgicos adicionales:** Cuando un procedimiento quirúrgico es efectuado dentro de periodo relacionado con el seguimiento de una cirugía previa, el periodo de seguimiento de la continuará de forma concurrente (paralela) a la terminación normal de la cirugía previa.

3.6.1.4 **Período global:** el período global para un código de procedimiento quirúrgico dado empieza el día después de la cirugía y continua por el período definido, de la siguiente forma:

- Cirugías de baja complejidad, el periodo global será hasta de 30 días. Incluye las consultas requeridas hasta los siete (7) días y 1 consultas adicional, en la última consulta se entregará el formulario de contrarreferencia al establecimiento de salud de origen.
- Cirugias de mediana complejidad, el período global será hasta 90 días. Incluye las consultas requeridas hasta los siete (7) días y 4 consultas adicionales en período definido, en la ultima consulta se entregará el formulario de contrarreferencia, al establecimiento de slaud de origen.
- Cirugias de alta complejidad, el período global será hasta 180 días. Incluye las consultas requeridas hasta los siete (7) días y 8 consultas adicionales en el período definido, en la ultima consulta se entregará el formulario de contrarreferencia al establecmiento de salud de origen. Excepto en casos en los cuales, el seguimeinto posterior no pueda realizarse en el establecmiento de salud de origen, ejemplo trasplante hepático.

Por ejemplo , un periodo global de 30 días debería ser definido desde el día de la cirugía más 10 días, empezando el día después de la cirugía, para un período global de 90 días, el período global se inicia el día posterior a la cirugía, incluye el día de la cirugía, y continua por 90 días empezando por el día después de la cirugía, Lo que significa que en este caso, el período global es equivalente a 92 días.

3.6.1.5 **Visitas médicas post quirúrgicas: El** honorario de cirugía incluye los controles del paciente hasta por 7 días calendario incluye hospitalización y luego del alta, pasados estos 7 días, el cirujano podrá facturar de acuerdo a los códigos de EVALUACIÓN Y MANEJO hasta la finalización del periodo global.

3.7 **Procedimientos por separado**: los procedimientos identificados como separados son frecuentemente incluidos en el valor global de otro procedimientos.

a. No es apropiado listar con códigos separados cuando un procedimiento esta incluido en el valor global del otro código (ejemplo 29870 no es apropiado colocarlo, cuando se conjuga con el 29874).
b. Cuidados Preoperatorios, cirugía, o cuidados postoperatorios que son proporcionados por diferentes médicos.
c. Sólo atención quirúrgica: cuando un médico provee solamente la atención quirúrgica y otro médico cuidados preoperatorios y postoperatorios, esta circunstancia debe ser registrada mediante el uso del modificador 54. .
d. Solamente manejo postoperatorio: Si un médico proporciona los cuidados postoperatorios solamente, se autoriza el uso del modificador de 55.
e. Sólo manejo preoperatorio: Si un médico proporciona los cuidados preoperatorios solamente, se autoriza el uso del modificador de 56. Un valor habitual de 10 por ciento de las UVRs del procedimientos quirúrgico es adecuado.
f. En cirugías ambulatorias por hospital del día (cirugías del día), el valor incluye las evaluaciones posteriores del paciente producto de la cirugía realizada.
g. Si el cirujano no hubiere realizado las visitas diarias establecidadas en el servicio de hospitalización, se descontará por cada día, el valor de la visita médica, primera o subsecuente, según el caso.

3.7. Modificadores:

- Modificador 25: este modificador equivale al 100 por ciento del valor indicado cuando se realizan más de un procedimiento diferente de evaluación y manejo en el mismo día.
- Modificador 50: Indica un procedimiento que se define como bilateral, es decir se realizó en ambos lados del cuerpo del paciente en el mismo episodio de la atención. Se establece una disminución del valor del segundo procedimiento en 50% de su UVR.
- Modificador 51: Se debe colocar las UVRs de todos los demás procedimientos sean secundario o terciarios con una disminución de valor del 50% de sus UVRs en cada procedimiento adicional al primario.
- Modificador 52: Indica que el procedimiento es realizado por otro profesional de la salud y le cooresponde el 50% menos del UVR del procedimiento realizado.
- Modificador 54: Cuando un cirujano realiza la cirugía y otro cirujano de la misma especialidad realiza el preoperatorio/postquirúrgico, el cirujano

que opero debe cobrar exclusivamente el 70 por ciento de la UVR del procedimiento quirúrgico.

- Modificador 55: Cuando un cirujano realiza la cirugía y otro cirujano de la misma especialidad realiza el postquirúrgico, el cirujano que realiza esta actividad le corresponde el 30 por ciento de la UVR del procedimiento quirúrgico.
- Modificador 56: Cuando un cirujano realiza la atención preoperatoria y la evaluación y otro cirujano opera, el componente preoperatorio se paga solo el 10 por ciento de las UVRs del procedimiento quirúrgico.
- Modificador 59: Bajo ciertas circunstancias puede que sea necesario identificar otros procedimientos distintos y separados de evaluación y manejo en la misma fecha, por ejemplo procedimientos ambulatorios de recuperación, rehabilitación, manejo del dolor, etc. Este modificador indica al pagador que el médico no se ha presentado un reclamo duplicado de varios procedimientos el mismo dia y que pueden ser verificados.
- Modificador 62: Se refiere a un solo procedimiento primario realizado conjuntamente por dos cirujanos. Aquí, cada cirujano factura con el mismo código y el pago a cada uno de ellos será el 62.5 por ciento de la de la UVR correspondiente.
- Modificador 66: Bajo ciertas circunsatancias, en procedimientos de alta complejidad (se requiere de forma concomitante varios cirujanos u otro personal de salud altamente cualificado, personal entrenado, y varios tipos de equipamiento complejo) y que se denomina como “equipo/team quirúrgico”. En estas circunstancias el pago es del 100%. Este modificador es exclusivo para trasplantes.
- Modificador 80: Se refiere al cirujano asistente que asiste durante todo el procedmiento quirurgico y se aplica un pago del 20% de la UVR del procedimiento.
- Modificador 81: Se refiere al cirujano asistente con participación mínima en el procedimiento quirúrgico, se valora en 15% de la UVR del mismo.
- Modificador 82: Se refiere, cuando un cirujano especialista cualificado (especialidad) no está disponible y un cirujano cualificado no ayudante ofrece asistencia quirúrgica, el uso de este modificador 82 es apropiado que significa el pago del 20% del procedmiento realizado.
- Modificador 99: en ciertos casos dos o más modificadores pueden ser necesarios para completar el servicios realizado. En estas situaciones este modificador debería ser utilizado añadido al procedimiento básico/primario, y los otros modificadores aplicados asociados a este procedimiento deben ser enlistados por aparte con la debida descripción de dichos servicios.

3.8. Procedimientos clínicos o quirúrgicos con dos médicos

En el caso de que un procedimiento quirúrgico o clínico (excepto en labor y parto) sea realizado por dos médicos, éstos procederán a cobrar el 125% del honorario fijado para el procedimiento y luego procederán a distribuir dicha cantidad en partes iguales (modificador 62); en el valor de pago están incluidas las visitas diarias de los cirujanos a los pacientes, hasta por siete (7) días. A partir del octavo (8) día, el cirujano cobrará lo correspondiente al cuidado diario del paciente, establecido en esta normativa y el valor por el alta hospitalaria por el ultimo día de hospitalización del paciente.

Equipo (team) quirúrgico: bajo ciertas circunstancias, un procedimiento muy complejo identificado por un código único requiere los servicios de varios médicos, a menudo de diferentes especialidades (por ejemplo trasplantes). Estas circunstancias deben ser identificadas mediante la adición de modificador 66 . El valor debe ser apoyado por un informe médico (protocolo operatorio firmado por todos los cirujanos, no internos ni residentes)con observaciones) para incluir el desglose de los servicios y el personal incluido en un valor global. Ver atención/cuidado concurrentes y múltiples procedimientos para obtener ayuda para determinar el valor global.

3.9. Política de Procedimientos Múltiples

Varios procedimientos realizados en la misma circunstancia operativa que aumentan significativamente el tiempo y habilidad garantiza el uso del modificador de 51. El modificador 51 debe agregarse al código del procedimiento secundario, terciario, etc., (Directrices de procedimiento múltiples no se aplican a códigos específicamente identificados como procedimientos adicionales o a aquellos específicamente identificado como exentos de modificador 51). Múltiples procedimientos deben incluirse según valor de UVRs. El procedimiento primario debería reflejar el mayor valor y no debe incluir el modificador 51. Los valores apropiados para cada procedimiento son los siguientes:

- Procedimiento primario: 100% del valor indicado
- Procedimiento secundario y cada uno adicional: 50% del valor indicado

Ejemplo: Un cirujano general realiza una reparación de hernia hiatal (39502) 17.2 RVU y la colecistectomía (47600) 16,3 RVU en la misma posición operativa. La facturación correcta:

39502 17,20
47600 51 16,3 x 50% = 8,15.

3.10. Procedimientos bilaterales:

Algunos procedimientos que se realizan en la izquierda y derecha (procedimientos bilaterales) sustentan el uso del modificador de 50 (50%) para el segundo procedimiento. Seguir las reglas apropiadas de valoración que figuran en múltiples procedimientos, dependiendo del número de incisiones requeridas.

3.11. Procedimientos con distintos servicios:

Bajo ciertas circunstancias, puede ser necesario indicar que un procedimiento o servicio fue distinto o independiente de otros servicios no-E/M que se realizan en el mismo día. El modificador 59 es utilizado para identificar los procedimientos o servicios, que no se notifican normalmente juntos pero son apropiados bajo las circunstancias clínicas de salud, y que son diferentes a los servicios E/M.

La documentación que se presente debe soportar una atención diferente, diferente procedimiento o cirugía, diferente sitio o sistema orgánico, incisión separada o la supresión, lesión separada, o lesiones separadas (o área de lesión en lesiones extensas) no necesariamente se realizan en el mismo día para el mismo individuo/paciente. Sin embargo, cuando otro modificador ya establecido es más apropiado, debe ser usado en lugar de modificador 59. Sólo si no hay modificadores descriptivos disponibles y el uso del

modificador 59 explica mejor las circunstancias, por lo que debería usarse este modificador.

El modificador 59 no debe añadirse a un servicio E/M. Para reportar un servicio distinto a los de E/M en la misma fecha, use el modificador 25, si se realiza en un encuentro diferente con el paciente. Algunos instituciones pueden requerir la inclusión de este modificador además de otros modificadores apropiados para el procesamiento electrónico de reclamos. Si la circunstancia lo amerita el uso de un segundo modificador conjuntamente con 59, se determina el nivel de pago por la pauta por el segundo modificador.

3.12. Múltiples modificadores

Si las circunstancias lo requieren el uso de más de un modificador con cualquier código de procedimiento, el modificador 99 debe añadirse el código de procedimiento. Otros modificadores son conectados con el código del procedimiento y enumerados por separado con los valores apropiados para cada uno.

a. Si un médico realiza más de un procedimiento clínico o quirúrgico en el mismo paciente en la misma vía de abordaje y en el mismo acto quirúrgico, deberá proceder a cobrar de la siguiente manera:

- El 100% del honorario total por el procedimiento de más alto valor, el 50% del honorario total por el segundo procedimiento de más alto valor, el 50% por cada procedimiento adicional.

b. Si un médico realiza más de un procedimiento clínico o quirúrgico en el mismo paciente, con distinta vía de abordaje, o en diferente momento de tiempo en el día, procederá a cobrar los procedimientos con el 100% del honorario.

En el valor de pago están incluidas las visitas diarias de los cirujanos a los pacientes, hasta por siete (7) días. A partir del octavo (8) día, el cirujano cobrará lo correspondiente al cuidado diario del paciente, establecido en esta normativa y el valor por el alta hospitalaria por el ultimo día de hospitalización del paciente.

Son considerados procedimientos clínicos múltiples los relacionados a endoscopía digestiva, hemodinamia, procedimientos de terapia respiratoria, física, etc. [2]

3.13. Ayudantías quirúrgicas

Cuando los procedimientos quirúrgicos u obstétricos por su complejidad lo ameriten, la institución facturará los honorarios por médico en el rol de Ayudantía Médica.

Se reconocerá máximo el pago por dos médicos ayudantes quirúrgicos dependiendo de la complejidad del procedimiento en cuyo caso se reconocerá el

[2] *Auditoría/Evaluación Médica, de acuerdo a estándares basados en la evidencia y en el contexto del caso, definirá la pertinencia de la asistencia de dos cirujanos principales al procedimiento. En caso de no ser pertinente y debidamente justificado, se facturará solo el honorario del cirujano principal, del ayudante y del anestesiólogo. Valores adicionales serán objetados y no reconocidos.*

20% del honorario del cirujano por el primer ayudante y el 10% por el segundo ayudante.

En caso de requerirse el concurso de otros ayudantes se exigirá la debida justificación en el protocolo quirúrgico y epicrisis; y, se facturará con el 10% del honorario del cirujano principal o de los cirujanos principales según el caso.

Asistentes quirúrgicos: un cirujano asistente, independientemente del tipo, puede proveer otros servicios en la misma fecha. Estos servicios justifican un valor de 100 por ciento de los valores indicados por el cirujano principal.

a. Cirujano asistente: cuando la asistencia quirúrgica es proporcionado por un médico especialista, es apropiado el uso del modificador 80. El uso de este modificador garantiza habitualmente el 20 por ciento de los valores enumerados.

b. Cirujano asistente mínimo: cuando se presta asistencia quirúrgica mínima, es apropiado el uso del modificador 81. El uso de este modificador garantiza el pago habitualmente del 15 por ciento de los valores enumerados.

c. Cirujano asistente (cuando un cirujano residente calificado no está disponible): cuando un cirujano residente cualificado (especialidad) no está disponible y un cirujano cualificado no residente ofrece asistencia quirúrgica, el uso del modificador 82 es apropiado. El uso de este modificador garantiza habitualmente el pago 20 por ciento de los valores enumerados.

Atención concurrente: cuando se separan los procedimientos o servicios que son proporcionados por dos o más médicos en la misma fecha, cada médico debe indicar su servicio con el código de procedimiento apropiado. Esta circunstancia no garantiza cualquier incremento o reducción en el valor. Es importante señalar que esta circunstancia puede usarse sólo si los procedimientos realizados no califican para el uso del modificador 62 (62,5%, si el segundo procedimiento quirúrgico es secundario) o el modificador 66 (100%, es exclusivo para trasplantes).

Ejemplo: Un cirujano general realiza 49505 (herniorrafia) en el mismo paciente en el mismo día un urólogo realiza 52601 (RTUP). Ambos deben ser contados con el 100% del valor indicado sin modificadores y por separado se rigen por las normas de valor global.

Para ayudantías de perfusionista en cirugías que amerite este tipo de ayudantías se facturará el 35% del honorario del cirujano principal o de los cirujanos principales según el caso.

3.14. Visitas médicas post quirúrgicas:

El honorario de cirugía incluye los controles del paciente hasta por 7 días calendario, pasados estos 7 días, el cirujano podrá facturar de acuerdo a los códigos de EVALUACIÓN Y MANEJO, esta norma no aplica para labor y parto.

4. Honorarios Anestesiología

En los valores para los servicios de anestesiología, constan las unidades de valor relativo (UVR) de los procedimientos divididos por áreas del cuerpo, listados para cada procedimiento. Además, en el descriptivo de procedimientos constan aquellos en los que no se aplica el valor tiempo. Las unidades incluyen las visitas pre y post operatorias intrahospitalarias.

El procedimiento de facturación de honorarios profesionales médicos en anestesia considerará las siguientes variables:

- **Valor Básico**: equivalente a las unidades listadas en cada procedimiento de cirugías y de diagnostico/ tratamiento.

- **Valor del Tiempo**: considera la duración del tiempo de anestesia, por cada 15 minutos se cobrará 1 (una) unidad adicional de Unidad de Valor Relativo (UVR) fija en actos quirúrgicos, como valor/tiempo. Cinco minutos o más se considera una porción significativa de la unidad de tiempo y se reportará como una unidad de tiempo adicional, misma que para su calculo se adicionará al tiempo de valor básico. El tiempo de anestesia inicia cuando el Anestesiólogo físicamente inicia la preparación del paciente para la inducción de la anestesia en el quirófano (o su equivalente) y termina cuando el Anestesiólogo ya no está en atención constante con el paciente, para su calculo se tomará en cuenta el tiempo indicado en el protocolo de anestesia.

- ❖ **Modificadores Específicos de Anestesia** : se pagará un valor adicional de acuerdo a factores de edad y condiciones clínicas críticas debidamente documentadas y verificables en el protocolo operatorio y en la epicrisis por condición física o por condiciones especiales.

- ❖ **Condición física**: se registra con la letra P, seguida por el código definido así:

No	Condición clínica crítica/física	Unidad
P1	Paciente sano	0
P2	Enfermedad sistémica leve	0
P3	Enfermedad sistémica severa 99103	1
P4	Enfermedad sistémica severa con riesgo para la vida 99104	2
P5	Paciente moribundo que no sobrevivirá sin cirugía 99105	3
P6	Paciente con muerte cerebral cuyos órganos son extraídos con propósitos de donación	0

FUENTE: CPT- 2013

El factor de conversión monetaria (FCM) expresado en dólares americanos que se utilizará es el de Anestesia

La aplicación de códigos y unidades se realizará considerando la variable de complejidad y la aplicación de los modificadores específicos para anestesia según las normas indicadas anteriormente.

- ❖ **Circunstancias Especiales**

Para la circunstancia calificante/edad, se aplicarán los siguientes códigos de conformidad con los criterios de la Asociación Americana de Anestesiología y la Ley Nacional de Anestesiología:

Código	Circunstancia calificante/edad	Unidad
99100	Anestesia para paciente de edad extrema, menores de 1 año y mayores de 70. (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	1
99116	Anestesia complicada por la utilización de hipotermia total del cuerpo. (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	5
99135	Anestesia complicada por la utilización de hipotensión controlada. (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	5
99140	Anestesia complicada por condiciones de emergencia (especificar). (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	2

FUENTE: CPT- 2013

El factor conversión monetaria (FCM) que se aplicará en estos casos es el correspondiente a anestesia.

Procedimientos múltiples: en el caso de procedimientos múltiples solo se podrá cobrar la anestesia, considerando el código de más alto valor en unidades.

5. Honorarios en Cuidados Intensivos, Adultos, Niños y Neonatos

Para el cobro de honorarios en cuidados intensivos, adultos y niños de aplicará el correspondiente código de cuidados intensivos aplicable a cada caso, si la condición clínica del paciente requiera de la atención individualizada de enfermería se aplicará el 50% por turno de atención de los honorarios del medico.

Para el caso de neonatología de cuidados intensivos se aplicaran los códigos correspondientes.

6. Honorarios a Criterio Medico (Cm)

Cuando un servicio o procedimiento provisto no se encuentran adecuadamente identificados, use el código de procedimiento no enlistado relacionado con el área anatómica, es lo apropiado, con igual UVR.

Muchos códigos de esta naturaleza tiene 99 como los dos últimos dígitos. El valor debe ser corroborado por informe de criterio médico pertinente (ICM).

Procedimientos sin UVR específicas: procedimientos que no tienen UVR (UVR no establecida) o que se especifican con ICM en la columna de unidades deberías ser sustentados por informe de criterio médico. (ver por informe)

Informe de criterio médico (ICM): cuando el valor de un procedimientos debe ser establecido por cualquier informe de criterio médico de esta circunstancia, se debe colocar un UVR de servicios similares y /o justificando el valor diferencia. Cuando un informe esta indicado, en estos casos, el reporte (ICM) debe incluir:

- Definición o descripción del procedimiento de forma precisa un Informe operativo
- Justificación par la variación del procedimiento, cuando es apropiado
- Procedimiento similar y comparación del valor
- Justificación del valor diferencia.

Valores reducidos : bajo ciertas circunstancias, el valor para un procedimiento puede reducirse o eliminarse. Use el Modificador 52 (hasta 50% menos de UVR, por ejemplo

procedimiento realizado por otro profesional de la salud) para identificar servicios de menor valor.

Procedimiento quirúrgico con Microscopio: cuando se utiliza un microscopio para realizar un procedimiento donde el uso del microscopio es un componente incluido, se debe incluir el código CPT 69990 además el código primario, salvo que se incluyan como un servicio en el código primario.

El cobro de estos servicios profesionales médicos, deberá esta justificado en la epicrisis y demás documentación de sustento, para que sea verificado en el proceso de pertinencia técnico-médica realizado por el ente pagador de los servicios. En estos, casos se reconocerá una tarifa equivalente a un procedimiento de homologable complejidad.

CAPITULO II

COMPONENTE DE EVALUACIÓN Y MANEJO

EVALUACIÓN Y MANEJO

1. GUÍA DE USO
   - 1.1. MOTIVO DE CONSULTA
   - 1.2. COMPONENTES
     - 1.2.1. HISTORIA:
     - 1.2.2. EXAMEN FÍSICO:
     - 1.2.3. TOMA DE DECISIONES MÉDICAS:
     - 1.2.4. CONSEJERÍA:
     - 1.2.5. NATURALEZA DEL PROBLEMA ACTUAL:
     - 1.2.6. TIEMPO:

SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA INICIAL
VISITA DOMICILIARIA INICIAL
VISITA DOMICILIARIA SUBSECUENTE
CUIDADO INTRAHOSPITALARIO
CUIDADO INICIAL EN EL HOSPITAL
CUIDADO HOSPITALARIO SUBSECUENTE
INTERCONSULTAS
INTERCONSULTA EN PACIENTE HOSPITALIZADO
PRIMERA VEZ
ATENCION DE EMERGENCIA
CUIDADOS INTENSIVOS
ADULTOS, NIÑOS, NEONATOS
ENFERMERIA
CUIDADO INICIAL
CUIDADO SUBSECUENTE
SALA DE OBSERVACION

EVALUACIÓN Y MANEJO

1. Guía de Uso

Las visitas, examen físico, interconsultas y servicios similares son de diferente complejidad y demandan diferente tiempo por parte del médico. La lista que se encuentra a continuación ayuda a la determinación del código correcto por el servicio prestado.

1.1 Motivo de Consulta

Una frase concisa que describa el síntoma, problema, condición, diagnóstico u otro factor que lleva al paciente al médico.

1.2 Componentes

Cada nivel de servicio tiene 7 componentes. Estos son:

a) Historia
b) Examen físico
c) Toma de decisión médica
d) Consejería
e) Coordinación del cuidado
f) Naturaleza del problema actual
g) Tiempo.

1.2.1 Historia:

Se relaciona al tipo de historia que se obtiene acerca del paciente durante la visita. Son 3 tipos.

a. **Historia breve focalizada** al problema actual relacionado a la queja principal, y revisión de sistemas pertinente.

b. **Historia focalizada extendida** de la enfermedad actual relacionada a la queja principal, con revisión de sistemas amplios, pasado pertinente, e historia familiar y social.

c. **Historia clínica completa** y detallada.

1.2.2 Examen Físico:

Este componente se relaciona al tipo de examen físico realizado al paciente.

a. **Focalizado al problema**: El examen se limita al área del cuerpo o sistema orgánico afectado.

b. **Focalizado extendido**: Examen sobre el área o sistema orgánico afectado y otros sistemas orgánicos relacionados o sintomáticos.

c. **Detallado:** un examen extenso del área y sistemas afectados y otros sistemas relacionados o sintomáticos.

d. **Completo**: Un examen multisistémico completo

1.2.3 Toma de Decisiones Médicas:

Es la complejidad para establecer el diagnóstico o seleccionar una opción de manejo o tratamiento. La toma de decisiones médicas está dividida en 3 categorías. El nivel de decisión médica es determinado por la documentación en la historia clínica de 3 subcategorías que incluyen: número de posibles diagnósticos y/o el número de opciones de manejo consideradas; la cantidad y la complejidad de tests diagnósticos, y otra información que deberá ser obtenida, revisada y analizada; y el riesgo de complicaciones significantes, morbilidad, mortalidad, así como también comorbilidades, asociadas al problema actual del paciente, procedimientos diagnósticos, y/o posibles opciones terapéuticas.

Baja complejidad: Número limitado de posibles diagnósticos u opciones de manejo terapéutico, limitada cantidad y/o complejidad de datos a ser revisados, y bajo riesgo de complicaciones y/o morbimortalidad.

Moderada complejidad: Varios posibles diagnósticos u opciones de manejo, moderada cantidad y/o complejidad de los datos que se tienen que revisar, y moderado riesgo de complicaciones y/o morbimortalidad.

Alta complejidad: Gran número de posibles diagnósticos u opciones de manejo, gran cantidad de datos que deberán ser revisados, y alto riesgo de complicaciones y/o morbimortalidad.

1.2.4 Consejería:

Un diálogo con el paciente y/o su familia acerca de uno o más de los siguientes puntos:

1. Diagnóstico, impresiones, y/o estudios diagnósticos recomendados
2. Pronóstico
3. Riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento
4. Importancia del cumplimiento del tratamiento y manejo elegido
5. Reducción de factores de riesgo
6. Educación al paciente y familia

1.2.5 Naturaleza del Problema Actual:

El problema actual es una enfermedad, condición, daño, síntoma, signo, queja, u otra razón para la visita, con o sin un diagnóstico establecido al tiempo de la visita. Son 3 tipos de problemas.

Baja severidad: Un problema en el cual el riesgo de morbilidad sin tratamiento es bajo, no tiene o es muy pequeño el riesgo de muerte sin tratamiento; la recuperación total sin secuela funcional es lo esperado.

Moderada severidad: Un problema donde el riesgo de morbilidad sin tratamiento es moderado, tiene un moderado riesgo de muerte sin tratamiento; pronóstico incierto o una alta probabilidad de déficit funcional prolongado.

Alta severidad: Un problema donde el riesgo de morbilidad sin tratamiento es alto a seguro, tiene un moderado riesgo de mortalidad sin tratamiento o alta probabilidad de secuela prologada severa.

1.2.6 Tiempo:

Es el período de tiempo que el médico permanece en el piso e incluye:

1. Revisa la historia clínica
2. Examina al paciente
3. Escribe indicaciones y evoluciones
4. Se comunica con otros médicos respecto al paciente
5. Habla con los familiares
6. Revisa radiografías, resultados de patología, etc. en otras áreas del hospital.

SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA INICIAL

Estos códigos se aplican como valor integral, no exclusivamente como servicios profesionales médicos

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS
		UVR
99201	Visita en la oficina de un nuevo paciente que requiere de tres componentes: 1.- historia focalizada al problema 2.- examen focalizado al problema 3.- decisión medica única y directa tiempo de duración 10 minutos	6,50
99202	Visita en la oficina de un nuevo paciente que requiere de tres componentes: 1.- historia detallada 2.- examen detallado 3.- decisión medica única y directa tiempo de duración 20 minutos	9,50
99203	Visita en la oficina de un nuevo paciente que requiere de tres componentes: 1.- historia detallada 2.- examen detallado 3.- decisión medica de baja complejidad tiempo de duración 30 minutos	14,00
99204	Visita en la oficina de un nuevo paciente que requiere de tres componentes: 1.- historia completa 2.- examen completo 3.- decisión medica de moderada complejidad tiempo de duración 45 minutos	20,00
99205	Visita en la oficina de un nuevo paciente que requiere de tres componentes: 1.- historia completa 2.- examen completo 3.- decisión medica de moderada complejidad tiempo de duración 60 minutos	26,00

SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA SUBSECUENTE

Estos códigos se aplican como valor integral, no exclusivamente como servicios profesionales médicos.

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS
		UVR
99211	Visita en la oficina subsecuente de un paciente que presenta un problema mínimo, requiere de uno de los tres componentes: 1.- historia focalizada al problema 2.- examen focalizado al problema 3.- decisión medica única y directa tiempo de duración 5 minutos	3,50
99212	Visita en la oficina subsecuente de un paciente que requiere al menos dos de los tres componentes: 1.- historia detallada 2.- examen detallado 3.- decisión médica única y directa tiempo de duración 10 minutos. Usualmente el problema es autolimitado o menor	6,00
99213	Visita en la oficina subsecuente de un paciente que requiere dos de tres componentes: 1.- historia detallada 2.- examen detallado 3.- decisión medica de baja complejidad tiempo de duración 15 minutos.	9,00
99214	Visita en la oficina subsecuente de un nuevo paciente que requiere dos de tres componentes: 1.- historia completa 2.- examen completo 3.- decisión medica de moderada complejidad tiempo de duración 25 minutos	13,50
99215	Visita en la oficina subsecuente de un nuevo paciente que requiere dos de tres componentes: 1.- historia completa 2.- examen completo 3.- decisión medica de alta complejidad tiempo de duración 40 minutos	19,50

CUIDADOS EN OBSERVACION

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR
99217	Cuidado de observación y alta de observación, este código deber ser utilizado por todos los cuidados provistos al paciente en alta del servicio de observación del día de alta del “status de observación” o “status para hospitalización”	9,00

CUIDADOS EN OBSERVACION.- CUIDADO INICIAL

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR
99218	Cuidado inicial en el servicio de observación por día de un nuevo paciente que requiere de tres componentes: 1.- historia completa 2.- examen completo 3.- decisión médica de b aja complejidad/consejo y coordinación con otros profesionales. Usualmente el problema requiere de ingreso a observación por todo el día relacionados con la naturaleza de /los problemas y necesidades del paciente y su familia. El tiempo estimado es de 30 minutos.	12,00
99219	Cuidado inicial en el servicio de observación por día de un nuevo paciente que requiere de tres componentes: 1.- historia completa 2.- examen completo 3.- decisión médica de moderada complejidad/consejo y coordinación con otros profesionales. Usualmente el problema requiere de ingreso a observación por todo el día relacionados con la naturaleza de /los problemas y necesidades del paciente y su familia. El tiempo estimado es de 50 minutos.	21,50
99220	Cuidado inicial en el servicio de observación por día de un nuevo paciente que requiere de tres componentes: 1.- historia completa 2.- examen completo 3.- decisión médica de alta complejidad/consejo y coordinación con otros profesionales. Usualmente el problema requiere de ingreso a observación por todo el día relacionados con la naturaleza de /los problemas y necesidades del paciente y su familia. El tiempo estimado es de 70 minutos.	27,00

CUIDADOS EN OBSERVACION.- CUIDADO SUBSECUENTE

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR
99224	Atención subsecuente en el servicio de observación por todo el día para evaluación y manejo de paciente que requiere: 1.- historia detallada, 2.- examen detallado y comprensivo, 3.- decisión médica directa o de baja complejidad. Incluye consejería y/o coordinación con otros profesionales de salud relacionados con la naturaleza de/ los problemas y necesidades del paciente y su familia. El tiempo estimado es de 15 minutos.	7,00
99225	Atención subsecuente en el servicio de observación por todo el día para evaluación y manejo de paciente que requiere: 1.- historia detallada, 2.- examen detallado y comprensivo, 3.- decisión médica de moderada complejidad. Incluye consejería y/o coordinación con otros profesionales de salud relacionados con la naturaleza de/ los problemas y necesidades del paciente y su familia. El tiempo estimado es de 25 minutos.	13,00
99226	Atención subsecuente en el servicio de observación por todo el día para evaluación y manejo de paciente que requiere: 1.- historia detallada, 2.- examen detallado y comprensivo, 3.- decisión médica de alta complejidad. Incluye consejería y/o coordinación con otros profesionales de salud relacionados con la naturaleza de/ los problemas y necesidades del paciente y su familia. El tiempo estimado es de 25 minutos.	18,50

CUIDADO INTRAHOSPITALARIO

Todos los niveles de cuidado intrahospitalario incluyen revisión de la historia clínica y de los resultados de los estudios diagnósticos y cambios en el estado del paciente, desde la última vez que fue revisado por el médico tratante.

CUIDADO INICIAL EN EL HOSPITAL

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS
		UVR
99221	Cuidado hospitalario inicial, por día, para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes: 1.- historia clínica completa, 2.- examen físico completo, 3.- decisiones médicas de baja complejidad, usualmente el problema por el cual el paciente ha sido hospitalizado es de baja severidad. El médico consume 30 minutos en la habitación.	12,50
99222	Cuidado hospitalario inicial, por día, para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes: 1.- historia clínica completa, 2.- examen físico completo, 3.- decisiones médicas de moderada complejidad, usualmente el problema por el cual el paciente ha sido hospitalizado es de moderada severidad. El médico consume 50 minutos en la habitación.	22,00
99223	Cuidado hospitalario inicial, por día, para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes: 1.- historia clínica completa, 2.- examen físico completo, 3.- decisiones médicas de alta complejidad, usualmente el problema por el cual el paciente ha sido hospitalizado es de gran severidad. El médico consume 70 minutos en la habitación.	28,50

CUIDADO HOSPITALARIO SUBSECUENTE

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS
		UVR
99231	Cuidado subsecuente por día para evaluación y manejo de un paciente que incluye admisión y alta el mismo día, que requiere de estos tres componentes: 1.- historia clínica completa 2.- examen físico completo 3.- decisión médica de baja complejidad. Consejo y/o coordinación con otros profesionales de acuerdo a la naturaleza del problema y con las necesidades del paciente y/o su familia. Tiempo 15 minutos.	7,00
99232	Cuidado subsecuente por día para evaluación y manejo de un paciente que incluye admisión y alta el mismo día, que requiere de estos tres componentes: 1.- historia clínica completa 2.- examen físico completo 3.- decisión médica de moderada complejidad. Consejo y/o coordinación con otros profesionales de acuerdo a la naturaleza del problema y con las necesidades del paciente y/o su familia. Tiempo 25 minutos.	13,00
99233	Cuidado subsecuente por día para evaluación y manejo de un paciente que incluye admisión y alta el mismo día, que requiere de estos tres componentes: 1.- historia clínica completa 2.- examen físico completo 3.- decisión médica de alta complejidad. Consejo y/o coordinación con otros profesionales de acuerdo a la naturaleza del problema y con las necesidades del paciente y/o su familia. Tiempo 35 minutos.	18,00

ALTA HOSPITALARIA

Este código se utilizará en todas las altas hospitalarias clínicas y quirúrgicas; en el último día de estancia no se aplicará cuidado hospitalario subsecuente. Excepto en recién nacido normal que el último día se pagará con el código 99462.

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS
		UVR
99238	Alta hospitalaria por el ultimo día: este código será usado para reconocer los honorarios médicos por el período utilizado para del alta del paciente. Este código es apropiado para el examen final del paciente, elaboración de nota de alta con la discusión de la estancia hospitalaria del paciente, estado del paciente al alta y plan de tratamiento (epicrisis), el tiempo de aplicar este código no es continuo, incluye además de las prescripciones médicas, la información al paciente y familiares, los formularios de contrarreferencia y de ser necesario la coordinación con otras instituciones en el caso de procesos de referencia. Tiempo menor a 30 min.	18,00
99239	Alta hospitalaria por el ultimo día: este código será usado para reconocer los honorarios médicos por el período utilizado para el alta del paciente. Este código es apropiado para el examen final del paciente, elaboración de nota de alta con la discusión de la estancia hospitalaria del paciente, estado del paciente al alta y plan de tratamiento (epicrisis), el tiempo de aplicar este código no es continuo, incluye además de las prescripciones médicas, la información al paciente y familiares, los formularios de contrarreferencia y de ser necesario la coordinación con otras instituciones en el caso de procesos de referencia. Será aplicado en cirugías de alta complejidad. Tiempo mayor a 30 min.	30,00

INTERCONSULTAS

Una interconsulta es un tipo de servicio prestado por un médico y cuya opinión o evaluación y/o manejo de un problema específico es requerido por otro médico.

El médico interconsultado puede iniciar el manejo diagnóstico o terapéutico.

La solicitud de interconsulta debe ser anotada en la historia clínica, y el médico interconsultado debe anotar en la historia sus opiniones y comunicar al médico que solicitó la interconsulta.

INTERCONSULTA EN PACIENTE HOSPITALIZADO PRIMERA VEZ

Solo una consulta inicial debe ser reportada por el medico interconsultado y por admisión.

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS
		UVR
99251	Interconsulta consulta inicial para un nuevo paciente que requiere de estos tres componentes· historia focalizada-expandida del problema· examen físico focalizado expandido· decisión medica de baja complejidad usualmente el problema es de baja severidad. El medico pasa aproximadamente 20 minutos en la habitación y piso	9,25
99252	Interconsulta consulta inicial para un nuevo paciente que requiere de estos tres componentes· historia focalizada-expandida del problema· examen físico focalizado expandido· decisión medica de baja complejidad usualmente el problema es de baja severidad. El medico pasa aproximadamente 40 minutos en la habitación y piso	15,50
99253	Interconsulta consulta inicial para un nuevo paciente que requiere de estos tres componentes· historia detallada del problema· examen físico detallado expandido decisión medica de moderada complejidad usualmente el problema es de moderada severidad. El medico pasa aproximadamente 55 minutos en la habitación y piso	23,50

99254	Interconsulta consulta inicial para un nuevo paciente que requiere de estos tres componentes· historia detallada del problema· examen físico detallado expandido- decisión medica de moderada complejidad usualmente el problema es de moderada severidad. El medico pasa aproximadamente 80 minutos en la habitación y piso	30,00
99255	Interconsulta consulta inicial para un nuevo paciente que requiere de estos tres componentes· historia completa· examen físico completo· decisión medica de alta complejidad - usualmente el problema es de alta severidad. El medico pasa aproximadamente 110 minutos en la habitación y piso	35,00

Para interconsultas subsecuentes realizadas por el mismo especialista aplicar códigos de cuidado hospitalario subsecuente.

RECIEN NACIDO

Los siguientes códigos son para reportar los servicios provistos al Recién nacido desde el nacimiento hasta el 28avo día en diferentes circunstancias. El uso de estos códigos son exclusivamente para el cuidado inicial el primer día de vida hasta el egreso con la madre.

Incluye información de la madre y/o del recién nacido, el examen físico, la prescripción de exámenes de diagnóstico y tratamiento, sesiones con la familia y el llenado de la historia clínica normada.

Cuando el Recién nacido ha sido visto después del primer día de vida en la consulta o en ambulatorio, se utiliza los códigos 99201, 99215, 99381, 99391.

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR
99460	Cuidado inicial en el hospital o en centro de atención obstétrica /neonatal, por día, para la evaluación y manejo del recién nacido normal que comprende elaboración de la historia clínica y examen de un recién nacido normal, prescripción diagnóstica y tratamiento, si se requiere.	**22**
99461	Cuidado de un recién nacido normal, por día, que ha nacido en otro lugar que no sea el hospital, incluyendo examen físico del niño y reunión con los padres	**18**
99462	Cuidado hospitalario subsecuente, para evaluación y manejo de un recién nacido normal	**10**
99463	Cuidado inicial en el hospital o centro obstétrico/neonatal por día, para su evaluación y manejo: Historia y examen de un recién nacido normal, incluyendo preparación de historia clínica (Este código solo debe ser usado para recién nacidos normales que son recibidos y dados de alta del hospital el mismo día) Para recién nacidos que no egresan el mismo día, se debe usar para la atención subsecuente posterior al día de admisión se debe revisar los códigos 99238, 99239.	**25,5**
99464	Atención al recién nacido al momento del parto (cuando se requiere la presencia de un médico especialista u otro profesional de salud calificado), incluye la recepción del recién nacido y la estabilización inicial. Este código puede ser reportado en conjunto con el código 99460, 99468, 99477. No se debe reportar junto al código 99450	**25,5**
99465	Atención en sala de partos /sala de recepción y reanimación, provisión de ventilación a presión positiva y/o maniobras pulmonares en presencia de inadecuada ventilación aguda y/o de gasto cardiaco del recién nacido Reanimación del recién nacido. Este código puede ser reportado con 99460, 99468, 99477. No debe reportarse en conjunto con el código 99464. Otros procedimientos que pueden ser realizados como parte necesaria (ejemplo: intubación, vías vasculares) son reportadas separadamente	**25,5**

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR
	adicionadas al 99465, En el caso de reportar estos procedimientos, estos deben ser reportados como un componente necesario de la resucitación y no a conveniencia antes del ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales.	

Para el cobro de honorarios en la atención de los recién nacidos sano, en el primer día se cobrará adicionalmente al código de recepción, el valor por el cuidado diario.

ATENCION DE EMERGENCIA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR
99281	Visita en emergencia para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes.· historia focalizada al problema· examen físico focalizado al problema· decisión medica simple y directa usualmente el problema es auto limitado y de menor complejidad	6,20
99282	Visita en emergencia para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes.· historia focalizada-extendida del problema· examen físico focalizado-extendido del problema decisión medica de baja complejidad usualmente el problema es de baja a moderada severidad	10,00
99283	Visita en emergencia para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes. historia focalizada-extendida del problema· examen físico focalizado-extendido del problema· decisión medica de moderada complejidad usualmente el problema es de moderada severidad	16,50
99284	Visita en emergencia para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes.· historia detallada· examen físico detallado - decisión medica de moderada complejidad usualmente el problema es de alta severidad, y requiere de evaluación urgente por el medico pero no pone en riesgo inmediato a la vida	25,00
99285	Visita en emergencia para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes.· historia completa· examen físico completo· decisión medica de alta complejidad usualmente el problema es de alta severidad, y pone en riesgo inmediato a la vida o deterioro severo funcional	37,00
99288	Dirección del médico del sistema de emergencias en soporte cardiaco avanzado	40,00

CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS INICIAL Y SUBSECUENTE

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR
99291	Cuidado critico adultos evaluación y manejo de un paciente con enfermedad crítica o un paciente traumatizado crítico, durante los primeros 30 a 74 minutos por día, cuidado intensivo en una fecha dada. Debe ser utilizado una vez por día incluso si el tiempo empleado no es continuo en esa fecha. Los cuidados intensivos menores de 30 minutos de duración en una determinada fecha deben ser informados con el código apropiado de evaluación y manejo (Subsecuente 99232 o 99233).	42,00
99292	Se utiliza este código para informar los 30 minutosadicionales, su aplicación será después de los primeros 74 minutos.	21,00

A continuación un Ejemplo de aplicación:
Reporte de Servicios de Cuidado Crítico:

Duración Total de Cuidados Críticos	Código CPT apropiado

Menos de 20 minutos	99232 o 99233 (o el código apropiado de Visita hospitalaria subsecuente)
30-74 minutos	99291 x 1
75-104 minutos	99291 x 1 y 99292 x 1
105-134 minutos	99291 x 1 y 99292 x 2
135-164 minutos	99291 x 1 y 99292 x 3
165-194 minutos	99291 x 1 y 99292 x 4
194 minutos o mas	99291-99292 (según la ilustración anterior)

Fuente: CPT 2014, Critical Care Services Physician Time

OTROS EJEMPLOS DE USO DE CODIGOS EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

Ejemplo 1:
Paciente con Enfermedad cerebrovascular hemorrágica que ingresa directamente desde emergencia. Pasó hospitalizado 3 días en Terapia Intensiva y salió a piso. El primer día tuvo una consulta de 2 horas = 120 minutos, el segundo y el tercer día 40 minutos. Se aplica asi:

DÍAS		CÓDIGO	UVRS	FCM	VALOR
1	74 min	99291	42	1,47	$ 61,74
	30 min	99292	21	1,47	30,87
	30 min	99292	21	1,47	30,87
2		99291	42	1,47	61,74
3		99291	42	1,47	61,74
				total UCI	**$ 226,176**

Ejemplo 2:
Paciente con enfermedad coronaria que ingresa con infarto agudo de miocardio después de realizarse la coronariografía mas colocación de stent. Al tercer día sufre otro infarto. Pasó hospitalizado 7 días en Terapia Intensiva y salió a piso. El primer día tuvo una consulta de 3 horas = 180 minutos, el segundo día 40 minutos. El tercer día 2 horas= 120 minutos, el 4to, 5to, 6to y 7mo día 40 minutos. En este ejemplo, se aplica de la siguiente forma:

DÍAS		CÓDIGO	UVRS	FCM	VALOR
1	74 min	99291	42	1,47	$ 61,74
	30 min	99292	21	1,47	30,87
	30 min	99292	21	1,47	30,87
	30 min	99292	21	1,47	30,87
	30 min	99292	21	1,47	30,87
2		99291	42	1,47	61,74
3	74 min	99291	42	1,47	61,74
	30 min	99292	21	1,47	30,87
	30 min	99292	21	1,47	30,87
4		99291	42	1,47	61,74
5		99291	42	1,47	61,74
6		99291	42	1,47	61,74
7		99291	42	1,47	61,74
				total UCI	**$ 617,40**

Los códigos indicados anteriormente, serán aplicados en el 50% por turno de atención de los honorarios que se reconozcan al medico, en el caso que la condición clínica del paciente requiera atención individualizada de enfermería.

CUIDADOS INTENSIVOS NIÑOS, NEONATOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS
		UVR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR
99466	Cuidado crítico durante transporte, enfermedad critica o traumatizado crítico de menos de 24 meses, los durante primeros 30 a 74 minutos por día	38, 00
99467	Adicional al anterior por cada 30 minutos, su aplicación será a partir del minuto 75.	20,00
99468	Atención inicial neonatal de cuidados intensivos, por día, para la evaluación y gestión de un neonato en estado crítico, 28 días de edad o menos.	150,00
99469	Atención subsecuente neonatal de cuidados intensivos, por día, para la evaluación y gestión de un neonato en estado crítico, 28 días de edad o menos.	65,00
99471	Atención inicial pediátrica de cuidados intensivos, por día, para la evaluación y gestión de un niño gravemente enfermo o un niño pequeño, 29 días de edad a 24 meses de edad.	130,00
99472	Atención subsecuente pediátrica de cuidados intensivos, por día, para la evaluación y gestión de un niño gravemente enfermo o un niño pequeño, 29 días de edad a 24 meses de edad.	65,00
99475	Atención inicial pediátrica de cuidados intensivos, por día, para la evaluación y gestión de un niño gravemente enfermo o un niño de 2 a 5 años de edad.	95,00
99476	Atención subsecuente pediátrica de cuidados intensivos, por día, para la evaluación y gestión de un niño gravemente enfermo o un niño mas de 5 años de edad.	58,00

CUIDADOS INTERMEDIOS
ADULTOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR
99293	Cuidado intermedio adultos evaluación y manejo de un paciente con enfermedad crítica o un paciente traumatizado crítico, durante los primeros 30 a 74 minutos por día.	28,00
99294	Adicional al anterior por cada 30 minutos, su aplicación será a partir del minuto 75.	13,00

RN BAJO PESO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR
99477	Atención inicial pediátrica de cuidados intensivos, por día, para la evaluación y gestión de un niño gravemente enfermo o un niño de 28 días quien requiere de observación intensiva, frecuentes intervenciones y otros servicios intensivos.	100,00
99478	Atención subsecuente pediátrica de cuidados intensivos, por día, para la evaluación y gestión y recuperación de un niño de bajo peso (menor a 1500 gramos)	25,00
99479	Atención subsecuente pediátrica de cuidados intensivos, por día, para la evaluación y gestión y recuperación de un niño de bajo peso (1500 a 2500 gramos)	20,00
99480	Atención subsecuente pediátrica de cuidados intensivos, por día, para la evaluación y gestión y recuperación de un niño de bajo peso (2501 a 5000 gramos)	20,00

ATENCION EN CUIDADOS LARGA ESTANCIA
CUIDADO INICIAL

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR
99304	Cuidado inicial, por día, por la evaluación y manejo de un paciente, que requiere de esos tres componentes: 1. Historia clínica detallada y comprensible	11,00

	2.- En examen físico detallado 3. Decisión medica sencilla y de baja complejidad. Consultoría y/o Coordinación del cuidado con otros servicios de acuerdo a las necesidades del paciente(s) y/o de su familia. Usualmente, el problema(s) requiere de admisión de baja severidad. Tiempo 25 min. con el paciente y/o familiares o cuidador	
99305	Cuidado inicial, por día, por la evaluación y manejo de un paciente, que requiere de esos tres componentes: 1. Historia clínica detallada y comprensible 2.- En examen físico detallado 3. Decisión medica sencilla y de moderada complejidad. Consultoría y/o Coordinación del cuidado con otros servicios de acuerdo a las necesidades del paciente(s) y/o de su familia. Usualmente, el problema(s) requiere de admisión de moderada severidad. Tiempo 35 min. con el paciente y/o familiares o cuidador	16,00
99306	Cuidado inicial, por día, por la evaluación y manejo de un paciente, que requiere de esos tres componentes: 1. Historia clínica detallada y comprensible 2.- En examen físico detallado 3. Decisión medica sencilla y de alta complejidad. Consultoría y/o Coordinación del cuidado con otros servicios de acuerdo a las necesidades del paciente(s) y/o de su familia. Usualmente, el problema(s) requiere de admisión de alta severidad. Tiempo 45 min. con el paciente y/o familiares o cuidador	20,00

CUIDADO SUBSECUENTE

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR
99307	Cuidado subsecuente, por día, por la evaluación y manejo de un paciente que requiere al menos de dos de estos tres componentes: sencilla decisión médica. Consejería y/o coordinación del cuidado Un problema enfocado en la historia; Un problema enfocado en el examen físico; Requiere de una sencilla decisión médica. Consejería y/o Coordinación del cuidado con otros servicios según la naturaleza del problema(s) y las necesidades del paciente(s) o su familia(s). Usualmente, el paciente está estable o mejorando. Tiempo 10 minutos con el paciente y/o su familia(s) y cuidador.	6,00
99308	Cuidado subsecuente, por día, por la evaluación y manejo de un paciente que requiere al menos de dos de estos tres componentes: baja decisión médica. Consejería y/o coordinación del cuidado Un problema enfocado en la historia; Un problema enfocado en el examen físico; Requiere de una baja decisión médica. Consejería y/o Coordinación del cuidado con otros servicios según la naturaleza del problema(s) y las necesidades del paciente(s) o su familia(s). Usualmente, el paciente está estable o mejorando. Tiempo 15 minutos con el paciente y/o su familia(s) y cuidador.	9,50
99309	Cuidado subsecuente, por día, por la evaluación y manejo de un paciente que requiere al menos de dos de estos tres componentes: baja decisión médica. Consejería y/o coordinación del cuidado Un problema enfocado en la historia; Un problema enfocado en el examen físico; Requiere de una moderada decisión médica. Consejería y/o Coordinación del cuidado con otros servicios según la naturaleza del problema(s) y las necesidades del paciente(s) o su familia(s). Usualmente, el paciente está estable o mejorando. Tiempo 25 minutos con el paciente y/o su familia(s) y cuidador.	13,00
99310	Cuidado subsecuente, por día, por la evaluación y manejo de un paciente que requiere al menos de dos de estos tres componentes: baja decisión médica. Consejería y/o coordinación del cuidado Un problema enfocado en la historia; Un problema enfocado en el examen físico; Requiere de una alta decisión médica. Consejería y/o Coordinación del cuidado con otros servicios según la naturaleza del problema(s) y las necesidades del paciente(s) o su familia(s). Usualmente, el paciente está estable o mejorando. Tiempo 35 minutos con el paciente y/o su familia(s) y cuidador.	17,00

CAPITULO III
COMPONENTE ANESTESIA

CONTENIDO

COMPONENTE ANESTESIA

ANESTESIA
1. GUÍA COBRO DE HONORARIOS
2. ESTIMACIÓN VALOR BÁSICO Y VALOR TIEMPO
3. MODIFICADORES
   3.1. MODIFICADORES POR CONDICIÓN FÍSICA
   3.2. MODIFICADORES POR CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES
4. PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS QUE NO APLICAN EL CÁLCULO SEGÚN TIEMPO ANESTÉSICO
5. CÁLCULOS PARA EL VALOR TOTAL DE ANESTESIA

ANESTESIA

1. GUÍA COBRO DE HONORARIOS

La presente guía clarifica las políticas de cobro para el servicio de Anestesia, incluye el cobro del valor básico, del valor tiempo, así como la aplicación de los modificadores.

a. **General:** Los valores de servicios de anestesia están listados para cada procedimiento en la sección Cirugía bajo el título ANESTESIA y por su código en la sección de Anestesia.

b. **Anestesia en espera:** Cuando un anestesiólogo es requerido en el quirófano por el médico tratante para monitorización de signos vitales y manejo del paciente desde el punto de vista anestésico, incluso si la cirugía está siendo realizada con anestesia local, el cálculo será el mismo que para anestesia general (valor por tiempo + valor base)

La anestesia en espera se acepta sin documentación que la justifique en los siguientes:

- Partos
- Hematoma subdural
- Embolectomía arterial femoral o braquial
- Pacientes con condición física 4 o 5- debe ser documentado por el medico (ej. enfermedad sistémica severa, paciente moribundo).
- Colocación de marcapasos Cardiaco
- Extracción de cataratas y/o implante de lente.

La anestesia en espera para otros casos que los considerados, generalmente requiere documentación.

c. **Más de un anestesiólogo:** Cuando sea necesario tener un segundo anestesiólogo, la necesidad debe justificarse según criterio médico el segundo anestesiólogo recibirá 5.0 unidades de valor relativo (UVR) base más unidades por tiempo.

d. **Procedimientos múltiples:** en el caso de procedimientos múltiples solo se podrá cobrar la anestesia, considerando el código de más alto valor en unidades.

e. **Los niveles mencionados**: son consistentes con los criterios de la Asociación Americana de Anestesiología

f. **El procedimiento de facturación** de honorarios médicos, considerará las siguientes variables:

2. ESTIMACIÓN VALOR BÁSICO Y VALOR TIEMPO

El valor total de la anestesia es calculado sumando el valor básico listado y el valor por tiempo.

Valor Básico: Existe un valor básico listado para la mayoría de procedimientos. Este incluye el valor de todos los servicios de Anestesia, excepto el valor del tiempo invertido en la administración de la anestesia o de una inusual demora con el paciente. Cuando se realizan múltiples procedimientos quirúrgicos durante el mismo período anestésico, se utilizará como base solamente el mayor valor básico de entre los diferentes procedimientos quirúrgicos.

Valor por tiempo: El valor por tiempo se calcula adicionando 1(una) unidad de valor relativo (UVR) por cada 15 minutos de tiempo anestésico en actos quirúrgicos. Cinco minutos o más se considera una porción significativa de la unidad de tiempo y se reportará como una unidad de tiempo adicional, misma que se para su calculo se adicionará al tiempo de valor básico. El tiempo de anestesia inicia cuando el Anestesiólogo físicamente inicia la preparación del paciente para la inducción de la anestesia en el quirófano (o su equivalente) y termina cuando el Anestesiólogo ya no está en atención constante con el paciente, para su calculo se tomará en cuenta el tiempo indicado en el protocolo de anestesia.

3. MODIFICADORES ESPECIFICOS DE ANESTESIOLOGIA

3.1 Modificadores por Condición Física

Todos los servicios de anestesia son reportados por el código individual del procedimiento adicionando un modificador por condición física. Estas unidades modificadoras serán sumadas a los valores básicos. Los modificadores por condición critica/física se representan con la letra P, seguida por un dígito definido así:

No	***Condición clínica crítica/física***	***UVR***
P1	Paciente sano	0
P2	Enfermedad sistémica leve	0
P3	Enfermedad sistémica severa	1
P4	Enfermedad sistémica severa con riesgo para la vida	2
P5	Paciente moribundo que no sobrevivirá sin cirugía	3
P6	Paciente con muerte cerebral cuyos órganos son extraídos con propósitos de donación	0

El factor monetario a aplicarse para estos casos es el correspondiente a anestesia.

Los niveles mencionados son consistentes con los criterios de la Asociación Americana de Anestesiología.

3.2 Modificadores por Circunstancias Especiales

Algunas circunstancias ameritan valores adicionales debido a eventos inusuales. Para la circunstancia calificante/edad, se aplicarán los siguientes códigos de conformidad con los criterios de la Asociación Americana de Anestesiología y la Ley Nacional de Anestesiología, Más de un código puede ser necesario.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR
99100	Anestesia para paciente de edad extrema, menores de 1 año y mayores de 70. (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	1,0
99116	Anestesia complicada por la utilización de hipotermia total del cuerpo. (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	5,0
99135	Anestesia complicada por la utilización de hipotensión controlada. (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	5,0
99140	Anestesia complicada por condiciones de emergencia (especificar). (Registrar separadamente en adición al código primario de anestesia)	2,0

* Una Emergencia se define cuando la demora en el tratamiento del paciente acarrea en peligro a la vida o a una parte del cuerpo.

El factor monetario a aplicarse en estos casos es el correspondiente a procedimientos de medicina.

4. Procedimientos Anestésicos que no Aplican el cálculo según Tiempo Anestésico

(Debe cobrarse el valor de anestesia por la realización del procedimiento)

CODIGO	DESCRIPCION	UVR
01953	Anestesia para escisión o debridamiento de quemadura de segundo o tercer grado con o sin injerto, en cualquier sitio.	1,00
01996	Manejo diario de administración continua epidural o subaracnoidea	3,00
20526	Bloqueo, terapéutica (ej. Anestesia local, corticoesteroides, túnel del carpo	3,00
20550	Bloqueo, vaina tendinosa, ligamento	3,00
20551	Bloqueo; origen/inserción tendinosa	3,00
20552	Bloqueo; puntos de gatillo simples o múltiples, uno o dos músculos	3,00
20553	Bloqueo; puntos de gatillo simples o múltiples, tres o más músculos	3,00
20600	Artrocentesis, aspiración o bloqueo, articulaciones pequeñas o bursa	3,00
20605	Artrocentesis, aspiración o bloqueo, articulaciones medianas o bursa	3,00
20610	Artrocentesis, aspiración o bloqueo, articulaciones mayores o bursa	3,00
27096	Bloqueo articulación sacro iliaca	7,00
31500	Intubación endotraqueal, procedimiento de emergencia	6,00
36400	Venipuntura, menor de tres años, femoral o yugular	2,00
36410	Venipuntura, niño mayor de tres años o adulto, que requiera habilidad del médico para propósito terapéutico o diagnóstico. No pare ser usado en venipuntura de rutina	1,00
36420	Venipuntura invasiva menor de un año	5,00
36425	Venipuntura invasiva mayor de un año	3,00
36620	Cateterización arterial para muestras, monitoreo o transfusión, percutánea	3,00
36625	Cateterización arterial para muestras, monitoreo o transfusión, invasiva	5,00
36660	Cateterización arteria umbilical recién nacido para diagnostico o terapia	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	UVR
62263	Lisis percutánea de adherencias epidurales usando inyección de soluciones (salina hipertónica, enzimas) o medios mecánicos, incluida la localización radiológica, múltiples sesiones de adhesiolisis; dos o más días	20,00
62270	Punción lumbar diagnostica	5,00
62273	inyección epidural de sangre o parche de coagulo	8,00
62280	Inyección/infusión de sustancia neurolítica subaracnoidea. (Ej. alcohol, fenol, solución salina congelada), con o sin otras sustancias terapéuticas;	15,00
62281	inyección/infusión de sustancia neurolítica epidural, cervical o torácica (Ej. alcohol, fenol, solución salina congelada), con o sin otras sustancias terapéuticas,	17,00
62282	inyección/infusión de sustancia neurolítica epidural, lumbar o sacra (Ej. alcohol, fenol, solución salina congelada), con o sin otras sustancias terapéuticas,	16,00
62310	Inyección epidural simple de medicación (Ej. Anestésico, opioides, antiespasmódico esteroides) cervical torácico	9,00
62311	Inyección epidural simple de medicación (Ej. Anestésico, opioides, antiespasmódico esteroides) lumbar o sacra	8,00
62318	Inyección epidural continua de medicación (Ej. Anestésico, opioides, antiespasmódico esteroides) cervical o torácica	10,00
62319	Inyección epidural continua de medicación (Ej. Anestésico, opioides, antiespasmódico esteroides) lumbar o sacra	9,00
62350	Implantación, revisión o reposicionamiento de catéter epidural o intratecal para administración externa de medicamentos.	26,00
62355	Remoción de catéter peridural	18,00
62360	Implantación o reemplazo de dispositivo para infusión intratecal: reservorio subcutáneo	16,00
62361	Implantación o reemplazo de dispositivo para infusión intratecal: bomba no programable	19,00
62362	Implantación o reemplazo de dispositivo para infusión intratecal: bomba programable, incluyendo preparación de bomba con o sin programación.	25,00
62365	Remoción de reservorio subcutáneo o bomba para infusión intratecal o epidural	16,00
62367	Análisis electrónico de bomba programable para infusión intratecal o epidural, sin reprogramación	2,00
62368	Análisis electrónico de bomba programable para infusión intratecal o epidural, con reprogramación	3,00
63650	Implantación percutánea epidural de electrodos neuroestimuladores	29,00
63660	Revisión o remoción de electrodos neuroestimuladores espinales	26,00
63685	Incisión y colocación subcutánea de generador de pulsos neuroestimulantes	23,00
63688	revisión o remoción de generador de pulsos neuroestimulantes	19,00
64400	Bloqueo nervioso trigémino	10,00
64402	Bloqueo nervio facial	7,00
64405	Bloqueo nervio occipital mayor o menor	5,00
64408	Bloqueo nervio vago	7,00
64410	Bloqueo nervio frénico	8,00
64412	Bloqueo nervio espinal accesorio	7,00
64413	Bloqueo plexo cervical	8,00
64415	Bloqueo plexo braquial	8,00
64416	Bloqueo plexo braquial con infusión continua mediante catéter	13,00
64417	Bloqueo nervio axilar	8,00
64418	Bloqueo nervio supraescapular	5,00
64420	Bloqueo nervio intercostal	5,00
64421	Subsecuentes mismo procedimiento, bloqueo nervio intercostal	8,00
64425	Bloqueo nervio iliohipogástrico o ilioinguinal	5,00
64430	Bloqueo nervio pudendo	5,00
64435	Bloqueo nervio paracervical (uterino)	5,00
64445	Bloqueo nervio ciático	7,00
64446	Bloqueo nervio ciático con infusión continua mediante catéter	12,00
64447	Bloqueo nervio femoral	7,00
64448	Bloqueo nervio femoral con infusión continua mediante catéter	12,00

CODIGO	DESCRIPCION	UVR
64450	Bloqueo nervio periférico	5,00
64470	Bloqueo articulación o nervio de faceta nivel único cervical o torácico	10,00
64472	Cada nivel extra mismo procedimiento listar individualmente	5,00
64475	Bloqueo articulación o nervio de faceta nivel único lumbar o sacro	8,00
64476	Cada nivel extra mismo procedimiento listar individualmente	4,00
64479	Inyección epidural transforaminal nivel único cervical o torácica	10,00
64483	Inyección epidural transforaminal lumbar o sacra primer nivel	8,00
64484	Cada nivel extra mismo procedimiento listar individualmente	5,00
64505	Bloqueo ganglio esfenopalatino	8,00
64508	Bloqueo seno carotídeo	7,00
64510	Bloqueo ganglio estrellado (diagnóstico-primero)	7,00
64520	Inyección neurolítica lumbar o torácica, y articulaciones interfacetarias	8,00
64530	Inyección anestésica y o esteroides plexo celiaco con o sin monitoreo radiológico	12,00
64600	Destrucción neurolítica de nervio trigémino, rama supraorbital, infraorbital, mentoneana o alveolar inferior	10,00
64605	Destrucción neurolítico de nervio trigémino segunda y tercer rama en foramen oval	20,00
64610	Destrucción neurolítica de nervio trigémino segunda y tercer rama en foramen oval bajo monitoreo radiológico	20,00
64620	Destrucción neurolítica nervio intercostal	10,00
64622	Destrucción neurolítica nervio de faceta articular lumbar o sacra	12,00
64623	Cada nivel extra mismo procedimiento listar individualmente	6,00
64626	Destrucción neurolítica nervio de faceta articular cervical o torácica	12,00
64627	Cada nivel extra mismo procedimiento listar individualmente	6,00
64630	Destrucción neurolítica nervio pudendo	10,00
64640	Destrucción neurolítica otro nervio periférico	9,00
64680	Destrucción neuorolítica nervio trigémino	20,00
72275	Epidurografía e interpretación	3,00
77003	localización de punta de catéter en inyecciones espinales o paraespinales mediante guía fluoroscópica	2,00
93503	Inserción y posicionamiento de catéter de flotación (Swan Ganz)	10,00
94010	Espirometría	8,00
94060	Evaluación de bronco espasmo: espirometría como en 94010 antes y después de broncodilatador	10,00
94150	Capacidad vital total (procedimiento separado)	1,00
94375	Curva de flujo respiratorio	8,00
94400	Respuesta respiratoria a CO2 (curva de respuesta a CO2)	8,00
94450	Respuesta respiratoria a hipoxia (curva de respuesta a hipoxia)	8,00
94640	Terapia inhalatoria presurizada o no para obstrucción aguda de vías respiratorias o para inducción de expectoración para propósitos terapéuticos	2,00
94660	Manejo de ventilación con presión positiva continua(CPAP)	10,00
94662	Manejo de ventilación con presión negativa continua (CNP)	5,00
94680	Análisis de captación de oxígeno y gas espirado en reposo y ejercicio	3,00
94681	Análisis de captación de oxígeno y gas espirado, incluido eliminación de CO2 y porcentaje de oxígeno extraído	3,00
94690	Análisis indirecto de captación de oxígeno y gas espirado	3,00
94750	Estudio de distensibilidad pulmonares (compliance) (pletismografía)	3,00
94770	Determinación infrarroja de gas espirado y óxido de carbono	1,00
95970	Análisis electrónico de generador de pulsos neuroestimulantes sin reprogramación	2,00
95971	Análisis electrónico de generador de pulsos neuroestimulantes con reprogramación	3,00
99100	Anestesia para paciente de edad extrema, menor a 1 ano y mayor de 70 (anótelo separadamente en adición al código primario de anestesia)	1,00
99116	Anestesia complicada por la utilización de hipotermia total del cuerpo. (anótelo separadamente en adición al código primario de anestesia)	5,00
99135	Anestesia complicada por la utilización de hipotensión controlada. (anótelo separadamente en adición al código primario de anestesia)	5,00
99140	Anestesia complicada por condiciones de emergencia (especificar). (anótelo separadamente en adición al código primario de anestesia)	2,00

CODIGO	DESCRIPCION	UVR
99143	Servicio de sedación moderada provista por el mismo médico que realiza el servicio terapéutico o diagnóstico, que requiere la presencia de personal entrenado para asistir en la monitorización del nivel de consciencia del paciente y su status fisiológico; menor de 5 años, primeros 30 minutos	4,00
99144	Servicio de sedación moderada provista por el mismo médico que realiza el servicio terapéutico o diagnóstico, que requiere la presencia de personal entrenado para asistir en la monitorización del nivel de consciencia del paciente y su status fisiológico; mayor a 5 años, primeros 30 minutos	3,00
99148	Servicios de sedación moderados (diferentes a los mencionados en los códigos 00100-01999),provistos por un médico diferente al que hizo el diagnostico o seguimiento, menor de 5 años ,los primeros 30 minutos	4,00
99149	Servicios de sedación moderados (diferentes a los mencionados en los códigos 00100-01999),provistos por un médico diferente al que hizo el diagnostico o seguimiento, mayor de 5 años ,los primeros 30 minutos	3,00
99150	Servicios de sedación moderados (diferentes a los mencionados en los códigos 00100-01999), provistos por un médico diferente al que hizo el diagnostico o seguimiento, cada 15 minutos adicionales. (anótelo separadamente en adición al código primario)	1,00
99170	Examinacion anogenital con magnificación colonoscópica en niño, por sospecha de trauma	5,00
99172	Screening de función visual, determinación cualitativa de la agudeza visual, automática o semiautomática, alineamiento ocular, visión de color y campo de visión	0,00
99173	Screening de agudeza visual, cuantitativo bilateral	0,00

5. Cálculos para el Valor Total de Anestesia

El valor total de la anestesia es calculado sumando el valor básico listado, el valor por tiempo y el valor de cada circunstancia especial

Valor total de anestesia: Después de identificar el código del procedimiento anestésico (Ej. 00400), lo componentes del valor total de anestesia se identifican así:

Valor Básico (según listado)
+ Valor por tiempo
+ Modificador por condición física
+ Modificador por Circunstancia especial

= Valor total de Anestesia
(Suma del valor básico y valor por tiempo)

Ejemplos ilustrativos:

a. Biopsia incisional realizada en 48 minutos (3 unidades de tiempo) en una paciente sana sin circunstancias calificantes.

00400 P1

Valor Básico	3
+ Valor por tiempo	3
+ Modificador por condición clínica/física	0
+ Modificador por circunstancia especial/edad	0

Valor total UVR de anestesia	3 + 3
Uni. de valor /tiempo	

b. Biopsia incisional de seno realizada en 51 minutos (4 unidades de tiempo) en una paciente de 80 años con Diabetes Mellitus del adulto e insuficiencia cardiaca congestiva (enfermedad sistémica severa):

00400 P3

Valor Básico	3
+ Valor por tiempo	4
+ Modificador por condición clínica	1
+ Modificador por circunstancia especial/edad	
+ 99100 Valor anestesia	1

Valor total UVR de Anestesia	5 + 4 Uni. de valor /tiempo

CAPITULO IV

COMPONENTE DE CIRUGÍA

CONTENIDO

COMPONENTE DE CIRUGÍA

SISTEMA TEGUMENTARIO

(PIEL,TCS Y ESTRUCTURAS ACCESORIAS)
TRANSFERENCIA O REUNIFICACIÓN DE TEJIDOS ADYACENTES
QUEMADURAS, TRATAMIENTO LOCAL
DESTRUCCIÓN
MAMAS

SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO

GENERAL
CABEZA
CUELLO (TEJIDOS BLANDOS) Y TORAX
ESPALDA Y FLANCOS
COLUMNA VERTEBRAL
DEFORMIDAD DE COLUMNA
HOMBRO
HÚMERO Y CODO
ANTEBRAZO Y MUÑECA
CIRUGÍA DE MANO Y DEDOS
PELVIS Y CADERA
FÉMUR Y ARTICULACIÓN DE LA RODILLA INCLUYE PLATO TIBIAL
PIERNA (TIBIA Y PERONÉ) Y ARTICULACIÓN DEL TOBILLO
PIE y DEDOS
APLICACIÓN DE YESOS E INMOVILIZACIONES
ARTROSCOPIAS

SISTEMA RESPIRATORIO

NARIZ
SENOS PARANASALES
LARINGE
TRAQUEA Y BRONQUIOS
PULMONES Y PLEURA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

CORAZÓN Y PERICARDIO
VÁLVULAS CARDÍACAS
CIRUGÍA DE CORONARIAS
ANOMALÍAS CARDÍACAS Y DE LOS GRANDES VASOS
TRANSPLANTE CORAZÓN/PULMON

ASISTENCIA CARDÍACA
ARTERIAS Y VENAS
ANEURISMAS
REPARACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA
TROMBOENDARTERECTOMÍA
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL
BYPASS CON INJERTO
TRANSPOSICIÓN ARTERIAL
EXPLORACIÓN
PROCEDIMIENTOS DE INYECCIÓN VASCULAR

SISTEMAS LINFÁTICO Y HEMÁTICO

BAZO
SERVICIOS DE TRANSPLANTE DE MÉDULA OSEA
GANGLIOS Y VASOS LINFÁTICOS
MEDIASTINO Y DIAFRAGMA
MEDIASTINO
DIAFRAGMA

SISTEMA DIGESTIVO

LABIOS
VESTÍBULO DE LA BOCA
LENGUA Y PISO DE LA BOCA
ESTRUCTURAS DENTOALVEOLARES
ÚVULA Y PALADAR
CONDUCTOS Y GLÁNDULAS SALIVALES
FARINGE, ADENOIDES Y AMÍGDALAS
ESÓFAGO
ESTÓMAGO
INTESTINOS (EXCEPTO RECTO)
DIVERTÍCULO DE MECKEL Y MESENTERIO
APÉNDICE
RECTO
ANO
HÍGADO
TRACTO BILIAR
PÁNCREAS
ABDOMEN, PERITÓNEO Y OMENTO

SISTEMA URINARIO

RIÑÓN
URETER
VEJIGA
URETER Y PELVIS
CUELLO VESICAL Y PRÓSTATA
URETRA

SISTEMA GENITAL MASCULINO

PENE
TESTÍCULO
EPIDÍDIMO
TÚNICA VAGINALIS
ESCROTO
VASO DEFERENTE
CORDÓN ESPERMÁTICO
VESÍCULAS SEMINALES
PRÓSTATA

SISTEMA GENITAL FEMENINO

VULVA, PERINÉ E INTROITO
VAGINA
CERVIX UTERINO
CUERPO UTERINO
TROMPAS DE FALOPIO (OVIDUCTOS)
OVARIO

CUIDADO PRENATAL y PARTO

SISTEMA ENDÓCRINO

GLÁNDULA TIROIDES

SISTEMA NERVIOSO

CRÁNEO, MENINGES Y CEREBRO
CIRUGÍA ENDOVASCULAR
CIRUGÍA POR ANEURISMA, MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA O ENFERMEDAD VASCULAR
COLUMNA ESPINAL Y CORDÓN ESPINAL
LAMINECTOMÍA
NERVIOS EXTRACRANEALES, NERVIOS PERIFÉRICOS Y SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

OJO Y ANEXOS OCULARES

GLOBO OCULAR
SEGMENTO ANTERIOR, CÓRNEA
SEGMENTO ANTERIOR CÁMARA ANTERIOR
SEGMENTO ANTERIORESCLERA ANTERIOR
SEGMENTO ANTERIORIRIS Y CUERPO CILIAR
CÁMARA ANTERIORLENTE(CRISTALINO)
SEGMENTO POSTERIOR VÍTREO
SEGMENTO POSTERIOR RETINA O COROIDES
ANEXOS OCULARES - MUSCULOS EXTRAOCULARES
ANEXOS OCULARESORBITA
ANEXOS OCULARES PARPADOS
ANEXOS OCULARES CONJUNTIVA
ANEXOS OCULARESSISTEMA LAGRIMAL

SISTEMA AUDITIVO

OIDO EXTERNO
OIDO MEDIO
OIDO INTERNO

SISTEMA TEGUMENTARIO

(PIEL,TCS Y ESTRUCTURAS ACCESORIAS)

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
10021	Aspiración por aguja fina, sin guía radiológica.	1,40	3,00
10022	Aspiración por aguja fina, con guía radiológica.	1,60	3,00
10040	Cirugía para acné (ej. Marsupializacion abertura o resección de milia múltiple, comedones, quistes, pústulas).	0,70	3,00
10060	Incisión y drenaje de absceso (ej. Carbunco, hidroadenitis supurativa y otros abscesos cutáneos o subcutáneos, quistes, forúnculo o paroniquia) simple o único.	1,00	3,00
10061	Incisión y drenaje de absceso (ej. Carbunco, hidroadenitis supurativa y otros). Complicados o múltiples.	2,10	3,00
10080	Incisión y drenaje de un quiste pilonidal, simple.	1,00	3,00
10081	Incisión y drenaje de un quiste pilonidal, complicado.	1,60	3,00
10120	Incisión y remoción de un cuerpo extraño de tejido subcutáneo, simple.	1,30	3,00
10121	Incisión y remoción de un cuerpo extraño de tejido subcutáneo, complicado.	3,00	3,00
10140	Incisión y drenaje de hematoma, seroma o líquido coleccionado.	1,00	3,00
10160	Punción o aspiración de absceso, hematoma, bula o quiste.	0,80	3,00
10180	Incisión y drenaje de infección de herida postoperatoria compleja.	3,40	3,00
11000	Debridamiento de piel eccematosa o infectada extensa hasta el 10% de la superficie corporal.	0,80	3,00
11001	Debridamiento de piel eccematosa o infectada extensa hasta el 10% de la superficie corporal. Cada 10% adicional de la superficie corporal (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	0,40	0,00
11004	Debridamiento de piel, tcs, musculo y fascia por infección necrotizante de tejidos blandos; genitales externos y periné.	8,90	5,00
11005	Debridamiento de piel, tcs, musculo y fascia por infección necrotizante de tejidos blandos; pared abdominal, con o sin cierre de la fascia.	12,20	3,00
11006	Debridamiento de piel, tcs, musculo y fascia por infección necrotizante de tejidos blandos; genitales externos, periné y pared abdominal con o sin cierre de la fascia.	11,20	5,00
11008	Remoción de material protésico o malla, pared abdominal por infección necrotizante de tejidos blandos (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	4,60	0,00
11010	Debridamiento que incluye remoción de material extraño asociado con fractura(s) abierta(s) y/o dislocación(es); de la piel y tcs.	8,10	3,00
11011	Debridamiento que incluye remoción de material extraño asociado con fractura(s) abierta(s) y/o dislocación(es); piel, tcs, fascia muscular, y musculo.	9,30	3,00
11012	Debridamiento que incluye remoción de material extraño asociado con fractura(s) abierta(s) y/o dislocación(es); piel, tcs, fascia muscular, musculo y hueso.	10,00	3,00
11042	Debridamiento de piel y tejido subcutáneo.	2,20	3,00
11043	Debridamiento de piel y tejido subcutáneo y musculo.	3,90	3,00
11044	Debridamiento de piel tejido subcutáneo, musculo y hueso.	5,20	3,00
11045	Debridamiento tejido subcutáneo, cada 200 de superficie corporal , lístelos separadamente en adición al código primario	0,50	3,00
11046	Debridamiento, musculo y/o fascia (incluye epidermis, dermis, y tejido subcutáneo); cada 20 0 adicionales, lístelos separadamente en adición al código primario	1,00	0,00
11047	Debridamiento, óseo (incluye epidermis, dermis, tejido subcutáneo, musculo y/o fascia);cada 20 0 adicionales, lístelos separadamente en adición al código primario	1,80	0,00
11055	Corte de lesión hiperqueratosica benigna (ej.: callo), lesión única.	0,50	3,00
11056	Corte de lesión hiperqueratosica benigna (ej.: callo), dos a cuatro lesiones.	0,70	3,00
11057	Corte de lesión hiperqueratosica benigna (ej.: callo), más de cuatro lesiones.	0,90	3,00
11100	Biopsia de piel, tejido celular subcutáneo y/o membrana mucosa	0,70	

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
	(incluyendo sutura simple), a menos que figure en rubro aparte lesión única.		3,00
11101	Biopsia de piel, tejido celular subcutáneo y/o membrana mucosa (incluyendo sutura simple), a menos que figure en rubro aparte lesión única. Cada lesión adicional. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	0,70	0,00
11200	Remoción de colgajos cutáneos, colgajos múltiples fibrocutaneos, cualquier área; hasta 15 lesiones inclusive.	0,90	3,00
11201	Remoción de colgajos cutáneos, colgajos múltiples fibrocutaneos, cualquier área; hasta 15 lesiones inclusive. Cada 10 lesiones adicionales. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	0,40	0,00
11300	Raspado de lesiones dérmicas o epidérmicas, lesión única en tronco, brazos o piernas; lesión de diámetro 0.5 cm o menos.	1,00	3,00
11301	Raspado de lesiones dérmicas o epidérmicas, lesión única en tronco, brazos o piernas; lesión de diámetro 0.6 a 1.0 cm	1,50	3,00
11302	Raspado de lesiones dérmicas o epidérmicas, lesión única en tronco, brazos o piernas; lesión de diámetro 1.1 a 2.0 cm	1,80	3,00
11303	Raspado de lesiones dérmicas o epidérmicas, lesión única en tronco, brazos o piernas; lesión de diámetro mayor a 2.0 cm	2,20	3,00
11305	Raspado de lesiones dérmicas o epidérmicas, lesión única en cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; lesión de 0.5 cm de diámetro o menos.	1,20	3,00
11306	Raspado de lesiones dérmicas o epidérmicas, lesión única en cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; lesión de diámetro 0.6 a 1.0 cm	1,70	3,00
11307	Raspado de lesiones dérmicas o epidérmicas, lesión única en cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; lesión de diámetro 1.1 a 2.0 cm	2,00	3,00
11308	Raspado de lesiones dérmicas o epidérmicas, lesión única en cuero cabelludo, cuello, manos, pies y genitales; lesión de diámetro mayor a 2.0 cm	2,40	3,00
11310	Raspado de lesiones dérmicas o epidérmicas, lesión única en cara, orejas, parpados, nariz, labios y membrana mucosa; lesión de diámetro 0.5 cm o menos.	1,30	5,00
11311	Raspado de lesiones dérmicas o epidérmicas, lesión única en cara, orejas, parpados, nariz, labios y membrana mucosa; lesión de diámetro 0.6 a 1.0 cm	1,80	5,00
11312	Raspado de lesiones dérmicas o epidérmicas, lesión única en cara, orejas, parpados, nariz, labios y membrana mucosa; lesión de diámetro 1.1 a 2.0 cm	2,10	5,00
11313	Raspado de lesiones dérmicas o epidérmicas, lesión única en cara, orejas, parpados, nariz, labios y membrana mucosa; lesión de diámetro mayor a 2.0 cm	2,80	5,00
11400	Escisión, lesiones benignas, incluyendo márgenes, excepto apéndices cutáneos (a menos que estén listados aparte) tronco, miembros superiores e inferiores diámetro excisionado 0.5 cm o menos.	1,10	3,00
11401	Escisión, lesiones benignas, incluyendo márgenes, excepto apéndices cutáneos (a menos que estén listados aparte) tronco, miembros superiores e inferiores diámetro excisionado 0.6 a 1.0 cm	1,30	3,00
11402	Escisión, lesiones benignas, incluyendo márgenes, excepto apéndices cutáneos (a menos que estén listados aparte) tronco, miembros superiores e inferiores diámetro excisionado 1.1 a 2.0 cm	1,40	3,00
11403	Escisión, lesiones benignas, incluyendo márgenes, excepto apéndices cutáneos (a menos que estén listados aparte) tronco, miembros superiores e inferiores diámetro excisionado 2.1 a 3.0 cm	1,60	3,00
11404	Escisión, lesiones benignas, incluyendo márgenes, excepto apéndices cutáneos (a menos que estén listados aparte) tronco, miembros superiores e inferiores diámetro excisionado 3.1 a 4.0 cm	2,00	3,00
11406	Escisión, lesiones benignas, incluyendo márgenes, excepto apéndices cutáneos (a menos que estén listados aparte) tronco, miembros superiores e inferiores diámetro excisionado mayor a 4.0 cm	2,40	3,00
11420	Escisión lesiones benignas, incluyendo márgenes, excepto apéndice cutáneo (excepto que este listado aparte) nuca, manos, pies, genitales,	1,20	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
	diámetro excisionado 0.5 cm o menos.		
11421	Escisión lesiones benignas, incluyendo márgenes, excepto apéndice cutáneo (excepto que este listado aparte) nuca, manos, pies, genitales, diámetro excisionado de 0.6 a 1.0 cm	1,40	5,00
11422	Escisión lesiones benignas, incluyendo márgenes, excepto apéndice cutáneo (excepto que este listado aparte) nuca, manos, pies, genitales, diámetro excisionado 1.1 a 2.0 cm	1,80	5,00
11423	Escisión lesiones benignas, incluyendo márgenes, excepto apéndice cutáneo (excepto que este listado aparte) nuca, manos, pies, genitales, diámetro excisionado 2.1 a 3.0 cm	2,30	5,00
11424	Escisión lesiones benignas, incluyendo márgenes, excepto apéndice cutáneo (excepto que este listado aparte) nuca, manos, pies, genitales, diámetro excisionado de 3.1 a 4.0 cm	2,80	5,00
11426	Escisión lesiones benignas, incluyendo márgenes, excepto apéndice cutáneo (excepto que este listado aparte) nuca, manos, pies, genitales, diámetro excisionado mayor a 4.0 cm	3,20	5,00
11440	Escisión otras lesiones benignas incluyendo márgenes (a menos que estén listadas aparte) cara, oídos, parpados, nariz, mucosas diámetro excisionado 0.5 cm o menos.	1,50	5,00
11441	Escisión otras lesiones benignas incluyendo márgenes (a menos que estén listadas aparte) cara, oídos, parpados, nariz, mucosas diámetro excisionado de 0.6 a 1.0 cm	1,90	5,00
11442	Escisión otras lesiones benignas incluyendo márgenes (a menos que estén listadas aparte) cara, oídos, parpados, nariz, mucosas diámetro excisionado de 1.1 a 2.0 cm	2,20	5,00
11443	Escisión otras lesiones benignas incluyendo márgenes (a menos que estén listadas aparte) cara, oídos, parpados, nariz, mucosas diámetro excisionado de 2.1 a 3.0 cm	2,70	5,00
11444	Escisión otras lesiones benignas incluyendo márgenes (a menos que estén listadas aparte) cara, oídos, parpados, nariz, mucosas diámetro excisionado de 3.1 a 4.0 cm	3,20	5,00
11446	Escisión otras lesiones benignas incluyendo márgenes (a menos que estén listadas aparte) cara, oídos, parpados, nariz, mucosas diámetro excisionado mayor a 4.0 cm	3,50	5,00
11450	Escisión de piel y tejido subcutáneo por hidroadenitis, axilar, con reparación simple o intermedia.	5,90	3,00
11451	Escisión de piel y tejido subcutáneo por hidroadenitis, axilar, con reparación compleja.	7,20	3,00
11462	Escisión de piel y tejido subcutáneo hidradenitis, inguinal, con reparación simple o intermedia.	6,50	3,00
11463	Escisión de piel y tejido subcutáneo hidradenitis, inguinal, con reparación compleja.	7,20	3,00
11470	Escisión de piel y tejido subcutáneo por hidradenitis, perianal, perineal o umbilical; con reparación simple o intermedia.	7,20	3,00
11471	Escisión de piel y tejido subcutáneo por hidradenitis, perianal, perineal o umbilical; con reparación compleja.	8,10	3,00
11600	Escisión, lesiones malignas, incluyendo márgenes, tronco, miembros superiores o inferiores, diámetro excisionado 0.5 cm o menos.	1,20	3,00
11601	Escisión, lesiones malignas, incluyendo márgenes, tronco, miembros superiores o inferiores, diámetro excisionado de 0.6 a 1.0 cm	1,60	3,00
11602	Escisión, lesiones malignas, incluyendo márgenes, tronco, miembros superiores o inferiores, diámetro excisionado de 1.1 a 2.0 cm	2,00	3,00
11603	Escisión, lesiones malignas, incluyendo márgenes, tronco, miembros superiores o inferiores, diámetro excisionado de 2.1 a 3.0 cm	2,20	3,00
11604	Escisión, lesiones malignas, incluyendo márgenes, tronco, miembros superiores o inferiores, diámetro excisionado de 3.1 a 4.0 cm	2,70	3,00
11606	Escisión, lesiones malignas, incluyendo márgenes, tronco, miembros superiores o inferiores, diámetro excisionado de diámetro mayor a 4.0 cm	3,10	3,00
11620	Escisión, lesiones malignas, cuero cabelludo, incluyendo márgenes, nuca, manos, pies, genitales; diámetro excisionado 0.5 cm o menos.	1,70	5,00
11621	Escisión, lesiones malignas, cuero cabelludo, incluyendo márgenes, nuca, manos, pies, genitales; diámetro excisionado de 0.6 a 1.0 cm	2,50	5,00
11622	Escisión, lesiones malignas, cuero cabelludo, incluyendo márgenes,	3,30	

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
	nuca, manos, pies, genitales; diámetro excisionado de 1.1 a 2.0 cm		5,00
11623	Escisión, lesiones malignas, cuero cabelludo, incluyendo márgenes, nuca, manos, pies, genitales; diámetro excisionado de 2.1 a 3.0 cm	4,10	5,00
11624	Escisión, lesiones malignas, cuero cabelludo, incluyendo márgenes, nuca, manos, pies, genitales; diámetro excisionado de 3.1 a 4.0 cm	4,90	5,00
11626	Escisión, lesiones malignas, cuero cabelludo, incluyendo márgenes, nuca, manos, pies, genitales; diámetro excisionado mayor a 4.0 cm	5,70	5,00
11640	Escisión, lesiones malignas, incluyendo márgenes, cara, oídos, parpados, nariz, labios, lesión de diámetro 0.5 cm o menos.	2,70	5,00
11641	Escisión, lesiones malignas, incluyendo márgenes, cara, oídos, parpados, nariz, labios, lesión de diámetro excisionado de 0.6 a 1.0 cm	3,70	5,00
11642	Escisión, lesiones malignas, incluyendo márgenes, cara, oídos, parpados, nariz, labios, lesión de diámetro excisionado de 1.1 a 2.0 cm	4,70	5,00
11643	Escisión, lesiones malignas, incluyendo márgenes, cara, oídos, parpados, nariz, labios, lesión de diámetro excisionado de 2.1 a 3.0 cm	5,70	5,00
11644	Escisión, lesiones malignas, incluyendo márgenes, cara, oídos, parpados, nariz, labios, lesión de diámetro excisionado de 3.1 a 4.0 cm	6,70	5,00
11646	Escisión, lesiones malignas, incluyendo márgenes, cara, oídos, parpados, nariz, labios, lesión de diámetro excisionado mayor a 4.0 cm	7,70	5,00
11719	Arreglo de unas no distróficas, cualquier número.	0,30	3,00
11720	Debridamiento de una (s), por cualquier método; una a cinco.	0,50	3,00
11721	Debridamiento de una (s), por cualquier método; seis o más.	0,90	3,00
11730	Avulsión de lecho ungueal parcial o completa, simple, única.	1,00	3,00
11732	Avulsión de lecho ungueal parcial o completa, simple, única. Cada lecho ungueal adicional. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	0,70	0,00
11740	Evacuación de hematoma subungueal.	0,60	3,00
11750	Escisión de una o matriz de una, parcial o completa. (Ej. Una encarnada o deformada) para remoción permanente.	3,30	3,00
11752	Escisión de una o matriz de una, parcial o completa. (Ej. Una encarnada o deformada) para remoción permanente. Con amputación de cabeza de falange distal.	4,90	3,00
11755	Biopsia de una, (ej.: plato, lecho, matriz, hiponiquium, extremos proximal y lateral) (procedimiento separado).	1,80	3,00
11760	Reparo de lecho ungueal.	3,20	3,00
11762	Reconstrucción del lecho ungueal con injerto.	4,70	3,00
11765	Escisión en cuna de la piel del lecho ungueal (ej.: una encarnada).	0,90	3,00
11770	Escisión de quiste pilonidal, simple.	1,90	5,00
11771	Escisión de quiste pilonidal, extenso.	7,20	5,00
11772	Escisión de quiste pilonidal, complicado.	8,80	5,00
11900	Inyección, intralesional, hasta 7 lesiones.	0,50	3,00
11901	Inyección, intralesional, más de 7 lesiones.	0,60	3,00
11920	Tatuaje, introducción intradérmica de pigmentos opacos insolubles para corregir defectos de piel, incluyendo micropigmentación hasta 6.0 cm2.	3,50	3,00
11921	Tatuaje, introducción intradérmica de pigmentos opacos insolubles para corregir defectos de piel, incluyendo micropigmentación, 6.1 a 20 cm2.	7,00	3,00
11922	Tatuaje, introducción intradérmica de pigmentos opacos insolubles para corregir defectos de piel, incluyendo micropigmentación. Cada 20 cm2 adicionales. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	5,00	0,00
11950	Inyección subcutánea con materiales de relleno; hasta 1cc. (ej.: colágeno)	1,40	3,00
11951	Inyección subcutánea con materiales de relleno; 1.1a 5 CC.	2,80	3,00
11952	Inyección subcutánea con materiales de relleno; 5.1 a 10 CC.	5,60	3,00
11954	Inyección subcutánea con materiales de relleno; más de 10 CC.	2,00	3,00
11960	Inserción de expansores de tejido (otro que no sea mama) incluye expansiones subsecuentes.	13,50	3,00
11970	Reemplazo de expansores de tejidos con prótesis permanentes.	15,00	3,00
11971	Remoción de expansores de tejido sin inserción de prótesis.	3,60	3,00
11975	Inserción, de cápsulas contraceptivas implantables.	1,10	3,00
11976	Remoción, de capsulas contraceptivas implantables.	1,40	3,00
11977	Remoción con reinserción de capsulas contraceptivas implantables.	4,00	3,00
11980	Implantación subcutánea de píldoras hormonales (estradiol y/o	1,10	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
	testosterona).		
11981	Inserción de implante de liberación de medicación no biodegradable.	1,40	3,00
11982	Remoción de implante de liberación de medicación no biodegradable.	1,70	3,00
11983	Remoción con reinserción de implante de liberación de medicación no biodegradable.	2,90	3,00
12001	Reparación simple de heridas superficiales del cuero cabelludo, nuca, axilas, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies) hasta 2.5 cm	1,30	5,00
12002	Reparación simple de heridas superficiales del cuero cabelludo, nuca, axilas, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies) 2.6 cm a 7.5 cm	1,80	5,00
12004	Reparación simple de heridas superficiales del cuero cabelludo, nuca, axilas, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies) 7.6 cm a 12.5 cm	2,10	5,00
12005	Reparación simple de heridas superficiales del cuero cabelludo, nuca, axilas, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies) 12.6 cm a 20 cm	2,40	5,00
12006	Reparación simple de heridas superficiales del cuero cabelludo, nuca, axilas, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies)	2,60	5,00
12007	Reparación simple de heridas superficiales del cuero cabelludo, nuca, axilas, genitales externos, tronco y/o extremidades (incluyendo manos y pies) más de 30 cm	3,00	5,00
12011	Reparación simple de heridas superficiales de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o membranas mucosas; hasta 2.5 cm	1,40	5,00
12013	Reparación simple de heridas superficiales de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o membranas mucosas; 2.6 cm a 5.0 cm	1,70	5,00
12014	Reparación simple de heridas superficiales de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o membranas mucosas; 5.1 cm a 7.5 cm	2,00	5,00
12015	Reparación simple de heridas superficiales de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o membranas mucosas; 7.6 cm a 12.5 cm	2,30	5,00
12016	Reparación simple de heridas superficiales de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o membranas mucosas; 12.6 cm a 20 cm	2,70	5,00
12017	Reparación simple de heridas superficiales de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o membranas mucosas; 2cm1 0 a 30 cm	3,10	5,00
12018	Reparación simple de heridas superficiales de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o membranas mucosas; más de 30 cm	3,50	5,00
12020	Tratamiento de una herida dehiscente superficial, sutura simple.	1,60	3,00
12021	Tratamiento de una herida dehiscente superficial, sutura simple. Con empaquetamiento	1,80	3,00
12031	Sutura de heridas por planos de cuero cabelludo axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies) hasta 2.5 cm.	1,80	5,00
12032	Sutura de heridas por planos de cuero cabelludo axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies) 2.6 cm. A 7.5 cm.	2,20	5,00
12034	Sutura de heridas por planos de cuero cabelludo axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies) 7.6 cm a 12.5 cm	2,60	5,00
12035	Sutura de heridas por planos de cuero cabelludo axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies) 12.6 cm a 20 cm	2,90	5,00
12036	Sutura de heridas por planos de cuero cabelludo axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies) 20.1 cm a 30 cm	3,40	5,00
12037	Sutura de heridas por planos de cuero cabelludo axila, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies) más de 30 cm	3,90	5,00
12041	Sutura de heridas por planos de nuca, manos, pies, y/o genitales externos; hasta 2.5 cm	2,20	5,00
12042	Sutura de heridas por planos de nuca, manos, pies, y/o genitales externos; 2.6 cm a 7.5 cm	2,30	5,00
12044	Sutura de heridas por planos de nuca, manos, pies, y/o genitales externos; 7.6 cm a 12.5 cm	2,70	5,00
12045	Sutura de heridas por planos de nuca, manos, pies, y/o genitales externos; 12.6 cm a 20 cm	3,20	5,00
12046	Sutura de heridas por planos de nuca, manos, pies, y/o genitales externos; 20.1 cm a 30 cm	3,70	5,00
12047	Sutura de heridas por planos de nuca, manos, pies, y/o genitales	4,20	

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
	externos; más de 30 cm		5,00
12051	Sutura de heridas por planos de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o mucosa bucal, hasta 2.5 cm	2,30	5,00
12052	Sutura de heridas por planos de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o mucosa bucal, 2.6 cm a 5.0 cm	2,40	5,00
12053	Sutura de heridas por planos de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o mucosa bucal, 5.1 cm a 7.5 cm	3,00	5,00
12054	Sutura de heridas por planos de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o mucosa bucal, 7.6 cm a 12.5 cm	3,60	5,00
12055	Sutura de heridas por planos de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o mucosa bucal, 12.6 cm a 20 cm	4,20	5,00
12056	Sutura de heridas por planos de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o mucosa bucal, 20.1 cm a 30 cm	4,80	5,00
12057	Sutura de heridas por planos de cara, oídos, parpados, nariz, labios y/o mucosa bucal, más de 30 cm	5,40	5,00
13100	Reparaciones complejas de tronco: 1.1 0 a 2.5 cm	1,00	3,00
13101	Reparaciones complejas de tronco: 2.6 cm a 7.5 cm	2,70	3,00
13102	Reparaciones complejas de tronco: mayor a 7,5 0, cada 5 0 adicionales o menos (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	1,50	0,00
13120	Reparaciones complejas en cuero cabelludo, brazos y/o piernas; 1.1 0 a 2.5 0	2,20	5,00
13121	Reparaciones complejas en cuero cabelludo, brazos y/o piernas; 2.6 cm a 7.5 cm	3,70	5,00
13122	Reparaciones complejas en cuero cabelludo, brazos y/o piernas; mayor de 7,5 cm cada 5 0 adicionales o menos (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	1,50	0,00
13131	Reparaciones complejas en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y/o pies; 1.1 0 a 2.5 cm	2,90	5,00
13132	Reparaciones complejas en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y/o pies; 2.6 cm a 7.5 cm	4,90	5,00
13133	Reparaciones complejas en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y/o pies; mayor a 7,5 cm cada 5 0 adicionales o menos (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	1,80	0,00
13150	Reparación compleja de parpados, nariz, oídos y/o labios, hasta 1.0 cm	2,20	5,00
13151	Reparación compleja de parpados, nariz, oídos y/o labios, 1.1 cm a 2.5 cm	3,70	5,00
13152	Reparación compleja de parpados, nariz, oídos y/o labios, 2.6 cm a 7.5 cm	6,20	5,00
13153	Reparación compleja de parpados, nariz, oídos y/o labios, mayor de 7,5 cm cada 5 0 adicionales o menos (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	2,30	0,00
13160	Cierre secundario de herida quirúrgica o dehiscencia, extensa o complicada.	4,20	3,00

TRANSFERENCIA O REUNIFICACIÓN DE TEJIDOS ADYACENTES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
14001	Transferencia y reparación de tejidos adyacentes, tronco; defecto de 10-1 cm2 a 30 cm2.	8,30	3,00
14020	Transferencia o reparación de tejidos adyacentes de cuero cabelludo, brazos y/o piernas; defecto hasta 10 cm2.	7,50	5,00
14021	Transferencia o reparación de tejidos adyacentes de cuero cabelludo, brazos y/o piernas; defecto 10.1 cm2 a 30 cm2.	9,50	5,00
14040	Transferencia o reconstrucciones de tejido, adyacente en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y/o pies; defecto hasta 10 cm2.	10,50	5,00
14041	Transferencia o reconstrucciones de tejido, adyacente en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y/o pies; defecto 10.1 cm2 a 30 cm2.	13,20	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
14060	Transferencia o reconstrucción de tejido adyacente en parpados, nariz, oídos y/o labios; defecto hasta 10 cm2.	14,30	5,00
14061	Transferencia o reconstrucción de tejido adyacente en parpados, nariz, oídos y/o labios; defecto 10.1 cm2 a 30 cm2.	15,50	5,00
14301	Transferencias de tejidos adyacentes o reparaciones cualquier área de 30 a 60 0 superficie corporal	16,60	5,00
14302	Transferencias de tejidos adyacentes o reparaciones, cualquier área cada 30 0 superficie corporal, lístelo separadamente en adición al código primario	8,20	5,00
14350	Colgajo cruzado de dedo de mano o dedo de pie, incluyendo preparación de la zona receptora.	8,80	3,00
15002	Preparación para escisión o creación de la zona receptora para escisión de heridas abiertas, cicatrices o quemaduras (incluyendo tejido celular subcutáneo); primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	3,50	3,00
15003	Preparación para escisión o creación de la zona receptora para escisión de heridas abiertas, cicatrices o quemaduras (incluyendo tejido celular subcutáneo); cada 100 cm2 adicionales o cada 1% de la superficie corporal en infantes o niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,80	3,00
15004	Preparación para escisión o creación de la zona receptora para escisión de heridas abiertas, cicatrices o quemaduras (incluyendo tejido celular subcutáneo, cara, cuero cabelludo, parpados, boca, cuello, orejas, orbitas, genitales, manos, pies o múltiples dedos); primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	5,50	3,00
15005	Preparación para escisión o creación de la zona receptora para escisión de heridas abiertas, cicatrices o quemaduras (incluyendo tejido celular subcutáneo, cara, cuero cabelludo, parpados, boca, cuello, orejas, orbitas, genitales, manos, pies o múltiples dedos); cada 100 cm2 adicionales o cada 1% de la superficie corporal en infantes o niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	2,80	3,00
15040	Cultivo de piel para autoinjerto de tejido cultivado, 100 cm2 o menor	2,40	3,00
15050	Colgajo en pellizco (microinjerto) simple o múltiple para cubrir pequeñas ulceras, dedos lacerados en el pulpejo y otras áreas cruentas mínimas (excepto cara) defecto hasta 2 cm de diámetro.	4,20	3,00
15100	Injerto separado en tronco, brazos, piernas; primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños (excepto 15050),	7,00	3,00
15101	Injerto separado en tronco, brazos, piernas; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	2,20	0,00
15110	Auto injerto de epidermis en tronco, brazos o piernas; primeros 100 cm2 o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	12,90	3,00
15111	Auto injerto de epidermis en tronco, brazos o piernas; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	2,10	0,00
15115	Auto injerto de epidermis en cara, cuero cabelludo, parpados, boca, orejas, orbita, genitales, manos, pies y/o dedos múltiples; primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	13,30	3,00
15116	Auto injerto de epidermis en cara, cuero cabelludo, parpados, boca, orejas, orbita, genitales, manos, pies y/o dedos múltiples; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	2,90	0,00
15120	Auto-injerto de grosos parcial en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes y en niños (excepto 15050).	12,70	5,00
15121	Auto-injerto de grosos parcial en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos cada 100 cm2 adicionales o cada 1% de superficie corporal en niños e infantes. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	4,10	0,00
15130	Autoinjerto de dermis, en tronco, brazos o piernas; primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	10,40	3,00
15131	Autoinjerto de dermis, en tronco, brazos o piernas; cada 100 cm2	1,70	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
	adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).		
15135	Auto injerto de dermis en cara, cuero cabelludo, parpados, boca, orejas, orbita, genitales, manos, pies y/o dedos múltiples; primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	14,40	5,00
15136	Auto injerto de dermis en cara, cuero cabelludo, parpados, boca, orejas, orbita, genitales, manos, pies y/o dedos múltiples; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,70	0,00
15150	Autoinjerto epidérmico con tejido cultivado, en tronco, brazos, piernas; primeros 25 cm2 o menos	11,50	3,00
15151	Autoinjerto epidérmico con tejido cultivado, en tronco, brazos, piernas; cada 1 a 75 cm2 adicionales separadamente en adición al código de procedimiento primario).	2,30	0,00
15152	Autoinjerto epidérmico con tejido cultivado, en tronco, brazos, piernas; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	2,80	0,00
15155	Autoinjerto epidérmico con tejido cultivado en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; primeros 25 cm2 o menos	12,30	5,00
15156	Autoinjerto epidérmico con tejido cultivado en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; cada 1 a 75 cm2 adicionales separadamente en adición al código de procedimiento primario).	3,10	0,00
15157	Autoinjerto epidérmico con tejidos cultivados en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	3,40	0,00
15170	Reposición dérmica acelular en tronco, brazos o piernas; primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	5,70	3,00
15171	Reposición dérmica acelular en tronco, brazos o piernas; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,70	0,00
15175	Reposición dérmica acelular en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	8,60	5,00
15176	Reposición dérmica acelular en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	2,70	0,00
15200	Injerto de piel total, libre incluyendo la sutura directa de la zona donadora, tronco hasta 20 cm2.	5,50	3,00
15201	Injerto de piel total, libre incluyendo la sutura directa de la zona donadora, tronco mayor a 20 cm2. Cada 20 cm2 adicionales. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	2,00	0,00
15220	Injerto libre de piel total incluyendo sutura directa de la zona donadora, en cuero cabelludo, brazos y/o piernas hasta 20 cm2.	7,20	5,00
15221	Injerto libre de piel total incluyendo sutura directa de la zona donadora, en cuero cabelludo, brazos y/o piernas mayor a 20 cm2. Cada 20 cm2 adicionales (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	3,00	0,00
15240	Injerto libre de piel total incluyendo sutura directa de la zona donadora en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y /o pies, hasta 20 cm2.	10,90	5,00
15241	Injerto libre de piel total incluyendo sutura directa de la zona donadora en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axilas, genitales, manos y /o pies, mayor 20 cm2. Cada 20 cm2 adicionales. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	4,00	0,00
15260	Injerto libre de piel total incluyendo sutura directa de la zona donadora en nariz, oídos, parpados y/o labios hasta 20 cm2.	13,80	5,00
15261	Injerto libre de piel total incluyendo sutura directa de la zona donadora en nariz, oídos, parpados y/o labios mayor a 20 cm2. Cada 20 cm2 adicionales. (Anote separadamente en adición del código del	6,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
	procedimiento primario).		
15300	Aloinjerto de piel para cierre temporal de herida en tronco, brazos o piernas; primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	4,90	3,00
15301	Aloinjerto de piel para cierre temporal de herida en tronco, brazos o piernas; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,10	0,00
15320	Aloinjerto de piel para cierre temporal de herida en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	5,70	5,00
15321	Aloinjerto de piel para cierre temporal de herida en cara, párpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,70	0,00
15330	Aloinjerto dérmico acelular en tronco, brazos o piernas. Primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños	4,90	3,00
15331	Aloinjerto dérmico acelular en tronco, brazos o piernas. Cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,10	0,00
15335	Aloinjerto dérmico acelular en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	5,40	5,00
15336	Aloinjerto dérmico acelular en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,60	0,00
15340	Substitución de piel por tejido alogénico cultivado; primeros 25 cm2 o menos	5,00	3,00
15341	Substitución de piel por tejido alogénico cultivado; cada 25 cm2 adicionales	0,50	0,00
15360	Substitución de piel por tejido orogénico cultivado, en tronco, brazos o piernas. Primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños	5,30	3,00
15361	Substitución de piel por tejido orogénico cultivado, en tronco, brazos o piernas. Cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,30	0,00
15365	Substitución de piel por tejido orogénico cultivado, en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	5,70	5,00
15366	Substitución de piel por tejido orogénico cultivado, en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,60	0,00
15400	Injerto heterólogo de piel (dérmico), para cierre de herida temporal en tronco, brazos o piernas. Primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños	4,20	3,00
15401	Injerto heterólogo de piel (dérmico), para cierre de herida temporal en tronco, brazos o piernas. Cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,40	0,00
15420	Injerto heterólogo de piel (dérmico), para cierre de herida temporal en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	6,40	5,00
15421	Injerto heterólogo de piel (dérmico), para cierre de herida temporal en cara, parpados, boca, nuca, oídos, orbitas, genitales, manos, pies y/o varios dedos; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,70	0,00
15430	Implante de injerto acelular heterólogo; primeros 100 cm2 o menos, o 1% de la superficie corporal en infantes o niños.	9,40	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
15431	Implante de injerto acelular heterólogo; cada 100 cm2 adicionales o cada 1% del área corporal en infantes y niños. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	4,70	0,00
15570	Formación de pedículo directo o entubado con o sin transferencia, tronco.	10,00	3,00
15572	Formación de pedículo directo o entubado con o sin transferencia, cuero cabelludo, brazos o piernas.	13,00	5,00
15574	Formación de pedículo directo o entubado con o sin transferencia, frente, mejillas, mentón, cuello, axilas, genitales, manos o pies.	13,00	5,00
15576	Formación de pedículo directo o entubado con o sin transferencia, parpados, nariz, oreja, labios o intraoral.	11,00	5,00
15600	Colgajo diferido o sección de colgajo, en tronco.	5,80	3,00
15610	Colgajo diferido o sección de colgajo, en cuero cabelludo, brazos, piernas.	5,80	5,00
15620	Colgajo diferido o sección de colgajo, en frente, mejillas, mentón, cuello, axila, genitales, mano o pies.	6,30	5,00
15630	Colgajo diferido o sección de colgajo, en parpados, nariz, orejas o labios.	7,50	5,00
15650	Transferencia, intermedia de cualquier colgajo pediculado (ej.: abdomen a muñeca, colgajo tubular en oruga) cualquier localización.	9,20	3,00
15731	Colgajo en la frente con preservación del pedículo vascular (ej.: colgajo con patrón axial, colgajo paramediano frontal)	20,00	5,00
15732	Colgajos en musculo, miocutaneo o fasciocutaneo; cabeza y cuello (ej. Temporal, masetero, esternocleidomastoideo y elevador de la escapula).	21,00	5,00
15734	Colgajos en musculo, miocutaneo o fasciocutaneo; tronco.	19,00	3,00
15736	Colgajos en musculo, miocutaneo o fasciocutaneo; extremidades superiores.	19,00	5,00
15738	Colgajos en musculo, miocutaneo o fasciocutaneo; extremidades inferiores.	19,00	4,00
15740	Injerto: colgajo pediculado en isla.	11,00	3,00
15750	Injerto: colgajo pediculado neurovascular.	12,00	3,00
15756	Colgajo muscular libre con o sin piel con anastomosis microvascular.	45,00	3,00
15757	Colgajo libre de piel con anastomosis microvascular.	45,00	3,00
15758	Colgajo libre de fascia con anastomosis microvascular.	45,00	4,00
15760	Injerto compuesto (piel total o de pabellón auricular o ala nasal), incluyendo sutura primaria del área donadora.	10,40	5,00
15770	Injerto compuesto (piel total o de pabellón auricular o ala nasal), incluyendo sutura primaria del área donadora. Dermis - grasa - fascia.	13,20	5,00
15775	Injertos en sacabocados para trasplante de pelo, de 1 a 15 injertos.	0,40	5,00
15776	Injertos en sacabocados para trasplante de pelo, más de 15 injertos en sacabocados.	0,60	5,00
15780	Dermoabrasión total de la cara (ej.: remoción de cicatrices, tatuajes, cambios actínicos, queratosis general).	10,00	5,00
15781	Dermoabrasión cara, segmentario.	5,00	5,00
15782	Dermoabrasión. Otra parte regional diferente a la cara.	4,00	3,00
15783	Dermoabrasión. Cualquier otro sitio, superficial (ej. Remoción de tatuaje).	2,20	3,00
15786	Abrasión: lesión simple (ej. Queratosis, cicatriz).	0,50	5,00
15787	Abrasión: cada cuatro lesiones adicionales o menos. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	0,80	0,00
15788	Peeling químico, facial o epidérmico.	7,70	5,00
15789	Peeling químico, facial o dérmico.	9,90	5,00
15792	Peeling químico no facial, epidérmico.	5,50	3,00
15793	Peeling químico no facial, dérmico.	7,70	3,00
15819	Cervicoplastia.	20,60	5,00
15820	Blefaroplastia de parpados inferiores.	11,00	5,00
15821	Blefaroplastia de parpados inferiores. Con bolsas palpebrales extensas.	11,60	5,00
15822	Blefaroplastia de parpados superiores.	10,20	5,00
15823	Blefaroplastia de parpados superiores. Con exceso de piel en los parpados	9,90	5,00
15824	Ritidectomía de frente.	8,30	5,00
15825	Ritidectomía de cuello con engrosamiento platismal.	7,10	5,00
15826	Ritidectomía de en arrugas del entrecejo.	6,00	5,00
15828	Ritidectomía de mejillas, mentón y nuca.	20,30	5,00
15829	Ritidectomía, colgajo superficial musculo – aponeurótico.	20,30	3,00
15830	Escisión de piel o tejido celular subcutáneo excesiva (incluye lipectomia),	22,00	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
	paniculectomia abdominal infraumbilical		
15832	Escisión de piel o tejido celular subcutáneo excesiva (incluye lipectomia), paniculectomia muslos.	18,30	3,00
15833	Escisión de piel o tejido celular subcutáneo excesiva (incluye lipectomia), paniculectomia piernas.	18,30	3,00
15834	Escisión de piel o tejido celular subcutáneo excesiva (incluye lipectomia), paniculectomia caderas.	18,30	3,00
15835	Escisión de piel o tejido celular subcutáneo excesiva (incluye lipectomia), paniculectomia regiones glúteas.	18,30	3,00
15836	Escisión de piel o tejido celular subcutáneo excesiva (incluye lipectomia), paniculectomia brazos.	11,00	3,00
15837	Escisión de piel o tejido celular subcutáneo excesiva (incluye lipectomia), paniculectomia antebrazos o manos.	9,10	3,00
15838	Escisión de piel o tejido celular subcutáneo excesiva (incluye lipectomia), paniculectomia bolsas sub-mentonianas.	8,80	5,00
15839	Escisión de piel o tejido celular subcutáneo excesiva (incluye lipectomia), paniculectomia otra área.	11,00	3,00
15840	Injertos para parálisis de nervio facial; injertos libres de fascia (incluyendo la obtención de la fascia).	24,00	5,00
15841	Injertos para parálisis de nervio facial; injerto libre de musculo (incluyendo la obtención de injerto).	28,00	5,00
15842	Injertos para parálisis de nervio facial; injerto libre de musculo por técnica microquirúrgica.	35,00	5,00
15845	Injertos para parálisis de nervio facial; injerto libre de musculo transferencia muscular regional	25,00	3,00
15847	Escisión de piel o tejido celular subcutáneo excesiva (incluye lipectomia), abdomen (ej. Abdominoplastia) (incluye transposición umbilical y plicatura de la fascia). Lístelo separadamente en adición al código de procedimiento primario.	11,00	0,00
15850	Remoción de suturas bajo anestesia por el mismo cirujano (otra anestesia que no sea local).	2,50	3,00
15851	Remoción de suturas bajo anestesia por otro cirujano (otra anestesia que no sea local).	3,50	3,00
15852	Cambio de apósitos por otra causa diferente a quemaduras bajo anestesia que no sea local.	1,80	3,00
15860	Inyección de un agente intravenoso (ej. Fluoresceína) para examinar el flujo sanguíneo de colgajo o injerto.	2,50	3,00
15876	Liposucción asistida, cabeza y cuello.	4,90	5,00
15877	Liposucción asistida, tronco.	8,80	4,00
15878	Liposucción asistida, extremidad superior.	4,90	3,00
15879	Liposucción asistida, extremidad inferior.	8,80	3,00
15920	Escisión de ulcera de presión coxígea, con coxigectomia, con sutura primaria.	6,50	6,00
15922	Escisión de ulcera de presión coxígea, con coxigectomia, con cierre por colgajo.	8,50	6,00
15931	Escisión de ulcera sacra de decúbito; con sutura primaria.	6,50	5,00
15933	Escisión de ulcera sacra de decúbito; con sutura primaria. Con ostectomia.	11,00	6,00
15934	Escisión de ulcera sacra de decúbito con cierre de colgajo de piel.	8,50	5,00
15935	Escisión de ulcera sacra de decúbito con cierre de colgajo de piel. Con ostectomia.	13,00	6,00
15936	Escisión de ulcera de decúbito sacra en preparación para colgajo de musculo o miocutaneo o cierre de injerto de piel.	10,00	5,00
15937	Escisión de ulcera de decúbito sacra en preparación para colgajo de musculo o miocutaneo o cierre de injerto de piel. Con ostectomia.	14,50	6,00
15940	Escisión, ulcera isquiática de decúbito sutura primaria.	8,00	3,00
15941	Escisión, ulcera isquiática de decúbito sutura primaria. Con ostectomia (isquiectomia).	11,00	6,00
15944	Escisión de ulcera de decúbito isquiática con cierre de colgajo de piel.	10,00	3,00
15945	Escisión de ulcera de decúbito isquiática con cierre de colgajo de piel. Con ostectomia.	12,00	6,00
15946	Escisión de ulcera de decúbito isquiática con ostectomia en preparación	20,00	

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
	para colgajo de musculo o miocutaneo o cierre de injerto cutáneo.		6,00
15950	Escisión de ulcera de decúbito trocantérea, sutura primaria.	2,30	5,00
15951	Escisión de ulcera de decúbito trocantérea, sutura primaria. Con ostectomia.	6,60	6,00
15952	Escisión trocantérica de ulcera de decúbito, con cierre de colgajo de piel.	8,00	5,00
15953	Escisión trocantérica de ulcera de decúbito, con cierre de colgajo de piel. Con ostectomia.	10,00	6,00
15956	Escisión trocantérica de ulcera de decúbito en preparación para colgajo de musculo o miocutaneo, o cierre de colgajo cutáneo.	11,50	5,00
15958	Escisión trocantérica de ulcera de decúbito en preparación para colgajo de musculo o miocutaneo, o cierre de colgajo cutáneo. Con ostectomia.	13,50	6,00
15999	Escisión de ulcera de decúbito, no listada.	CM(criterio medico)	5,00

QUEMADURAS, TRATAMIENTO LOCAL

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
16000	Tratamiento inicial quemaduras de I grado cuando no se requiere más que tratamiento local.	0,50	3,00
16020	Tratamiento inicial quemaduras de I grado cuando no se requiere más que tratamiento local. Sin anestesia, en consultorio u hospital, pequeña.	0,60	0,00
16025	Tratamiento inicial quemaduras de I grado cuando no se requiere más que tratamiento local. Sin anestesia, mediana (ej. Toda la cara o toda una extremidad).	1,00	0,00
16030	Tratamiento inicial quemaduras de I grado cuando no se requiere más que tratamiento local. Sin anestesia, extensa (ej. Más de una extremidad).	2,00	-0,00
16031	Curación inicial en el quirófano por cada 5% de superficie corporal quemada hasta el 25%	3,00	0,00
16035	Curación inicial en el quirófano por cada 5% de superficie corporal quemada hasta el 25% escarotomia; incisión inicial.	5,20	3,00
16036	Curación inicial en el quirófano por cada 5% de superficie corporal quemada hasta el 25%cada incisión adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	2,50	0,00
16038	Curación inicial en el quirófano por cada 10% adicional sobre los primeros 25% de superficie corporal quemada	2,50	0,00

DESTRUCCIÓN

Implica la ablación de tejido benigno, premaligno o maligno por cualquier método, con o sin curetaje, incluyendo anestesia local y usualmente no requiere sutura. Incluye electrocauterio, electrodisección, criocirugía, láser y tratamiento químico. Las lesiones incluyen condilomas, papilomas, molluscum contagiosum, lesiones herpéticas, verrugas planas, millia, y otras lesiones premalignas o malignas.

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
17000	Destrucción (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) de toda lesión benigna o lesión pre maligna (ej.: queratosis actínica), diferentes a lesiones proliferativas cutáneo vasculares; primera lesión.	1,20	3,00
17003	Destrucción (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) de toda lesión benigna o lesión pre maligna (ej.: queratosis actínica), diferentes a lesiones proliferativas cutáneo vasculares; segunda lesión hasta 14 lesiones (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	0,20	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
17004	Destrucción (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) de toda lesión benigna o lesión pre maligna (ej.: queratosis actínica), diferentes a lesiones proliferativas cutáneo vasculares; 15 o más lesiones.	4,20	3,00
17106	Destrucción de lesiones vasculares cutáneas proliferativas (ej.: técnica laser), menos de 10 cm2.	5,50	3,00
17107	Destrucción de lesiones vasculares cutáneas proliferativas (ej.: técnica laser), de 10 a 50 cm2.	10,40	3,00
17108	Destrucción de lesiones vasculares cutáneas proliferativas (ej.: técnica laser), mayor a 50 cm2.	15,60	3,00
17110	Destrucción (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) de verrugas planas, juveniles o molluscum, contagiosum, millia, hasta 14 lesiones.	0,80	3,00
17111	Destrucción (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) de verrugas planas, juveniles o molluscum, contagiosum, millia, 15 o más lesiones.	1,30	3,00
17250	Cauterización química de tejido de granulación (ej.: fistula).	0,80	3,00
17260	Destrucción de lesiones malignas, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) tronco, brazos o piernas. Lesión de hasta cm5 0 de diámetro.	1,30	3,00
17261	Destrucción de lesiones malignas, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) tronco, brazos o piernas. Lesión de diámetro 0.6 a 1 cm	1,70	3,00
17262	Destrucción de lesiones malignas, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) tronco, brazos o piernas. Lesión de diámetro 1.1 a 2.0 cm	2,30	3,00
17263	Destrucción de lesiones malignas, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) tronco, brazos o piernas. Lesión de diámetro 2.1 a 3.0 cm	2,60	3,00
17264	Destrucción de lesiones malignas, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) tronco, brazos o piernas. Lesión de diámetro 3.1 a 4.0 cm	2,80	3,00
17266	Destrucción de lesiones malignas, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) tronco, brazos o piernas. Lesión de diámetro mayor a 4 cm	3,40	3,00
17270	Destrucción de lesión maligna, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) cuero cabelludo cuello, manos, pies, genitales; diámetro hasta cm5 cm	1,80	5,00
17271	Destrucción de lesión maligna, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) cuero cabelludo cuello, manos, pies, genitales; lesión de diámetro 0.6 a 1 cm	2,10	5,00
17272	Destrucción de lesión maligna, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) cuero cabelludo cuello, manos, pies, genitales; lesión de diámetro 1.1 a 2.0 cm.	2,50	5,00
17273	Destrucción de lesión maligna, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) cuero cabelludo cuello, manos, pies, genitales; lesión de diámetro 2.1 a 3.0 cm	3,00	5,00
17274	Destrucción de lesión maligna, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) cuero cabelludo cuello, manos, pies, genitales; lesión de diámetro 3.1 a 4.0 cm	3,70	5,00
17276	Destrucción de lesión maligna, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico) cuero cabelludo cuello, manos, pies, genitales; lesión de diámetro mayor a 4 cm	4,60	5,00
17280	Destrucción de lesiones malignas, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico), cara, parpados, nariz, orejas, labios y membranas mucosas, diámetro hasta 0.5 cm	1,60	5,00
17281	Destrucción de lesiones malignas, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico), cara, parpados, nariz, orejas, labios y membranas mucosas, lesión de diámetro 0.6 a 1 cm	2,50	5,00
17282	Destrucción de lesiones malignas, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico), cara, parpados, nariz, orejas, labios y membranas mucosas, lesión de diámetro 1.1 a 2.0 cm	2,90	5,00
17283	Destrucción de lesiones malignas, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía,	3,80	

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
	quimio cirugía, curetaje quirúrgico), cara, parpados, nariz, orejas, labios y membranas mucosas, lesión de diámetro 2.1 a 3.0 cm		5,00
17284	Destrucción de lesiones malignas, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico), cara, parpados, nariz, orejas, labios y membranas mucosas, lesión de diámetro 3.1 a 4.0 cm	4,90	5,00
17286	Destrucción de lesiones malignas, (ej.: laser, electrocirugía, crio cirugía, quimio cirugía, curetaje quirúrgico), cara, parpados, nariz, orejas, labios y membranas mucosas, lesión de diámetro mayor a 4 cm	6,40	5,00
17311	Quimio cirugía (técnica micrográfica de Mohs), incluye la remoción de todo el tumor, escisión quirúrgica de los tejidos, mapeo, codificación por color de los especímenes por el cirujano, examen microscópico por el cirujano y la completa preparación histopatológica incluyendo la coloración de rutina (ej.: hematoxilina-eosina, azul de toluidine); cabeza, cuello, manos, pies, genitales o cualquier ubicación que incluya directamente cirugía de musculo, cartílago, huesos, tendones, nervios mayores o vasos; estadío I, hasta 5 bloques de tejido.	9,20	5,00
17312	Quimio cirugía (técnica micrográfica de Mohs), incluye la remoción de todo el tumor, escisión quirúrgica de los tejidos, mapeo, codificación por color de los especímenes por el cirujano, examen microscópico por el cirujano y la completa preparación histopatológica incluyendo la coloración de rutina (ej.: hematoxilina-eosina, azul de toluidine); cabeza, cuello, manos, pies, genitales o cualquier ubicación que incluya directamente cirugía de musculo, cartílago, huesos, tendones, nervios mayores o vasos; estadío I, cada estadio adicional hasta con 5 bloques de tejido (lístelo separadamente en adición al procedimiento primario)	3,50	5,00
17313	Quimio cirugía (técnica micrográfica de Mohs), incluye la remoción de todo el tumor, escisión quirúrgica de los tejidos, mapeo, codificación por color de los especímenes por el cirujano, examen microscópico por el cirujano y la completa preparación histopatológica incluyendo la primera coloración de rutina (ej.: hematoxilina-eosina, azul de toluidine); de tronco, brazos y piernas, estadio i, hasta 5 bloques de tejido.	8,20	5,00
17314	Quimio cirugía (técnica micrográfica de Mohs), incluye la remoción de todo el tumor, escisión quirúrgica de los tejidos, mapeo, codificación por color de los especímenes por el cirujano, examen microscópico por el cirujano y la completa preparación histopatológica incluyendo la primera coloración de rutina (ej.: hematoxilina-eosina, azul de toluidine); de tronco, brazos y piernas, estadio i, cada estadio adicional hasta con 5 bloques de tejido (lístelo separadamente en adición al procedimiento primario)	3,40	5,00
17315	Quimio cirugía (técnica micrográfica de Mohs), incluye la remoción de todo el tumor, escisión quirúrgica de los tejidos, mapeo, codificación por color de los especímenes por el cirujano, examen microscópico por el cirujano y la completa preparación histopatológica incluyendo la primera coloración de rutina (ej.: hematoxilina-eosina, azul de toluidine); cada bloque adicional después de 5 bloques, cualquier estadio. Lístelo separadamente en adición al código de procedimiento primario.	3,50	5,00
17340	Crioterapia (co2 -n2 líquido) para acné.	0,70	5,00
17360	Exfoliación química para acné.	0,50	5,00
17380	Depilación por electrolisis, cada ½ hora.	0,70	5,00
17999	Procedimientos no listados, piel, membranas mucosas o tejido subcutáneo.	CM(criterio medico)	5,00

MAMAS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
19100	Biopsia de seno; por aguja, sin guía por imagen. (Procedimiento separado).	1,10	3,00
19101	Biopsia de seno; abierta, incisional.	3,20	3,00
19102	Biopsia de seno; percutánea por aguja, usando guía por imagen.	2,60	3,00
19103	Biopsia de seno; percutánea con dispositivo para biopsia rotatoria o con vacío automático asistido, usando guía por imagen.	2,90	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
19105	Ablación, criocirugía de fibroadenoma, incluido guía ultrasónica, cada fibroadenoma	4,00	3,00
19110	Exploración de pezón con o sin extirpación de un ducto lactógeno solitario o un papiloma lactógeno ductal.	5,20	3,00
19112	Escisión de una fistula de conducto galactóforo.	5,00	3,00
19120	Escisión de quiste, fibroadenoma u otros tumores benignos o tumor de tejido mamario aberrante maligno, lesión del ducto o lesión del pezón, o areola (excepto 19140), abierta, hombre o mujer, una o más lesiones.	6,00	3,00
19125	Escisión de lesión de mama identificada por la colocación preoperatoria de un marcador radiológico; lesión única.	8,40	3,00
19126	Escisión de lesión de mama identificada por la colocación preoperatoria de un marcador radiológico; cada lesión adicional identificada separadamente por un marcador radiológico operatorio. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	3,50	0,00
19260	Escisión de tumor de la pared torácica incluyendo las costillas.	17,00	6,00
19271	Escisión de tumor de la pared torácica, que involucra las costillas, con reconstrucción plástica; sin linfadenectomia mediastinal.	28,00	13,00
19272	Escisión de tumor de la pared torácica, que involucra las costillas, con reconstrucción plástica; con linfadenectomia mediastinal.	35,00	13,00
19290	Colocación preoperatoria en la mama de alambre para localización de aguja.	1,70	3,00
19291	Colocación preoperatoria en la mama de alambre para localización de aguja. Cada lesión adicional. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	0,90	0,00
19295	Colocación de clip metálico de localización, guiada por imagen, percutáneo, durante biopsia de mama. (Anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	2,00	0,00
19296	Colocación de catéter balón para radioterapia, en la mama, para aplicación de radioelemento intersticial, luego de mastectomía parcial, incluye guía por imagen, en día diferente a la mastectomía.	3,30	3,00
19297	Concurrente con la mastectomía parcial (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	1,50	0,00
19298	Colocación de catéteres para braquiterapia (tubos múltiples y tubos tipo botón) en la mama, para aplicación de radioelemento intersticial, (al momento o subsecuente a) mastectomía parcial, incluye guía por imagen.	5,30	3,00
19300	Mastectomía por ginecomastia.	7,70	3,00
19301	Mastectomía parcial (ej. Lumpectomia, tilectomia, cuadrantectomia, segmentectomia)	6,60	3,00
19302	Mastectomía parcial (ej. Lumpectomia, tilectomia, cuadrantectomia, segmentectomia) con linfadenectomia axilar.	18,70	5,00
19303	Mastectomía simple completa.	11,40	3,00
19304	Mastectomía subcutánea.	11,00	3,00
19305	Mastectomía, radical, incluyendo los músculos pectorales y ganglios linfáticos axilares.	19,00	5,00
19306	Mastectomía, radical, incluyendo los músculos pectorales y ganglios linfáticos axilares y mamarios internos (operación tipo urban).	26,00	13,00
19307	Mastectomía radical modificada, incluyendo ganglios linfáticos axilares, con o sin musculo pectoral menor, pero excluyendo el musculo pectoral mayor.	20,90	5,00
19316	Mastopexia.	13,00	5,00
19318	Mamoplastia de reduccion.	18,00	5,00
19324	Mamoplastia de aumento sin implante protésico.	5,00	5,00
19325	Mamoplastia de aumento con implante protésico.	11,00	5,00
19328	Remoción de implante mamario intacto.	4,50	5,00
19330	Remoción de material de implante mamario.	6,50	5,00
19340	Inserción inmediata de prótesis mamaria seguida de mastopexia, mastectomía o en reconstrucción.	14,50	5,00
19342	Inserción diferida de prótesis mamaria seguida de mastopexia, mastectomía o en reconstrucción.	16,00	5,00
19350	Reconstrucción de areola/pezón.	8,00	5,00
19355	Corrección de pezones invertidos.	7,00	5,00
19357	Reconstrucción de mama, inmediata o diferida, con expansor de tejido,	24,00	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
	incluyendo la expansión subsecuente.		
19361	Reconstrucción de mama con colgajo del latisimus dorsi, con o sin implante protésico.	35,00	5,00
19364	Reconstrucción de mama con colgajo libre.	36,00	5,00
19366	Reconstrucción de mama con otra técnica.	36,00	5,00
19367	Reconstrucción de mama con colgajo transverso miocutaneo de recto abdominal (tram), pedículo simple, incluyendo cierre del sitio donador.	36,00	5,00
19368	Reconstrucción de mama con colgajo transverso miocutaneo de recto abdominal (tram), pedículo simple, incluyendo cierre del sitio donador. Con anastomosis microvascular.	45,00	5,00
19369	Reconstrucción de mama con colgajo transverso miocutaneo de recto abdominal (tram), pedículo doble, incluyendo cierre del sitio donador.	43,00	5,00
19370	Capsulotomia periprostetica abierta de mama.	7,00	5,00
19371	Capsulotomia periprostetica de mama.	8,00	5,00
19380	Revisión de reconstrucción de mama.	11,00	5,00
19396	Preparación de lecho para implante mamario.	1,50	5,00
19499	Cualquier procedimiento de mama no descrito.	CM(criterio medico)	5,00

SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO
GENERAL

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR II
20000	Incisión de absceso de tejidos blandos, (ej.: secundario a osteomielitis), superficial.	1,30	5,00
20005	Profundo o complicado.	2,80	3,00
20100	Exploración de herida penetrante (procedimiento separado) de cuello.	13,20	5,00
20101	Exploración de herida penetrante (procedimiento separado) de tórax.	3,90	3,00
20102	Exploración de herida penetrante (procedimiento separado) de abdomen, flancos o dorso.	5,00	4,00
20103	Exploración de herida penetrante (procedimiento separado) de extremidades.	6,70	3,00
20150	Escisión de barra epifisiaria, con o sin injerto de tejido blando autógeno obtenido a través de la misma incisión fascial.	20,00	6,00
20200	Biopsia de musculo, superficial.	0,80	3,00
20205	Biopsia de musculo, profunda.	1,70	3,00
20206	Biopsia percutánea de musculo con aguja.	1,10	3,00
20220	Biopsia de hueso superficial, mediante trocar o aguja (ej. Iliaco, esternón, proceso espinoso, costillas)	1,00	3,00
20225	Biopsia de hueso profundo (cuerpo vertebral o fémur).	3,10	10,00
20240	Biopsia, abierta de hueso, superficial (ej. Iliaco, esternón, apófisis espinosas, costillas, trocánter del fémur).	2,80	6,00
20245	Biopsia, abierta de hueso, profunda (ej. Humero, isquion, fémur).	4,70	5,00
20250	Biopsia abierta de cuerpo vertebral, dorsal.	19,20	10,00
20251	Biopsia abierta de cuerpo vertebral, lumbar o cervical.	15,70	8,00
20500	Inyección en un tracto sinusal; terapéutico (procedimiento separado).	0,50	3,00
20501	Inyección en un tracto sinusal; diagnostico (sinograma).	1,00	3,00
20520	Resección de cuerpo extraño en musculo o tendón, procedimiento simple.	2,20	3,00
20525	Resección de cuerpo extraño en musculo o tendón, profundo o complicado.	3,70	3,00
20526	Inyección terapéutica (ej. Anestésico local, corticoide) túnel del carpo.	0,60	3,00
20550	Inyección (es); vaina tendinosa única, o ligamento, aponeurosis (ej. Fascia plantar).	0,40	3,00
20551	Inyección (es); origen/inserción de un solo tendón.	0,60	3,00
20552	Inyección (es); puntos gatillo único o múltiples, uno o dos músculos.	0,60	3,00
20553	Inyección (es); puntos gatillo único o múltiples, tres o más músculos.	1,80	3,00
20555	Colocación de agujas o catéteres en musculo y/o tejidos blandos para	5,30	

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR II
	aplicación subsecuente de radioelementos intersticiales (en el momento del procedimiento de colocación o posterior a este)		3,00
20600	Artrocentesis, aspiración y/o inyección; articulación pequeña o bursa, (ej.: dedo de la mano o dedo del pie).	0,40	3,00
20605	Artrocentesis, aspiración y/o inyección; articulación intermedia o bursa (ej. Articulación temporomandibular, acromioclavicular, muñeca, codo, tobillo o la bursa olecraneana).	0,50	3,00
20610	Artrocentesis, aspiración y/o inyección; articulación mayor o bursa (ej. Hombro, cadera, rodilla, bursa subacromial).	0,60	3,00
20612	Aspiración y/o inyección de ganglión (es) cualquier localización.	0,60	3,00
20615	Aspiración e inyección para tratamiento de quiste de hueso.	3,70	3,00
20650	Inserción de un alambre o pin con aplicación de tracción esquelética, incluye remoción (procedimiento separado).	2,00	4,00
20660	Aplicación de aparato de tracción craneal o marco estereotaxico el cual incluye la remoción (procedimiento separado).	2,10	5,00
20661	Aplicación de halo, craneano (incluye remoción).	4,40	5,00
20662	Aplicación de halo, pélvico.	6,20	6,00
20663	Aplicación de halo, femoral.	6,20	4,00
20664	Aplicación de un halo, incluyendo remoción, craneal, con 6 o más pines para osteología de cráneo fina (ej.: paciente pediátrico, hidrocéfalo, osteogénesis imperfecta), que requiere anestesia general.	10,50	5,00
20665	Extracción de la tracción o del halo colocado por otro médico.	0,50	5,00
20670	Resección de implante superficial (ej. Alambre, pin), (procedimiento separado).	2,00	3,00
20680	Resección de implante profundo (ej. Alambre enterrado muy profundamente o clavo o tornillo o placa metálica).	4,90	5,00
20690	Aplicación de un sistema de fijación externo unilateral en un solo plano (pins o alambres en un solo plano).	6,20	3,00
20692	Aplicación de un sistema de fijación externo unilateral en varios planos. (Ej. Llizarov, monticelli).	11,10	3,00
20693	Revisión o ajuste de un sistema de fijación externa que requiere anestesia (ej. Nuevos clavos, nuevos alambres, nuevos aros o barras).	5,50	3,00
20694	Remoción bajo anestesia de un sistema de fijación externa.	2,50	3,00
20696	Aplicación en multiplanos (de pines o alambres en más de un plano), unilateral, fijación externa con ajuste	12,50	3,00
20897	Aplicación en multiplanos (de pines o alambres en más de un plano), unilateral, fijación externa con ajuste estereotactico asistido por computadora (marco espacial), incluyendo imagen; cambio o reemplazo de cada pin, por cada uno	0,10	0,00
20802	Reimplantación, brazo (incluye cuello quirúrgico del humero a través de la articulación del codo), amputación completa.	65,00	6,00
20805	Reimplantación del antebrazo (incluye radio y cubito hasta la articulación radiocarpiana), amputación completa.	65,00	6,00
20808	Reimplantación, mano (incluye mano a través de las articulaciones metacarpo falángicas), amputación completa.	60,00	6,00
20816	Reimplantación, dedo, excluyendo el pulgar (incluye la articulación metacarpo falángica hasta la inserción del tendón flexor superficial), amputación completa.	28,00	6,00
20822	Reimplantación, dedo, excluyendo pulgar (incluye la punta distal hasta la inserción del tendón superficial); amputación completa.	20,00	6,00
20824	Reimplantación, pulgar (incluye la articulación carpometacarpiano hasta la articulación metacarpo falángica) amputación completa.	32,00	6,00
20827	Reimplantación, pulgar (incluye la porción distal de la articulación metacarpo falángica) amputación completa.	27,50	6,00
20838	Reimplantación, de pie por amputación completa.	65,00	8,00
20900	Injerto óseo pequeño en cualquier área donante.	3,10	3,00
20902	Injerto óseo grande.	6,80	6,00
20910	Injerto de cartílago, costocondral.	6,20	6,00
20912	Injerto de cartílago, septum nasal.	6,20	5,00
20920	Injerto de facia lata tomado con stripper.	2,60	4,00
20922	Injerto de facia lata tomado por incisión y exposición de área, complejo u hoja.	5,20	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR II
20924	Injerto tendinoso a distancia (ej. Palmar, mayor o menor, extensores de los dedos del pie, plantar).	2,60	4,00
20926	Injerto de tejidos de otra naturaleza. (ej. grasa, dermis, etc.).	2,60	3,00
20930	Aloinjerto para cirugía solamente de columna; morselizado.	CM (criterio medico	5,00
20931	Aloinjerto estructural para cirugía de columna solamente	2,80	0,00
20936	Autoinjerto para cirugía de columna solamente (incluye siembra de tejido); local (ej.: costillas, apófisis espinosas o laminas) obtenido a través de la misma incisión.	CM (criterio medico	5,00
20937	Injerto morselizado (a través de una incisión separada de la piel o de la fascia).	4,10	0,00
20938	Injerto estructural, bicortical o tricortical (a través de una incisión separada de la piel o de la fascia).	4,50	0,00
20950	Monitoreo de presión del líquido intersticial con el fin de determinar la cantidad de presión en un síndrome compartamental del musculo, (incluye inserción del dispositivo, ej. Técnica manómetro de aguja).	1,50	3,00
20955	Injerto de hueso con anastomosis microvascular, peroné.	61,00	8,00
20956	Injerto de hueso con anastomosis microvascular, cresta iliaca.	61,00	6,00
20957	Injerto de hueso con anastomosis microvascular, metatarso.	61,00	8,00
20962	Otro tejido de hueso diferente a peroné, cresta iliaca o metatarso.	-	8,00
20969	Colgajo osteocutaneo libre con anastomosis microvascular que no sea de la cresta iliaca, metatarso o dedo grande del pie	45,20	8,00
20970	Colgajo osteocutaneo libre con anastomosis microvascular cresta iliaca.	61,00	6,00
20972	Colgajo osteocutaneo libre con anastomosis microvascular metatarso.	61,00	8,00
20973	Colgajo osteocutaneo libre con anastomosis microvascular dedo gordo del pie con espacio de tejido.	61,00	8,00
20974	Estimulación eléctrica para ayudar a la cicatrización ósea; no invasiva (no quirúrgica).	3,00	5,00
20975	Estimulación eléctrica para ayudar a la cicatrización ósea; invasiva (quirúrgica).	3,20	3,00
20979	Estimulación ultrasónica de baja intensidad para ayudar a cicatrización ósea no invasiva (no quirúrgica).	2,00	0,00
20982	Ablación, tumor (es) óseos (ej. Osteoma osteoide, metástasis), radiofrecuencia, percutánea, incluye guía por tac.	3,80	0,00
20985	Navegación quirúrgica asistida por computadora para procedimiento musculo esqueléticos, sin impresión (listar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	2,80	3,00
20999	Cualquier procedimiento no listado del sistema musculo-esquelético, general.	CM (criterio medico	5,00

CABEZA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR II
21010	Artrotomia de la articulación temporomandibular.	13,00	5,00
21015	Resección radical de tumor (ej. Neoplasia maligna) en tejidos blandos de cara o cuero cabelludo.	8,00	5,00
21025	Escisión de hueso en mandíbula (ej. Por osteomielitis o absceso óseo).	9,00	5,00
21026	Escisión de hueso (s) de la cara. (Ej. Por osteomielitis o absceso óseo).	10,00	5,00
21029	Remoción de tumor benigno de huesos de la cara (ej. Por displasia fibrosa).	11,00	5,00
21030	Escisión de tumor benigno o quiste del maxilar o malar por enucleación y curetaje.	13,00	5,00
21031	Escisión de torus mandibular.	6,80	5,00
21032	Escisión del torus maxilar palatino.	6,00	5,00
21034	Escisión de tumor maligno de maxilar o malar.	16,00	5,00
21040	Escisión de quiste o tumor benigno de la mandíbula, por enucleación y/o curetaje.	8,00	5,00
21044	Escisión de tumor maligno de la mandíbula.	15,90	5,00
21045	Escisión de tumor maligno de la mandíbula. Resección radical.	39,00	7,00
21046	Escisión de tumor benigno o quiste de mandíbula, que requiere osteotomía	10,10	

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR II
	intra-oral (ej. Lesión (es) destructivas o localmente agresivas).		5,00
21047	Escisión de tumor benigno o quiste de mandíbula, que requiere osteotomía intra-oral (ej. Lesión (es) destructivas o localmente agresivas). Requiriendo osteotomía extra-oral y mandibulectomia parcial (ej. Lesión (es) destructivas o localmente agresivas).	14,40	5,00
21048	Escisión de tumor benigno o quiste de maxilar, que requiere osteotomía intra-oral (ej. Lesión (es) destructivas o localmente agresivas).	10,40	5,00
21049	Escisión de tumor benigno o quiste de maxilar, que requiere osteotomía extra-oral y maxilectomia parcial (ej. Lesión (es) destructivas o localmente agresivas).	13,90	5,00
21050	Condilectomia de la articulación temporomandibular (procedimiento separado).	18,50	5,00
21060	Menisectomia parcial o completa de la articulación temporomandibular (procedimiento separado).	15,00	5,00
21070	Coronoidectomia (procedimiento separado).	19,00	5,00
21073	Manipulación de la articulación temporomandibular, terapéutica que requiera servicio de anestesia sea general o de monitoreo.	3,50	5,00
21076	Impresión y preparación del lecho; prótesis quirúrgica del obturador.	20,70	5,00
21077	Impresión y preparación del lecho; prótesis orbital.	76,00	5,00
21079	Impresión y preparación del lecho; prótesis del obturador interno.	32,00	5,00
21080	Impresión y preparación del lecho; prótesis del obturador definitiva.	46,00	5,00
21081	Impresión y preparación del lecho; resección de prótesis mandibular.	50,00	5,00
21082	Impresión y preparación del lecho; prótesis de aumento palatino.	35,50	5,00
21083	Impresión y preparación del lecho; prótesis de levantamiento palatino.	34,00	5,00
21084	Impresión y preparación del lecho; prótesis para ayuda al hablar.	41,00	5,00
21085	Impresión y preparación del lecho; férula oral quirúrgica	17,70	5,00
21086	Impresión y preparación del lecho; prótesis auricular.	36,00	5,00
21087	Impresión y preparación del lecho; prótesis nasal.	53,00	5,00
21088	Impresión y preparación del lecho; prótesis facial.	9,20	5,00
21089	Procedimiento no listado de prótesis máxilo facial.	CM (criterio medico)	5,00
21100	Aplicación de un aparato tipo halo para fijación maxilofacial, incluyendo su remoción (procedimiento separado).	3,80	5,00
21110	Aplicación de un aparato para fijación interdentaria para condiciones diferentes de fractura o luxación, incluye remoción.	7,80	5,00
21116	Inyección de sustancia para artrografía temporomandibular.	1,30	5,00
21120	Gonioplastia, aumento (por autoinjerto u alloinjerto o material de prótesis).	12,00	5,00
21121	Gonioplastia, osteotomía de deslizamiento, pieza única.	15,00	5,00
21122	Gonioplastia, osteotomías de deslizamiento, 2 o más osteotomías (ej. Escisión en cuna o cuna ósea reversa para asimetría de quijada).	19,50	5,00
21123	Gonioplastia, aumento de un pedazo de hueso (injerto interposicional de hueso). Incluye la obtención del auto injerto.	22,50	5,00
21125	Aumento de cuerpo o ángulo mandibular con material de prótesis.	13,00	5,00
21127	Aumento de cuerpo o ángulo mandibular con material de prótesis. Con injerto de hueso, interposicional (incluye la obtención de injerto).	17,20	5,00
21137	Reduccion de la frente, contorneada solamente.	17,20	5,00
21138	Reducción de la frente, contorneado y aplicación de material protésico en frente o de injerto de hueso (incluye obtención del injerto).	22,50	7,00
21139	Reducción de la frente, restablecimiento del seno frontal, pared anterior.	24,00	7,00
21141	Reconstrucción de hemicara, Lefort I, pieza única, segmento de movimiento en cualquier dirección (ej.: síndrome de cara larga), sin injerto óseo.	28,30	5,00
21142	Reconstrucción de hemicara, Lefort i, dos piezas segmento de movimiento en cualquier dirección, sin injerto óseo.	29,00	7,00
21143	Reconstrucción de hemicara, Lefort i, tres o más piezas segmento de movimiento en cualquier dirección, sin injerto óseo.	30,50	7,00
21145	Reconstrucción de hemicara, Lefort i, pieza única, cualquier dirección, requiriendo injerto de hueso (incluye obtención de injerto).	32,50	7,00
21146	Reconstrucción de hemicara, Lefort i, dos piezas, cualquier dirección, requiriendo injerto de hueso (incluye obtención de injerto).	37,50	7,00
21147	Reconstrucción de hemicara, Lefort i, tres o más piezas, cualquier dirección, requiriendo injerto de hueso (incluye obtención de injerto).	41,00	7,00
21150	Reconstrucción de hemicara, Lefort ii, intrusión anterior (ej. Síndrome de	44,00	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR II
	treacher – Collins).		
21151	Reconstrucción de hemicara, Lefort ii, cualquier dirección, requiriendo injerto de huesos (incluye la obtención de injerto).	49,00	7,00
21154	Reconstrucción de hemicara, Lefort iii (extracraneal), cualquier tipo, requiriendo injertos de hueso (sin Lefort i); incluye obtención de injerto.	53,00	7,00
21155	Reconstrucción de hemicara, Lefort iii (extracraneal), cualquier tipo, requiriendo injertos de hueso (con Lefort i.); incluye obtención de injerto.	61,00	7,00
21159	Reconstrucción de hemicara, Lefort iii (extra e intracraneal) con avance de la frente requiriendo injerto de huesos (incluye la obtención de injertos) sin Lefort i.	72,00	7,00
21160	Reconstrucción de hemicara, Lefort iii (extra e intracraneal) con avance de la frente requiriendo injerto de huesos (incluye la obtención de injertos) con Lefort i.	80,00	7,00
21172	Reconstrucción del arco superciliar lateral y parte baja de la frente, avance o alteración con o sin injerto. (incluye la obtención de injertos)	48,50	7,00
21175	Reconstrucción bifrontal de arco super-ciliar y parte baja de la frente, avance o alteración (ej. Plagiocefalia, trigonocefalia, braquicefalia) con o sin injerto. (Incluye la obtención de injertos).	58,00	7,00
21179	Reconstrucción total o parcial de la frente y/o arco supraorbitario con injerto o material protésico.	35,00	7,00
21180	Reconstrucción total o parcial de la frente y/o arco supraorbitario con auto injerto (incluye la obtención del injerto).	41,00	7,00
21181	Reconstrucción de huesos del cráneo por extracción de tumor benigno, extracraneal. (ej.: displasia fibrosa).	13,00	7,00
21182	Reconstrucción de la pared orbitaria, arcos, frente, complejo nasoetmoidal causado por la extracción de un tumor benigno de los huesos del cráneo, intra o extracraneal (ej. displasia fibrosa) con múltiples autoinjertos; (incluye la obtención de injertos) área total del injerto óseo menor a 40 cm2.	42,00	7,00
21183	Reconstrucción de la pared orbitaria, arcos, frente, complejo nasoetmoidal causado por la extracción de un tumor benigno de los huesos del cráneo, intra o extracraneal (ej. displasia fibrosa) con múltiples autoinjertos; (incluye la obtención de injertos) área total del injerto óseo mayor a 40 cm2; pero menor de 80 cm2.	45,00	7,00
21184	Reconstrucción de la pared orbitaria, arcos, frente, complejo nasoetmoidal causado por la extracción de un tumor benigno de los huesos del cráneo, intra o extracraneal (ej. displasia fibrosa) con múltiples autoinjertos; (incluye la obtención de injertos) área total de injerto óseo mayor de 80 cm2.	47,30	7,00
21188	Reconstrucción de hemicara, osteotomías e injertos (diferente a Lefort). (Incluye la obtención de injertos).	35,00	7,00
21193	Reconstrucción de ramo mandibular, horizontal, vertical; osteotomías en "c" o "l". Sin injerto óseo.	30,00	7,00
21194	Reconstrucción de ramo mandibular, horizontal, vertical; osteotomías en "c" o "l". Con injerto óseo (incluye la obtención de injerto).	42,20	7,00
21195	Reconstrucción de ramo mandibular y/o cuerpo, sagital, sin fijación rígida interna.	36,00	7,00
21196	Reconstrucción de ramo mandibular y/o cuerpo, sagital, con fijación rígida interna.	38,00	7,00
21198	Osteotomía segmentaria de mandíbula.	19,00	7,00
21199	Osteotomía segmentaria de mandíbula. Con avance del genio gloso	21,00	7,00
21206	Osteotomía segmentaria de maxilar (ej. Wassmund o schuchard)	23,00	7,00
21208	Osteoplastia de huesos faciales para aumento (autoinjertos, haloinjertos o implantes de prótesis).	13,00	7,00
21209	Osteoplastia de huesos faciales para reducción.	19,00	7,00
21210	Injerto de hueso, áreas nasal, maxilar, malar (incluyendo la obtención del injerto).	20,00	5,00
21215	Injerto de hueso, mandíbula (incluye la obtención del injerto).	25,00	5,00
21230	Injerto de costilla, cartílago costal, autógeno, para cara, mentón, nariz u oreja (incluyendo la obtención del injerto).	19,00	5,00
21235	Injerto de costilla, cartílago autógeno de la oreja para la nariz u oreja (incluyendo la obtención del injerto).	14,00	5,00
21240	Artroplastia de la articulación temporomandibular, con o sin injerto (incluye la obtención de injertos).	26,50	5,00
21242	Artroplastia temporomandibular con haloinjerto.	28,00	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR II
21243	Artroplastia temporomandibular con prótesis de reemplazo.	28,00	5,00
21244	Reconstrucción de mandíbula extraoral con plato óseo transosteal.	26,00	5,00
21245	Reconstrucción mandibular o maxilar con implante subperiosteal parcial.	19,00	7,00
21246	Reconstrucción mandibular o maxilar con implante subperiosteal completo.	37,00	7,00
21247	Reconstrucción de cóndilo mandibular con autoinjerto de hueso o cartílago (ej.: para microsomia hemifacial). (Incluye la obtención de injertos).	39,00	7,00
21248	Reconstrucción de mandíbula o maxilar con implante endosteal parcial.	15,00	7,00
21249	Reconstrucción de mandíbula o maxilar con implante endosteal completo.	18,00	7,00
21255	Reconstrucción de arco zigomático y de la fosa glenoidea con hueso y cartílago (incluye obtención del autoinjerto).	24,00	7,00
21256	Reconstrucción de la órbita con osteotomías (extracraneal) y con injertos de hueso. (Ej. Microoftalmia). (Incluye la obtención de injertos).	55,00	7,00
21260	Osteotomías periorbitales para hipertelorismo orbital, con injertos óseos; acceso extracraneal.	39,00	7,00
21261	Osteotomías periorbitales para hipertelorismo orbital, con injertos óseos; combinado con vía de acceso intracraneal y extracraneal.	65,00	11,00
21263	Osteotomías periorbitales para hipertelorismo orbital, con injertos óseos; con avance frontal.	65,00	7,00
21267	Reposición orbital con osteotomías periobitales, unilateral, con injerto de hueso con una vía de acceso extracraneal.	39,00	7,00
21268	Reposición orbital con osteotomías periobitales, unilateral, con injerto de hueso combinado con una vía de acceso intra y extracraneal.	65,00	11,00
21270	Aumento malar con material de prótesis.	17,00	5,00
21275	Revisión secundaria por reconstrucción craneo-orbitofacial.	12,40	7,00
21280	Cantopexia medial (procedimiento separado)	17,00	5,00
21282	Cantopexia lateral.	13,50	5,00
21295	Reduccion de musculo masetero y hueso por abordaje extraoral (ej.: para tratamiento de hipertrofia benigna del masetero).	11,00	5,00
21296	Reducción de musculo masetero y hueso por abordaje intraoral. (ej.: para tratamiento de hipertrofia benigna del masetero).	15,00	5,00
21299	Procedimientos no listados, craneofaciales y maxilofaciales.	0,00	5,00
21310	Tratamiento cerrado de fractura de la nariz sin manipulación.	1,10	5,00
21315	Tratamiento de fractura de los huesos nasales sin estabilización.	2,00	5,00
21320	Tratamiento de fractura de los huesos nasales con estabilización.	4,20	5,00
21325	Tratamiento quirúrgico de las fracturas nasales no complicadas.	5,00	5,00
21330	Tratamiento quirúrgico de las fracturas nasales complicado, con fijación esquelética interna y/o externa.	10,00	5,00
21335	Tratamiento quirúrgico de las fracturas nasales con tratamiento abierto concomitante de septum fracturado.	18,00	5,00
21336	Tratamiento quirúrgico de las fracturas del septum nasal, con o sin estabilización.	8,20	5,00
21337	Tratamiento cerrado de fractura septo nasal con o sin estabilización.	1,70	5,00
21338	Tratamiento quirúrgico de fracturas nasoetmoidales, sin fijación externa.	15,00	5,00
21339	Tratamiento quirúrgico de fracturas nasoetmoidales, con fijación externa.	17,20	5,00
21340	Tratamiento percutáneo de fractura del complejo nasoetmoidal con inmovilización con alambrado o con fijación externa, incluyendo reparación de los ligamentos cantales y/o del aparato naso lagrimal.	17,00	5,00
21343	Tratamiento abierto de seno frontal deprimido por fractura.	14,00	5,00
21344	Tratamiento abierto de fractura de seno frontal complicada (ej.: conminuta o que involucre la pared posterior), vía coronal o múltiples abordajes.	26,70	5,00
21345	Tratamiento cerrado de una fractura compleja nasomaxilar (tipo Lefort ii, con fijación con alambre interdental y fijación de la dentadura o férula.	10,00	7,00
21346	Tratamiento abierto de una fractura complicada nasomaxilar (tipo Lefort ii), con fijación local y/o alambrado.	15,00	7,00
21347	Tratamiento abierto de una fractura complicada nasomaxilar (tipo Lefort ii), con fijación local y/o alambrado. Con múltiples vías de acceso.	17,20	7,00
21348	Tratamiento abierto de una fractura complicada nasomaxilar (tipo Lefort ii), con fijación local y/o alambrado. Con injerto óseo. (Incluye la obtención de injertos).	27,40	7,00
21355	Tratamiento percutáneo con manipulación de fractura del área malar incluyendo el arco zigomático y el trípode malar.	9,80	5,00
21356	Tratamiento abierto de fractura con depresión del arco zigomático (ej.:	9,60	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR II
	acceso de gilles).		
21360	Tratamiento abierto de la fractura con depresión malar, incluyendo el arco zigomático y el trípode malar.	13,30	7,00
21365	Tratamiento abierto de fractura (s) complicada (ej.: fracturas conminutas o que involucren las foraminas nerviosas) incluyendo arco zigomático, el trípode malar, con fijación esquelética interna o múltiples vías de acceso quirúrgicas.	15,00	7,00
21366	Tratamiento abierto de fractura (s) complicada (ej.: fracturas conminutas o que involucren las foraminas nerviosas) incluyendo arco zigomático, el trípode malar, con fijación esquelética interna o múltiples vías de acceso quirúrgicas. Con injerto óseo (incluye la obtención de injertos).	24,00	7,00
21385	Tratamiento abierto del hundimiento del piso orbitario por fractura mediante una vía de acceso transantral (operación tipo caldwell-luc).	13,60	7,00
21386	Tratamiento abierto del hundimiento del piso orbitario por fractura mediante una vía de acceso periorbital.	18,00	7,00
21387	Tratamiento abierto del hundimiento del piso orbitario por fractura mediante una vía de acceso combinada.	18,00	7,00
21390	Tratamiento abierto del hundimiento del piso orbitario por fractura mediante una vía de acceso periorbital, con implante aloplastico o diferente.	19,00	7,00
21395	Tratamiento abierto del hundimiento del piso orbitario por fractura mediante una vía de acceso periorbital con injerto óseo, incluyendo la obtención del injerto.	25,80	7,00
21400	Tratamiento cerrado de fractura de la órbita, excepto hundimiento, sin manipulación.	1,70	5,00
21401	Tratamiento cerrado de fractura de la órbita, excepto hundimiento, con manipulación.	14,00	5,00
21406	Tratamiento abierto de la fractura de la órbita, excepto con hundimiento, sin implante.	16,00	7,00
21407	Tratamiento abierto de la fractura de la órbita, excepto con hundimiento, con implante.	18,00	7,00
21408	Tratamiento abierto de la fractura de la órbita, excepto con hundimiento, con injerto óseo (incluye la obtención de injertos).	20,60	7,00
21421	Tratamiento cerrado de las fracturas palatinas o maxilares (tipo Lefort i) con fijación o alambrado interdentario, o con fijación a la dentadura o con férula.	12,50	5,00
21422	Tratamiento abierto de fractura palatina o maxilar (tipo Lefort i).	15,00	7,00
21423	Tratamiento abierto de fractura palatina o maxilar (tipo Lefort i). Complicada (conminuta o con compromiso de foramina de nervio craneal), múltiples accesos.	21,30	7,00
21431	Tratamiento cerrado de la separación cráneo facial (Lefort iii) usando fijación mediante alambrado interdentario o dentadura o férula.	16,00	5,00
21432	Tratamiento abierto de separación craneofacial (Lefort tipo iii) con alambrado y/o fijación interna.	19,00	7,00
21433	Tratamiento abierto de separación craneofacial (Lefort tipo iii) con alambrado y/o fijación interna. Complicado (ej.: conminuta o con compromiso de foraminas de nervios craneales, múltiples vías de acceso).	22,00	7,00
21435	Tratamiento abierto de separación craneofacial (Lefort tipo iii) con alambrado y/o fijación interna. Complicado, utilizando técnicas de fijación interna y/o externa (ej.: halo cefálico y/o fijación intermaxilar).	24,00	7,00
21436	Tratamiento abierto de separación craneofacial (Lefort tipo iii) con alambrado y/o fijación interna. Complicado, múltiples abordajes, fijación interna con injerto óseo (incluye la obtención de injertos).	32,90	7,00
21440	Tratamiento cerrado de fracturas mandibulares o del reborde alveolar del maxilar (procedimiento separado).	15,60	7,00
21445	Tratamiento abierto de fracturas mandibulares o del reborde alveolar del maxilar (procedimiento separado).	19,20	7,00
21450	Tratamiento cerrado de fractura mandibular sin manipulación.	1,20	0,00
21451	Tratamiento cerrado de fractura mandibular con manipulación.	8,00	0,00
21452	Tratamiento percutáneo de fractura mandibular con fijación externa.	1,20	5,00
21453	Tratamiento cerrado de fractura mandibular con fijación interdental.	8,70	5,00
21454	Tratamiento abierto de fractura mandibular con fijación externa.	15,00	5,00
21461	Tratamiento abierto de una fractura abierta mandibular sin fijación interdentaria.	14,50	5,00
21462	Tratamiento abierto de una fractura abierta mandibular con fijación	17,20	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR II
	interdentaria.		
21465	Tratamiento abierto de fractura del cóndilo mandibular	14,50	5,00
21470	Tratamiento abierto de fractura complicada mandibular por medio de múltiples vías de acceso quirúrgicas incluyendo fijación interna o interdentaria y/o alambrado dentario o por medio de férula.	19,00	5,00
21480	Tratamiento cerrado de luxación temporomandibular inicial o subsecuente.	2,80	5,00
21485	Tratamiento cerrado de luxación temporomandibular complicada (requiriendo fijación intermaxilar o férula), inicial o subsecuente.	8,70	5,00
21490	Tratamiento abierto de luxación temporomandibular.	13,00	5,00
21495	Tratamiento abierto de fractura del hueso hioides.	19,00	5,00
21497	Alambrado interdentario para cualquier condición que no sea fractura.	13,00	5,00
21499	Cualquier procedimiento musculo-esquelético de cabeza, no listado.	CM(criterio medico	5,00

CUELLO (TEJIDOS BLANDOS) Y TORAX

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
21501	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma, tejidos blandos de cuello o tórax.	5,50	5,00
21502	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma, tejidos blandos de cuello o tórax. Con ostectomia parcial de la costilla.	7,60	6,00
21510	Incisión profunda con apertura de la corteza ósea (ej.: por osteomielitis o absceso óseo), tórax.	4,90	10,00
21550	Biopsia de los tejidos blandos, cuello y tórax.	1,70	0,00
21552	Escisión tumor de tejidos blandos de cuello y tórax anterior, subcutáneo de 3 o más.	7,00	5,00
21554	Escisión tumor de tejidos blandos de nuca y tórax anterior, subfasial ej.: intramuscular 50 o más.	11,00	5,00
21555	Escisión de tumor benigno subcutáneo, cuello y tórax.	3,90	5,00
21556	Escisión de tumor profundo, subfascial, intramuscular. Cuello y tórax.	6,50	5,00
21557	Resección radical de tumor de tejidos blandos de cuello y tórax. (Ej. Neoplasma maligno).	15,00	6,00
21600	Escisión de costilla, parcial.	6,10	6,00
21610	Costotransversectomia (procedimiento separado).	22,00	6,00
21615	Escisión de la primera costilla y/o de la costilla cervical.	17,60	6,00
21616	Escisión de la primera costilla y/o de la costilla cervical. Con simpatectomía.	22,40	6,00
21620	Ostectomia del esternón, parcial.	22,00	6,00
21627	Debridamiento del esternón.	8,80	10,00
21630	Resección radical del esternón.	27,50	13,00
21632	Resección radical del esternón. Con linfadenectomia mediastinal.	44,00	12,00
21685	Miotomia y suspensión del hiodes.	8,70	12,00
21700	División del scalenus anticus; sin resección de costilla cervical	7,20	5,00
21705	División del scalenus anticus; con resección de costilla cervical.	13,80	6,00
21720	División del esternocleidomastoideo para torticolis, operación abierta; sin aplicación de yeso.	7,20	5,00
21725	División del esternocleidomastoideo para torticolis, operación abierta; con aplicación de yeso.	9,40	5,00
21740	Reparo reconstructivo de pectus excavatum o carinatum, abierto.	24,00	13,00
21742	Reparo reconstructivo de pectus excavatum o carinatum, abierto. Abordaje mínimamente invasivo, sin toracoscopia.	26,00	10,00
21743	Reparo reconstructivo de pectus excavatum o carinatum, abierto. Abordaje mínimamente invasivo, con toracoscopia.	28,00	12,00
21750	Cierre de separación de esternotomia media con o sin debridamiento (procedimiento separado).	20,00	10,00
21800	Tratamiento cerrado de fractura de costilla; sin complicaciones, cada una.	1,20	6,00
21805	Tratamiento abierto de fractura costal sin fijación, cada una.	11,00	6,00
21810	Tratamiento de fractura costal requiriendo fijación externa (tórax inestable).	26,40	10,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
21820	Tratamiento cerrado de fractura del esternón.	3,00	6,00
21825	Tratamiento abierto de fractura de esternón con o sin fijación esquelética.	11,00	10,00
21899	Procedimientos no listados de cuello y tórax.	CM (criterio medico)	6,00

ESPALDA Y FLANCOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
21920	Biopsia de tejidos blandos de espalda o flancos, superficial.	1,00	5,00
21925	Biopsia de tejidos blandos de espalda o flancos, profunda.	3,30	5,00
21930	Escisión de tumor, tejidos blandos de la espalda o flanco.	3,30	5,00
21935	Resección radical de tumor de tejidos blandos de la espalda o flanco (ej. Neoplasia maligna).	15,00	5,00
22010	Incisión de drenaje abierto de absceso profundo (subfascial) columna posterior	12,70	5,00
22015	Lumbar, sacra o lumbosacra	12,60	5,00

COLUMNA VERTEBRAL

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
22100	Resección parcial de componente vertebral posterior (apófisis espinosa, lámina o faceta), por lesión intrínseca de hueso, segmento vertebral único; cervical.	12,00	10,00
22101	Resección parcial de componente vertebral posterior (apófisis espinosa, lamina o faceta), por lesión intrínseca de hueso, segmento vertebral único; columna torácica.	11,80	10,00
22102	Resección parcial de componente vertebral posterior (apófisis espinosa, lamina o faceta), por lesión intrínseca de hueso, segmento vertebral único; columna lumbar.	11,00	8,00
22103	Resección parcial de componente vertebral posterior (apófisis espinosa, lamina o faceta), por lesión intrínseca de hueso, segmento vertebral único; cada segmento adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	3,40	0,00
22110	Escisión parcial de cuerpo vertebral por lesión intrínseca de hueso, sin descompresión de cordón espinal o raíces nerviosas, segmento vertebral único, cervical.	16,50	10,00
22112	Escisión parcial de cuerpo vertebral por lesión intrínseca de hueso, sin descompresión de cordón espinal o raíces nerviosas, segmento vertebral único, torácica.	16,50	10,00
22114	Escisión parcial de cuerpo vertebral por lesión intrínseca de hueso, sin descompresión de cordón espinal o raíces nerviosas, segmento vertebral único, lumbar.	14,00	8,00
22116	Escisión parcial de cuerpo vertebral por lesión intrínseca de hueso, sin descompresión de cordón espinal o raíces nerviosas, segmento vertebral único, cada segmento adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	3,40	0,00
22206	Osteotomía de la columna vertebral, posterior o posterolateral, 1 segmento vertebral, ejemplo sustracción de pedículo/cuerpo vertebral, torácico	37,20	13,00
22207	Osteotomía de la columna vertebral, posterior o posterolateral, 1 segmento vertebral, ejemplo sustracción de pedículo/cuerpo vertebral, lumbar	36,70	13,00
22208	Osteotomía de la columna vertebral, posterior o posterolateral, 1 segmento vertebral, ejemplo sustracción de pedículo/cuerpo vertebral, cada segmento vertebral adicional (listar por separado al código primario)	9,40	13,00
22210	Osteotomía de columna abordaje posterior o posterolateral, un segmento vertebral; cervical.	32,50	13,00
22212	Osteotomía de columna abordaje posterior o posterolateral, un segmento vertebral; torácico.	28,00	13,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
22214	Osteotomía de columna abordaje posterior o posterolateral, un segmento vertebral; lumbar.	27,00	13,00
22216	Osteotomía de columna abordaje posterior o posterolateral, un segmento vertebral; cada segmento vertebral adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	9,00	0,00
22220	Osteotomía de columna, incluyendo disectomia, abordaje anterior, segmento vertebral único; cervical.	31,00	10,00
22222	Osteotomía de columna, incluyendo disectomia, abordaje anterior, segmento vertebral único; torácico.	31,00	10,00
22224	Osteotomía de columna, incluyendo disectomia, abordaje anterior, segmento vertebral único; lumbar.	31,00	8,00
22226	Osteotomía de columna, incluyendo disectomia, abordaje anterior, segmento vertebral único; cada segmento vertebral adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	9,00	0,00
22305	Tratamiento cerrado de fractura (s) vertebral.	2,50	8,00
22310	Tratamiento cerrado de fractura (s) de cuerpo vertebral, sin manipulación, requiriendo e incluyendo yeso o corsé.	3,50	8,00
22315	Tratamiento cerrado de fractura(s) vertebrales y/o luxación(es) requiriendo e incluyendo yeso o corsé, con o sin anestesia, por manipulación o tracción.	10,00	0,00
22318	Tratamiento abierto y/o reducción de fractura y/o dislocaciones de odontoides, abordaje anterior, incluyendo fijación interna; sin injerto.	32,00	10,00
22319	Tratamiento abierto y/o reducción de fractura y/o dislocaciones de odontoides, abordaje anterior, incluyendo fijación interna; con injerto.	34,50	10,00
22325	Tratamiento abierto y/o reducción de fractura(s) vertebral y/o luxación(es); abordaje posterior, una vértebra fracturada o un segmento luxado; lumbar.	18,00	8,00
22326	Tratamiento abierto y/o reducción de fractura(s) vertebral y/o luxación(es); abordaje posterior, una vértebra fracturada o un segmento luxado; columna cervical.	26,00	10,00
22327	Tratamiento abierto y/o reducción de fractura(s) vertebral y/o luxación(es); abordaje posterior, una vértebra fracturada o un segmento luxado; columna torácica.	24,00	10,00
22328	Tratamiento abierto y/o reducción de fractura(s) vertebral y/o luxación(es); abordaje posterior, una vértebra fracturada o un segmento luxado; cada vertebra fracturada adicional o segmento luxado (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	7,00	0,00
22505	Manipulación de columna con anestesia, cualquier segmento.	2,00	3,00
22520	Vertebroplastia percutánea, un cuerpo vertebral, con inyección uni o bilateral; torácico.	8,70	5,00
22521	Vertebroplastia percutánea, un cuerpo vertebral, con inyección uni o bilateral; lumbar.	8,20	5,00
22522	Vertebroplastia percutánea, un cuerpo vertebral, con inyección uni o bilateral; cada cuerpo vertebral adicional torácico o lumbar. (Anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	4,30	0,00
22523	Aumento vertebral percutáneo, incluyendo creación de cavidad (reducción de fractura y biopsia ósea) utilizando dispositivo mecánico; un cuerpo vertebral; canulacion unilateral o bilateral; torácica.	11,80	5,00
22524	Aumento vertebral percutáneo, incluyendo creación de cavidad (reducción de fractura y biopsia ósea) utilizando dispositivo mecánico; un cuerpo vertebral; canulacion unilateral o bilateral; lumbar	11,30	5,00
22525	Cada cuerpo vertebral acicional, toracico o lumbar. (anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	5,40	0,00
22526	Anuloplastia intradiscal electotermica percutánea; unilateral o bilateral, incluyendo guía fluoroscopica; nivel único.	8,00	5,00
22527	Uno o más niveles adicionales. (Anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	4,00	0,00
22532	Artrodesis, técnica extracavitaria lateral, incluyendo disectomia mínima para preparar el interespacio (diferente que para descompresión); torácico.	15,20	10,00
22533	Artrodesis, técnica extracavitaria lateral, incluyendo disectomia mínima para preparar el interespacio (diferente que para descompresión); lumbar.	14,20	8,00
22534	Artrodesis, técnica extracavitaria lateral, incluyendo disectomia mínima para preparar el interespacio (diferente que para descompresión); cada segmento vertebral adicional torácico o lumbar (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	3,60	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
22548	Artrodesis anterior, técnica transoral o extraoral, clivus c1-c2 con injerto óseo, con o sin escisión de apófisis odontoides.	34,50	13,00
22551	Artrodesis anterior, intracorporea, incluye la preparación del espacio discal, disectomia, ósea, descompresión del cordón espinal y terminaciones nerviosas cervical bajo c2.	47,50	13,00
22552	Cervical bajo c2, cada espacio adicional lístelo separadamente en adición al código primario.	11,10	3,00
22554	Artrodesis, técnica intercorpal anterior, incluyendo disectomia mínima para preparar el espacio (que no sea para descompresión), cervical, bajo c2.	26,00	10,00
22556	Artrodesis, técnica intercorpal anterior, incluyendo disectomia mínima para preparar el espacio (que no sea para descompresión), torácica.	30,00	10,00
22558	Artrodesis, técnica intercorpal anterior, incluyendo disectomia mínima para preparar el espacio (que no sea para descompresión), lumbar.	28,00	8,00
22585	Artrodesis, técnica intercorpal anterior, incluyendo disectomia mínima para preparar el espacio (que no sea para descompresión), cada espacio adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	8,00	0,00
22590	Artrodesis cráneo cervical (occipucio-c2), técnica posterior.	32,00	10,00
22595	Artrodesis, c1-c2, técnica posterior.	32,00	10,00
22600	Artrodesis cervical bajo el segmento c2, un solo segmento, técnica posterior o posterolateral.	26,00	10,00
22610	Artrodesis torácica (con o sin técnica lateral transversa), un solo segmento, técnica posterior o posterolateral.	25,00	10,00
22612	Artrodesis lumbar (con o sin técnica lateral transversa), un solo segmento, técnica posterior o posterolateral.	30,00	8,00
22614	Artrodesis, técnica posterior o posterolateral. Cada segmento vertebral adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	9,00	0,00
22630	Artrodesis lumbar, técnica intercorpal posterior, incluyendo laminectomia y/o disectomia para preparar el interespacio (diferente que para descompresión) un solo espacio.	32,00	8,00
22632	Artrodesis lumbar, técnica intercorpal posterior, incluyendo laminectomia y/o disectomia para preparar el interespacio (diferente que para descompresión) cada espacio adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	9,00	0,00

DEFORMIDAD DE COLUMNA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
22800	Artrodesis posterior, para deformidad de columna, con o sin yeso, hasta 6 segmentos.	30,00	13,00
22802	Artrodesis posterior, para deformidad de columna, con o sin yeso, 7 a 12 segmentos vertebrales.	42,00	13,00
22804	Artrodesis posterior, para deformidad de columna, con o sin yeso, 13 o más segmentos vertebrales.	50,00	13,00
22808	Artrodesis anterior, para deformidad de columna, con o sin yeso, 2 o 3 segmentos vertebrales.	35,00	13,00
22810	Artrodesis anterior, para deformidad de columna, con o sin yeso, 4 a 7 segmentos vertebrales.	41,00	13,00
22812	Artrodesis anterior, para deformidad de columna, con o sin yeso, 8 o más segmentos vertebrales.	44,00	13,00
22818	Xifectomia, exposición circunferencial de columna y resección de segmento (s) vertebral (es) (incluyendo cuerpo y elementos posteriores); única o 2 segmentos.	36,00	13,00
22819	Xifectomia, exposición circunferencial de columna y resección de segmento (s) vertebral (es) (incluyendo cuerpo y elementos posteriores); 3 o más segmentos.	41,50	13,00
22830	Exploración de fusión espinal.	18,00	13,00
22840	Instrumentación posterior, no segmentaria. (ej.: barra simple de harrington, fijación de pedículo a través de un interespacio, fijación	9,00	13,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	transarticular atlantoaxial con tornillo, alambramiento sublaminar en c1, fijación de facetas con tornillo)		
22841	Fijación espinal interna por alambramiento de apófisis espinosas.	CM (criterio medico)	10,00
22842	Instrumentación posterior de 3-6 segmentos (ej.: fijación de pedículos).	18,00	13,00
22843	Instrumentación posterior de 7 a 12 segmentos vertebrales.	19,50	13,00
22844	Instrumentación posterior de 13 o más segmentos vertebrales.	22,00	13,00
22845	Instrumentación anterior, 2 o 3 segmentos vertebrales.	17,00	13,00
22846	Instrumentación anterior, 4 a 7 segmentos vertebrales.	18,00	13,00
22847	Instrumentación anterior, 8 o más segmentos vertebrales.	20,00	13,00
22848	Fijación pélvica, diferente al sacro.	8,50	13,00
22849	Reinserción de aparato para fijación espinal.	32,50	13,00
22850	Extracción de instrumentación no segmentaria posterior (ej.: barra de harrington).	10,00	13,00
22851	Colocación de aparato biomecánico protésico para defecto vertebral o del espacio intervertebral.	9,50	13,00
22852	Remoción de instrumentación segmentaria posterior.	14,00	13,00
22855	Remoción de instrumentación anterior.	12,00	13,00
22856	Artroplastia total de disco (disco artificial) abordaje anterior incluyendo la remoción del disco con preparación para decompresion de la raíz nerviosa o de la medula espinal que incluiría remoción de osteofitos y microdiseccion, un interespacio, cervical	26,00	13,00
22857	Artroplastia discal total (disco artificial), acceso anterior, incluyendo discectomia para preparación del inter espacio; lumbar, inter espacio único	30,00	13,00
22861	Revisión incluyendo artroplastia total de disco (disco artificial) abordaje anterior incluyendo la remoción del disco con preparación para descompresión de la raíz nerviosa o de la medula espinal que incluiría remoción de osteofitos y microdiseccion, un interespacio, cervical	32,00	13,00
22862	Revisión incluyendo cambio de artroplastia discal total (disco artificial), acceso anterior, lumbar, entre espacio único	36,00	13,00
22864	Artroplastia total de disco (disco artificial) abordaje anterior, cada interespacio, cervical	30,00	13,00
22865	Remoción de artroplastia discal total (disco artificial), acceso anterior, lumbar, entre espacio único	35,00	13,00
22899	Cualquier procedimiento no listado de columna.	CM (criterio medico)	3,00
22900	Escisión de tumor de pared abdominal, subfacial (ej.: desmoideo).	6,50	4,00
22901	Escisión de tumor de pared abdominal, subfacial 5 o más.	10,00	4,00
22902	Escisión de tumor de tejidos blandos de pared abdominal, submucoso. Menos de 3 cm	5,00	4,00
22903	Escisión de tumor de tejidos blandos de pared abdominal, submucoso 3 cm o más.	7,00	4,00
22904	Resección radical de tumor (ej. Neoplasma maligno) de tejidos blandos de la pared abdominal menos a 5 cm.	16,00	4,00
22905	Resección radical de tumor (ej. Neoplasma maligno) de tejidos blandos de la pared abdominal, 5 cm o más.	20,00	4,00
22999	Procedimientos no listados, sistema musculo esquelético, abdomen.	CM (criterio medico)	4,00

HOMBRO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
23000	Escisión de depósitos calcáreos subdeltoideos, abierta.	6,80	5,00
23020	Liberación de contractura capsular (procedimiento tipo severa)	12,50	5,00
23030	Incisión y drenaje; absceso profundo o hematoma, área del hombro.	4,00	5,00
23031	Incisión y drenaje; absceso profundo o hematoma, área del hombro. Bursa infectada.	3,50	5,00
23035	Incisión, de la cortical ósea (ej.: para osteomielitis o absceso óseo), área	14,40	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	del hombro.		
23040	Artrotomia con exploración, drenaje o remoción de cuerpo extraño, articulación glenohumeral.	12,50	5,00
23044	Artrotomia con exploración, drenaje o remoción de cuerpo extraño, articulaciones acromioclavicular o externo clavicular.	8,10	5,00
23065	Biopsia de tejidos blandos de hombro, superficial.	2,60	3,00
23066	Biopsia de tejidos blandos de hombro, profunda	4,20	5,00
23071	Escisión de tumor, de tejidos blandos del área de la cadera, subcutáneo, 30 o mas	6,00	5,00
23073	Escisión de tumor, de tejidos blandos del área de la cadera, subfasial, (ej. Intramuscular) 5 cm o mas	10,00	5,00
23075	Escisión de tumor benigno subcutáneo del hombro.	3,00	3,00
23076	Escisión de tumor benigno profundo, subfascial o intramuscular. Del hombro.	6,50	5,00
23077	Resección radical de tumor maligno en el área del hombro, tejidos blandos (ej. Neoplasma maligno).	15,00	5,00
23100	Artrotomia articulación glenohumeral, incluyendo biopsia.	12,50	5,00
23101	Artrotomia para biopsia o escisión de cartílago lesionado, articulación acromioclavicular o articulación externo clavicular.	12,50	5,00
23105	Artrotomia para sinovectomia, articulación glenohumeral, con o sin biopsia.	15,00	5,00
23106	Artrotomia para sinovectomia, articulación esternoclavicular, con sinovectomia, con o sin biopsia...	12,00	5,00
23107	Artrotomia para exploración de articulación glenohumeral, con o sin extracción de cuerpo extraño suelto.	12,00	5,00
23120	Claviculectomia parcial.	8,80	5,00
23125	Claviculectomia total.	17,60	6,00
23130	Acromioplastia o acromionectomia, parcial, con o sin liberación de ligamento coraco-acromial.	8,80	5,00
23140	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escapula.	6,80	5,00
23145	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escapula. Con injerto autólogo primario (incluye el obtener el injerto).	9,30	5,00
23146	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de clavícula o escapula. Con injerto homologo.	7,50	5,00
23150	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno del humero proximal.	14,40	5,00
23155	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno del humero proximal. Con injerto autólogo primario (incluye el obtener el injerto).	15,00	5,00
23156	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno del humero proximal. Con injerto homologo.	13,00	5,00
23170	Secuestrectomia para osteomielitis o absceso óseo, clavícula.	6,00	5,00
23172	Secuestrectomia para osteomielitis o absceso óseo, escapula.	7,20	5,00
23174	Secuestrectomia para osteomielitis o absceso de hueso, cabeza humeral o cuello quirúrgico.	12,20	5,00
23180	Escisión parcial de hueso (ej.: osteomielitis), clavícula.	7,50	5,00
23182	Escisión parcial de hueso (ej.: osteomielitis), escapula.	7,20	5,00
23184	Escisión parcial de hueso (ej.: osteomielitis), humero proximal.	12,00	5,00
23190	Ostectomia de escapula, parcial (ej.: ángulo supero medial).	7,20	5,00
23195	Resección de la cabeza humeral.	18,00	5,00
23200	Resección radical para tumor, clavícula.	14,40	6,00
23210	Resección radical para tumor, escapula.	19,20	6,00
23220	Resección radical para tumor, humero proximal.	19,20	6,00
23330	Extracción de cuerpo extraño, subcutánea área del hombro.	8,70	3,00
23331	Extracción de cuerpo extraño, profundo (ej.: remoción o extracción de prótesis) área del hombro.	14,30	6,00
23332	Extracción de cuerpo extraño, complicado, (ej.: hombro total). Área del hombro.	16,70	10,00
23350	Infiltración del hombro para artrografía, TAC, RMN	0,80	4,00
23395	Transferencia muscular de cualquier tipo, hombro o brazo superior, simple.	11,60	5,00
23397	Transferencia muscular de cualquier tipo, hombro o brazo superior, múltiple.	13,80	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
23400	Escapulopexia (ej.: deformidad de sprengel o para parálisis).	16,50	5,00
23405	Tenotomía; área del hombro simple, un tendón.	9,40	5,00
23406	Tenotomía; área del hombro simple, múltiple a través de una misma incisión.	12,90	5,00
23410	Reparación abierta del manguito rotador; agudo.	14,00	5,00
23412	Reparación abierta del manguito rotador; crónico.	16,70	5,00
23415	Liberación de ligamento coracoacromial con o sin acromioplastia.	11,00	5,00
23420	Reparación de avulsión completa del manguito rotador, crónica (incluye acromioplastia).	19,00	5,00
23430	Tenodesis del tendón largo del bíceps.	12,00	5,00
23440	Resección o trasplante del tendón largo del bíceps.	12,00	5,00
23450	Capsulorrafia anterior procedimiento de putti-platt u operación de magnuson.	16,80	5,00
23455	Capsulorrafia anterior con reparación labral. Procedimiento de bankart.	18,90	5,00
23460	Capsulorrafia anterior, cualquier tipo con bloque de hueso.	20,20	5,00
23462	Capsulorrafia anterior, con transferencia de la apófisis coracoides.	19,00	5,00
23465	Capsulorrafia, articulación glenohumeral, posterior, con o sin bloque de hueso.	19,00	5,00
23466	Capsulorrafia, articulación glenohumeral, cualquier tipo de inestabilidad multidireccional.	20,00	5,00
23470	Artroplastia, articulación glenohumeral; hemiartroplastia.	20,00	5,00
23472	Artroplastia, articulación glenohumeral; reemplazo total de hombro.	35,00	10,00
23480	Osteotomía de clavícula con o sin fijación interna.	10,00	5,00
23485	Osteotomía de clavícula con injerto óseo para no unión o mala unión (incluye el obtener el injerto y/o la necesaria fijación).	13,00	5,00
23490	Tratamiento profiláctico (clavando, alambrando o placas) con o sin metylmethacrylato; clavícula.	7,00	5,00
23491	Humero proximal.	9,00	5,00
23500	Tratamiento cerrado de fractura de clavícula sin manipulación.	2,90	5,00
23505	Tratamiento cerrado de fractura de clavícula con manipulación.	3,50	5,00
23515	Tratamiento quirúrgico de fractura de clavícula con o sin fijación interna o externa.	9,00	5,00
23520	Tratamiento de luxación esternoclavicular cerrada; sin manipulación.	2,60	4,00
23525	Tratamiento de luxación esternoclavicular cerrada; con manipulación.	2,40	4,00
23530	Tratamiento quirúrgico de luxación esternoclavicular aguda o crónica.	8,00	5,00
23532	Tratamiento quirúrgico de luxación esternoclavicular aguda o crónica. Con injerto de fascia (incluye obtener el injerto).	11,00	5,00
23540	Tratamiento cerrado de luxación acromioclavicular; sin manipulación.	1,70	4,00
23545	Tratamiento cerrado de luxación acromioclavicular; con manipulación.	2,60	4,00
23550	Tratamiento quirúrgico de luxación acromioclavicular aguda o crónica.	12,70	5,00
23552	Tratamiento quirúrgico de luxación acromioclavicular aguda o crónica. Con injerto de fascia (incluye el obtener el injerto).	13,00	5,00
23570	Tratamiento cerrado de fractura de omoplato sin manipulación.	1,60	5,00
23575	Tratamiento cerrado de fractura de omoplato. Con manipulación, con o sin tracción esquelética, con o sin compromiso de la articulación del hombro.	2,80	5,00
23585	Tratamiento abierto para fracturas de omoplato (cuerpo, glenoide o acromion), con o sin fijación interna.	11,50	5,00
23600	Tratamiento cerrado para fractura humeral proximal (del cuello anatómico o quirúrgico), sin manipulación.	2,00	4,00
23605	Tratamiento cerrado para fractura humeral proximal (del cuello anatómico o quirúrgico), con manipulación, con o sin tracción esquelética.	5,00	4,00
23615	Tratamiento abierto para fractura humeral proximal (cuello anatómico o quirúrgico) con o sin fijación externa o interna, con o sin reparación de la tuberosidad (es).	12,00	5,00
23616	Tratamiento abierto para fractura humeral proximal (cuello anatómico o quirúrgico) con colocación de prótesis proximal.	28,70	5,00
23620	Tratamiento cerrado de fractura de la tuberosidad mayor, sin manipulación.	1,30	4,00
23625	Tratamiento cerrado de fractura de la tuberosidad mayor, con manipulación.	2,60	4,00
23630	Tratamiento abierto para fractura de la tuberosidad mayor con o sin	9,10	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	fijación interna o externa.		
23650	Tratamiento cerrado para luxación del hombro, con manipulación, sin anestesia.	3,20	0,00
23655	Tratamiento cerrado luxación del hombro, con manipulación, con anestesia.	4,70	4,00
23660	Tratamiento abierto para luxación de hombro.	11,50	5,00
23665	Tratamiento cerrado para luxación de hombro, con fractura de la tuberosidad mayor, con manipulación.	3,00	4,00
23670	Tratamiento abierto para luxación de hombro, con fractura de la tuberosidad mayor, con o sin fijación interna o externa.	11,50	5,00
23675	Tratamiento cerrado de luxación del hombro, con fractura del cuello quirúrgico o anatómico, con manipulación.	4,50	4,00
23680	Tratamiento abierto de luxación de hombro, con fractura de cuello anatómico o quirúrgico, con o sin fijación externa o interna.	14,50	5,00
23700	Manipulación bajo anestesia, de la articulación del hombro, incluye la aplicación de dispositivos de fijación (la luxación está excluida).	3,90	4,00
23800	Artrodesis de la articulación glenohumeral.	20,00	5,00
23802	Artrodesis de la articulación glenohumeral. Con injerto primario autólogo (incluye la obtención del injerto).	21,00	5,00
23900	Amputación intertoracoescapular.	27,00	15,00
23920	Desarticulación del hombro.	19,00	9,00
23921	Desarticulación del hombro. Cierre secundario o revisión de cicatriz.	6,50	3,00
23929	Procedimientos no listados del hombro.	CM (criterio medico)	5,00

HÚMERO Y CODO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
23930	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma del brazo o área del codo.	3,20	3,00
23931	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma del brazo o área del codo. Bursa.	3,30	3,00
23935	Incisión profunda con apertura de la corteza ósea del humero o codo (ej.: osteomielitis o absceso óseo).	7,80	4,00
24000	Artrotomia del codo, con exploración, drenaje o remoción de cuerpo extraño.	12,10	4,00
24006	Artrotomia del codo, con escisión capsular para liberación capsular (procedimiento separado).	15,60	4,00
24065	Biopsia superficial de tejidos blandos del brazo superior o codo.	1,60	3,00
24066	Profunda (subfascial o intramuscular).	5,20	3,00
24071	Escisión de tumor de tejidos blandos de codo o brazo, subcutáneo de 3 cm o más.	6,00	3,00
24073	Escisión de tumor de tejidos blandos de codo o brazo, subfasial (ej. Intramuscular) de 5 0 o más.	10,00	3,00
24075	Escisión de tumor de brazo o codo, subcutáneo.	3,70	3,00
24076	Escisión de tumor de brazo o codo, profundo, subfascial o intramuscular.	6,00	3,00
24077	Resección radical de tumor de tejido blando de brazo o codo (ej.: neoplasia maligna).	12,00	6,00
24100	Artrotomia del codo con biopsia sinovial solamente.	7,60	4,00
24101	Artrotomia del codo con exploración articular, con o sin biopsia, con o sin remoción de cuerpo extraño.	12,10	4,00
24102	Artrotomia del codo con sinovectomia.	14,50	4,00
24105	Escisión de la bursa olecraneana.	5,50	3,00
24110	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno del humero.	11,00	5,00
24115	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno del humero. Con injerto autólogo (incluye la obtención del injerto).	13,50	5,00
24116	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno del humero. Con injerto homologo.	11,00	5,00
24120	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de cabeza o cuello	9,00	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	del radio o apófisis olecraneana.		
24125	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de cabeza o cuello del radio o apófisis olecraneana. Con injerto autólogo (incluye el obtener el injerto).	10,30	4,00
24126	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de cabeza o cuello del radio o apófisis olecraneana. Con injerto homologo.	9,00	4,00
24130	Escisión de cabeza radial.	9,40	3,00
24134	Secuestrectomia para osteomielitis o absceso óseo, de diáfisis o humero distal.	14,40	4,00
24136	Secuestrectomia para osteomielitis o absceso de hueso, cabeza o cuello de radio.	14,40	3,00
24138	Secuestrectomia para osteomielitis o absceso de hueso, olecranon.	14,40	3,00
24140	Escisión parcial de hueso para osteomielitis, humero.	13,20	4,00
24145	Escisión parcial de hueso para osteomielitis, cabeza o cuello del radio.	9,60	3,00
24147	Escisión parcial de hueso para osteomielitis olecranon.	8,30	3,00
24149	Resección radical de la capsula, tejido blando, y hueso heterotopico del codo con liberación de la contractura (procedimiento separado).	20,00	6,00
24150	Resección radical por tumor, diáfisis o externo distal del humero.	17,00	6,00
24152	Resección radical por tumor, cabeza o cuello del radio.	15,00	6,00
24155	Resección de la articulación del codo (artrectomia).	13,60	4,00
24160	Extracción de implante, articulación del codo.	10,70	4,00
24164	Extracción de implante, articulación del codo. De cabeza radial.	10,20	4,00
24200	Remoción de cuerpo extraño, área del codo o brazo, subcutáneo.	1,90	3,00
24201	Remoción de cuerpo extraño, área del codo o brazo, profundo (subfascial o intramuscular).	4,70	3,00
24220	Inyección en la articulación del codo para artrografía.	1,00	3,00
24300	Manipulación del codo, bajo anestesia.	5,00	3,00
24301	Transferencia muscular o tendinosa de cualquier tipo, brazo o codo, única. (Excluyendo 24320-24331).	16,80	3,00
24305	Alargamiento tendinoso, brazo o codo, cada tendón.	6,40	3,00
24310	Tenotomía, abierta, de codo a hombro, cada tendón.	6,00	5,00
24320	Tenoplastia, con transferencia muscular, con o sin injerto libre, de codo a hombro, única. (seddon - brooker tipo de procedimiento)	17,00	5,00
24330	Flexoplastia; codo. (Ej. Avance tipo steindler).	11,00	3,00
24331	Flexoplastia; codo. Con avance de los extensores.	14,30	3,00
24332	Tenolisis del tríceps.	8,80	3,00
24340	Tenodesis del tendón del bíceps a nivel del codo (procedimiento separado).	14,00	5,00
24341	Reparación, tendón o musculo, brazo o codo, cada tendón o musculo, primaria o secundaria (se excluye el manguito rotador).	13,00	3,00
24342	Reinseccion del tendón roto del bíceps o tríceps distal con o sin injerto tendinoso.	14,00	3,00
24343	Reparación de ligamento colateral lateral, codo, con tejido local.	11,60	4,00
24344	Reconstrucción de ligamento colateral lateral, codo, con injerto tendinoso (incluye la obtención del injerto).	17,50	4,00
24345	Reparación de ligamento colateral medial, codo, con tejido local.	11,60	4,00
24346	Reconstrucción de ligamento colateral medial, codo, con injerto tendinoso (incluye la obtención del injerto).	17,50	4,00
24357	Tenotomía de codo lateral o medial (ej. epicondilitis, codo de tenista, codo de golfista); percutáneo	7,00	4,00
24358	Tenotomía de codo lateral o medial (ej. epicondilitis, codo de tenista, codo de golfista); debridamiento del tejido blando y/o hueso abierto	8,00	4,00
24359	Tenotomía de codo lateral o medial (ej. epicondilitis, codo de tenista, codo de golfista); debridamiento del tejido blando y/o hueso abierto con reparo del tendón y reimplantación del mismo	10,00	4,00
24360	Artroplastia de codo; con membrana (ej.: de fascia).	22,00	4,00
24361	Artroplastia de codo; con reemplazo protésico humeral distal.	22,00	4,00
24362	Artroplastia de codo; con implante o reconstrucción con ligamento de la fascia lata.	23,00	4,00
24363	Artroplastia de codo; con reemplazo protésico de humero distal y cubito proximal (ej.: codo total).	28,00	7,00
24365	Artroplastia cabeza radial.	11,00	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
24366	Artroplastia cabeza radial. Con implante.	12,10	4,00
24400	Osteotomía de humero con o sin fijación interna.	13,60	5,00
24410	Múltiples osteotomías con realineamiento en clavo intramedular, diáfisis humeral. (Procedimiento de sofield).	15,50	5,00
24420	Osteoplastia de humero (acortamiento o alargamiento) (se excluye 64876).	15,50	5,00
24430	Reparación de no unión o mal unión de humero, sin injerto (ej.: técnica de compresión).	17,00	5,00
24435	Reparación de no unión o mal unión de humero, sin injerto (ej.: técnica de compresión). Con iliaco u otro autoinjerto (incluye la obtención del injerto).	20,00	5,00
24470	Arresto hemiepifisario (ej.: cubitus valgus o varus, humero distal).	8,50	4,00
24495	Fasciotomia descompresiva de antebrazo con exploración de la arterial humeral.	13,20	3,00
24498	Tratamiento profiláctico (ej.: alambrado, etc.) con o sin methylmethacrilato de diáfisis humeral.	10,00	5,00
24500	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis humeral, sin manipulación.	1,30	3,00
24505	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis humeral, con manipulación, con o sin tracción esquelética.	6,30	3,00
24515	Tratamiento abierto de fractura humeral, con placas, tornillo, con o sin cerclaje.	15,80	4,00
24516	Tratamiento abierto de fractura humeral con inserción de implante intramedular, con o sin cerclaje y/o tornillos de seguridad.	15,80	4,00
24530	Tratamiento cerrado de fractura supracondilea o transcendiera, con o sin extensión intercondilea, sin manipulación.	2,50	3,00
24535	Tratamiento cerrado de fractura supracondilea o transcondilea, con o sin extensión intercondilea, con manipulación, con o sin tracción esquelética o de piel.	5,30	3,00
24538	Fijación esquelética percutánea de fractura humeral supracondilea o transcondilea, con o sin extensión intercondilea.	9,00	3,00
24545	Tratamiento abierto de fractura supracondilea o transcondilea, con o sin fijación interna o externa, sin extensión intercondilea.	13,90	4,00
24546	Con extensión intercondilea.	21,20	4,00
24560	Tratamiento cerrado de fractura epicondilea, medial o lateral, sin manipulación.	2,20	3,00
24565	Tratamiento cerrado de fractura epicondilea, medial o lateral, con manipulación.	4,00	3,00
24566	Fijación esquelética percutánea de fractura epicondilea, medial o lateral, con manipulación.	7,30	3,00
24575	Tratamiento abierto de fractura epicondilea, medial o lateral, con o sin fijación externa o interna.	10,00	4,00
24576	Tratamiento cerrado de fractura condilea, medial o lateral, sin manipulación.	1,40	3,00
24577	Tratamiento cerrado de fractura condilea, medial o lateral, con manipulación.	4,40	3,00
24579	Tratamiento abierto de la fractura humeral del cóndilo, medial o lateral, con o sin fijación externa o interna.	10,00	4,00
24582	Fijación esquelética percutánea de fractura del cóndilo humeral, medial o lateral con manipulación.	8,00	3,00
24586	Tratamiento abierto de fractura periarticular y/o luxación del codo (fractura del humero distal y cubito proximal y/o radio proximal).	15,40	4,00
24587	Tratamiento abierto de fractura periarticular y/o luxación del codo (fractura del humero distal y cubito proximal y/o radio proximal). Con artroplastia de implante.	22,00	4,00
24600	Tratamiento de luxación cerrada de codo, sin anestesia.	2,80	0,00
24605	Tratamiento de luxación cerrada de codo, con anestesia.	3,50	3,00
24615	Tratamiento abierto de luxación aguda o crónica de codo.	10,60	4,00
24620	Tratamiento cerrado de la fractura luxación de codo tipo monteggia (fractura de extremidad proximal del cubito con luxación de la cabeza del radio), con manipulación.	6,00	3,00
24635	Tratamiento abierto de la fractura luxación de codo tipo monteggia (fractura de extremidad proximal del cubito con luxación de la cabeza del radio), con o sin fijación interna o externa.	12,00	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
24640	Tratamiento cerrado de la subluxación de la cabeza del radio en niños, con manipulación (codo de niñera).	2,60	3,00
24650	Tratamiento cerrado de la fractura de la cabeza o cuello del radio, sin manipulación.	2,20	3,00
24655	Tratamiento cerrado de la fractura de la cabeza o cuello del radio, con manipulación.	3,50	3,00
24665	Tratamiento abierto de la fractura de la cabeza o cuello del radio, con o sin fijación externa o interna o escisión de la cabeza del radio.	8,00	3,00
24666	Tratamiento abierto de la fractura de la cabeza o cuello del radio, con colocación de cabeza prostética de radio.	9,30	3,00
24670	Tratamiento cerrado de la fractura de cubito, extremidad proximal (olecranon), sin manipulación.	2,20	3,00
24675	Tratamiento cerrado de la fractura de cubito, extremidad proximal (olecranon). Con manipulación.	4,50	3,00
24685	Tratamiento abierto de la fractura de cubito, extremidad proximal (olecranon), con o sin fijación externa o interna.	8,30	3,00
24800	Artrodesis de la articulación del codo, local.	16,50	4,00
24802	Artrodesis de la articulación del codo, local. Con injerto autólogo (incluye la obtención del injerto).	20,00	3,00
24900	Amputación del brazo, a través del humero, con sutura primaria.	10,00	6,00
24920	Amputación del brazo, abierta, circular (guillotina).	9,10	6,00
24925	Amputación del brazo, sutura diferida o revisión de la cicatriz.	3,70	6,00
24930	Amputación del brazo, reamputacion.	9,00	6,00
24931	Amputación del brazo, con implante.	11,50	6,00
24935	Amputación del brazo, elongación de muñón de la extremidad superior.	15,00	6,00
24940	Cineplastia de la extremidad superior, procedimiento completo.	15,00	4,00
24999	Cualquier procedimiento no listado del humero o codo.	CM (criterio medico)	4,00

ANTEBRAZO Y MUÑECA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
25000	Incisión de la vaina tendinosa del tendón extensor, muñeca. (ej.: para tratamiento de la enfermedad de quervain).	5,40	3,00
25001	Incisión, de la vaina tendinosa del tendón flexor, muñeca (ej.: flexor carpi radialis).	5,30	3,00
25020	Fasciotomia descompresiva de antebrazo y/o muñeca, compartimentos flexor o extensor, sin debridamiento de musculo y/o nervio no viables.	6,60	3,00
25023	Fasciotomia descompresiva de antebrazo y/o muñeca, compartimentos flexor o extensor, con debridamiento de musculo y/o nervio no viables.	7,20	3,00
25024	Fasciotomia descompresiva de antebrazo y/o muñeca, compartimentos flexor y extensor, sin debridamiento de musculo y/o nervio no viables.	12,30	3,00
25025	Fasciotomia descompresiva de antebrazo y/o muñeca, compartimentos flexor y extensor, con debridamiento de musculo y/o nervio no viables.	19,90	3,00
25028	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma de antebrazo y/o muñeca.	4,80	3,00
25031	Incisión y drenaje de absceso profundo o hematoma de antebrazo y/o muñeca. Bursa.	2,40	3,00
25035	Incisión profunda, con apertura de la corteza ósea del antebrazo y/o de la muñeca (ej.: osteomielitis, absceso óseo).	5,50	3,00
25040	Artrotomia de articulación radiocapiana o mediocarpiana, con exploración, drenaje o remoción de cuerpo extraño.	6,10	3,00
25065	Biopsia superficial de tejido blando del antebrazo y/o muñeca.	1,70	3,00
25066	Biopsia profunda (subfascial o intramuscular) del antebrazo y/o muñeca.	4,00	3,00
25071	Escisión, tumor de tejidos blandos del antebrazo o muñeca, subcutáneo de 3 cm o más.	6,50	3,00
25073	Escisión, tumor de tejidos blandos del antebrazo y muñeca, subfasial, (ej. Intramuscular) de 3 cm o más.	8,00	3,00
25075	Escisión de tumor subcutáneo de antebrazo y/o muñeca.	3,60	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
25076	Escisión de tumor profundo, subfascial o intramuscular de antebrazo y/o muñeca.	5,50	3,00
25077	Resección radical de tumor de tejido blando del antebrazo y/o muñeca (ej.: neoplasia maligna).	12,00	3,00
25085	Capsulotomia de muñeca (ej.: por contractura).	5,90	3,00
25100	Artrotomia de muñeca con biopsia.	5,50	3,00
25101	Artrotomia de muñeca con exploración articular, con o sin biopsia, con o sin remoción de cuerpo extraño.	6,50	3,00
25105	Artrotomia de muñeca con sinovectomia.	8,80	3,00
25107	Artotomia de articulación radiocubital distal para reparación del cartílago triangular, compleja.	7,70	3,00
25109	Escisión de tendón, antebrazo y/o muñeca, extensor o flexor, cada uno	6,00	3,00
25110	Escisión de lesión de la vaina tendinosa del antebrazo y/o muñeca.	4,20	3,00
25111	Escisión de ganglión de muñeca, primera vez.	5,40	3,00
25112	Escisión de ganglión de muñeca, recurrente.	6,80	3,00
25115	Escisión radical de bursa, sinovial de la muñeca, o antebrazo, vainas tendinosas flexoras (ej.: tenosinovitis, micosis, tuberculosis, artritis reumatoidea).	11,00	3,00
25116	Extensores, con o sin transposición de retinaculo dorsal.	11,00	3,00
25118	Sinovectomia, vaina de tendón extensor, muñeca, compartimiento único.	7,70	3,00
25119	Sinovectomia, vaina de tendón extensor, muñeca, con resección de cubito distal.	11,00	3,00
25120	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de cubito o radio (excluyendo cabeza o cuello del radio y olecranon).	9,10	3,00
25125	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de cubito o radio (excluyendo cabeza o cuello del radio y olecranon). Con injerto autólogo (incluye la obtención del injerto).	10,50	3,00
25126	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de cubito o radio (excluyendo cabeza o cuello del radio y olecranon). Con injerto homologo.	9,50	3,00
25130	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de huesos del carpo.	7,80	3,00
25135	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de huesos del carpo. Con injerto autólogo (incluye la obtención del injerto).	8,00	3,00
25136	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de huesos del carpo. Con injerto homologo.	6,00	3,00
25145	Secuestrectomia de antebrazo y/o muñeca. (ej.: osteomielitis o absceso óseo).	12,00	3,00
25150	Escisión parcial de hueso. (Craterizacion, saucerizacion o diafisectomia); cubito. (ej.: por osteomielitis).	7,00	3,00
25151	Escisión parcial de hueso. (Craterizacion, saucerizacion o diafisectomia); radio.	8,30	3,00
25170	Resección radical de tumor de cubito o radio.	16,50	3,00
25210	Carpectomia, un hueso.	7,70	3,00
25215	Carpectomia, todos los huesos de fila proximal.	11,00	3,00
25230	Estilectomia radial (procedimiento separado).	5,90	3,00
25240	Escisión del extremo distal del cubito, parcial o completa (ej.: resección tipo darrach).	5,90	3,00
25246	Procedimiento de infiltración para artrografía de muñeca.	1,30	3,00
25248	Exploración para extracción de cuerpo extraño profundo, antebrazo o muñeca.	5,50	3,00
25250	Remoción de prótesis de muñeca (procedimiento separado).	12,00	3,00
25251	Remoción de prótesis de muñeca (procedimiento separado). Complicada, incluyendo muñeca total.	18,00	6,00
25259	Manipulación de la muñeca bajo anestesia.	5,00	3,00
25260	Reparo primario de tendón o musculo flexor; aisladamente cada tendón o musculo, antebrazo y/o muñeca.	8,80	3,00
25263	Reparo de tendón o musculo flexor; aisladamente cada tendón o musculo, antebrazo y/o muñeca. Secundario, aisladamente, cada tendón o musculo.	9,40	3,00
25265	Reparo de tendón o musculo flexor; aisladamente cada tendón o musculo, antebrazo y/o muñeca. Secundario, injerto libre (incluye el obtener el injerto). Cada tendón o musculo.	10,00	3,00
25270	Reparo primario de tendón o musculo extensor; cada tendón o musculo,	5,50	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	antebrazo y/o muñeca, primaria, única.		
25272	Reparo de tendón o musculo extensor; cada tendón o musculo, antebrazo y/o muñeca, primaria, única. Secundaria, única, cada tendón o musculo.	6,60	3,00
25274	Reparo de tendón o musculo extensor; cada tendón o musculo, antebrazo y/o muñeca, primaria, única. Secundario, injerto libre (incluye el obtener el injerto). Cada tendón o musculo.	8,40	3,00
25275	Reparación, de la vaina tendinosa, extensora, del antebrazo y/o muñeca, con injerto libre (incluye obtención del injerto).	11,20	3,00
25280	Alargamiento o acortamiento de tendón flexor o extensor, única, cada tendón, antebrazo y/o muñeca.	7,90	3,00
25290	Tenotomía abierta, de tendón flexor o extensor, única, cada tendón, antebrazo y/o muñeca.	4,70	3,00
25295	Tenolisis, de un tendón flexor o extensor, única, cada tendón, antebrazo y/o muñeca.	5,80	3,00
25300	Tenodesis a nivel de muñeca, flexores de los dedos.	9,50	3,00
25301	Tenodesis a nivel de muñeca, extensores de los dedos.	8,50	3,00
25310	Trasplante o transferencia tendinosa, flexor o extensor, única, cada tendón, antebrazo y/o muñeca.	9,80	3,00
25312	Trasplante o transferencia tendinosa, flexor o extensor, única, cada tendón, antebrazo y/o muñeca. Con injerto (s) de tendón (incluye el obtener el injerto) cada tendón.	12,00	3,00
25315	Deslizamiento del origen de flexores (ej.: por secuelas de parálisis cerebral, contractura de volkmann), antebrazo y/o muñeca.	11,00	3,00
25316	Deslizamiento del origen de flexores (ej.: por secuelas de parálisis cerebral, contractura de volkmann), antebrazo y/o muñeca. Con transferencia de tendón (es).	13,00	3,00
25320	Capsulorrafia o reconstrucción, de muñeca, cualquier método (ej.: capsulodesis, reparación de ligamento, transferencia de tendón o injerto) (incluye sinovectomia, capsulotomia y reduccion abierta), para inestabilidad del carpo.	15,00	3,00
25332	Artroplastia, muñeca, con o sin interposición, con o sin fijación externa o interna.	15,00	3,00
25335	Centralización de muñeca o cubito.	18,00	3,00
25337	Reconstrucción para estabilización de articulación radiocubital distal o cubito distal inestable, estabilización secundaria de tejidos blandos (ej.: transferencia de tendón, injerto de tendón o tenodesis) con o sin reduccion abierta de articulación radiocubital distal.	13,50	3,00
25350	Osteotomía, radio, tercio distal.	10,30	3,00
25355	Tercio medio o proximal.	12,30	3,00
25360	Osteotomía; cubito.	10,30	3,00
25365	Osteotomía; radio y cubito.	14,40	3,00
25370	Múltiples osteotomías con realineamiento o clavo intramedular; cubito o radio.	12,00	3,00
25375	Múltiples osteotomías con realineamiento o clavo intramedular; radio y cubito.	18,00	3,00
25390	Osteoplastia, radio o cubito; acortamiento.	11,10	3,00
25391	Osteoplastia, radio o cubito; alargamiento con injerto de hueso autólogo.	14,60	3,00
25392	Osteoplastia, radio y cubito, acortamiento (excluyendo 64876).	15,00	3,00
25393	Osteoplastia, radio y cubito, alargamiento con injerto de hueso autólogo.	18,00	3,00
25394	Acortamiento, osteoplastia, hueso del carpo.	13,00	3,00
25400	Reparo de no unión o mala unión, radio o cubito; sin injerto (técnica de compresión).	12,00	3,00
25405	Reparo de no unión o mala unión, radio o cubito; con autoinjerto (incluye la obtención del injerto).	14,50	3,00
25415	Reparo de no unión o mala unión de radio y cubito, sin injerto (ej.: técnica de compresión).	17,00	3,00
25420	Reparo de no unión o mala unión de radio y cubito, con autoinjerto (incluye la obtención del injerto).	19,80	3,00
25425	Reparo de defecto sin injerto de hueso autólogo, radio o cubito	13,60	3,00
25426	Reparo de defecto sin injerto de hueso autólogo, radio y cubito.	19,00	3,00
25430	Inserción de pedículo vascular dentro del hueso del carpo. Ej: procedimiento de hori	11,50	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
25431	Reparo de no unión de hueso del carpo, (excluyendo el escafoides) (incluye la obtención del injerto y la fijación necesaria), cada hueso.	11,40	3,00
25440	Reparo de no unión, hueso escafoides, con o sin estilectomia radial (incluye la obtención del injerto y fijación necesaria).	13,50	3,00
25441	Artroplastia con reemplazo protésico radio distal.	14,00	3,00
25442	Artroplastia con reemplazo protésico cubito distal.	9,00	3,00
25443	Artroplastia con reemplazo protésico escafoides.	11,00	3,00
25444	Artroplastia con reemplazo protésico semilunar.	11,00	3,00
25445	Artroplastia con reemplazo protésico trapecio.	11,00	3,00
25446	Artroplastia con reemplazo protésico radio distal y carpo parcial o completo (reemplazo total de muñeca).	22,50	6,00
25447	Artroplastia, interposición, de articulaciones intercarpiana o carpometacarpiana.	15,00	3,00
25449	Revisión de artroplastia, incluyendo remoción de implante de articulación de la muñeca.	10,00	3,00
25450	Arresto epifisiario por epifisiodesis o egrapado del radio distal o cubito.	6,10	3,00
25455	Arresto epifisiario por epifisiodesis o egrapado del radio distal y cubito.	8,50	3,00
25490	Tratamiento profiláctico del radio. (Alambrado, placas, etc.). Con o sin metilmetacrilato.	6,00	3,00
25491	Tratamiento profiláctico del cubito. (Alambrado, placas, etc.). Con o sin metilmetacrilato.	6,00	3,00
25492	Tratamiento profiláctico del radio y cubito. (Alambrado, placas, etc.). Con o sin metilmetacrilato.	6,00	3,00
25500	Tratamiento cerrado de fractura diafisiaria de radio, sin manipulación.	2,40	3,00
25505	Tratamiento cerrado de fractura diafisiaria de radio, con manipulación.	4,30	3,00
25515	Tratamiento abierto de la fractura diafisiaria radial, con o sin fijación externa o interna.	9,10	3,00
25520	Tratamiento cerrado de fractura diafisiaria de radio, y tratamiento cerrado de luxación de la articulación radiocubital distal, (luxación/fractura de galeazzi).	8,70	3,00
25525	Tratamiento abierto de la fractura diafisiaria radial, con o sin fijación externa o interna y tratamiento cerrado de la luxación de la articulación radio cubital distal con o sin fijación esquelética percutánea.	16,90	3,00
25526	Tratamiento abierto de la fractura diafisiaria radial, con o sin fijación externa o interna y tratamiento abierto, con o sin fijación externa o interna de la articulación radiocubital distal, incluye el reparo del cartílago triangular.	25,80	3,00
25530	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis de cubito; sin manipulación.	3,60	3,00
25535	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis de cubito; con manipulación.	4,00	3,00
25545	Tratamiento quirúrgico de fractura de diáfisis de cubito, con o sin fijación externa o interna.	9,00	3,00
25560	Tratamiento cerrado de fractura diafisiaria de radio y de cubito; sin manipulación.	3,20	3,00
25565	Tratamiento cerrado de fractura diafisiaria de radio y de cubito; con manipulación.	6,50	3,00
25574	Tratamiento abierto de las fracturas diafisiarias de cubito y radio, con fijación interna o externa, del radio o el cubito.	8,70	3,00
25575	Tratamiento abierto de las fracturas diafisiarias de cubito y radio, con fijación interna o externa, de radio y cubito.	13,70	3,00
25600	Tratamiento cerrado de la fractura distal del radio (ej. Fracturas tipo colles o smith) o separación epifisiaria, con o sin fractura de la estiloides cubital, sin manipulación.	3,30	3,00
25605	Tratamiento cerrado de la fractura distal del radio (ej. Fracturas tipo colles o smith) o separación epifisiaria, con o sin fractura de la estiloides cubital, con manipulación.	4,50	3,00
25606	Fijación esquelética percutánea de fractura distal de radio o separación epifisaria	13,00	3,00
25607	Tratamiento abierto de una fractura distal de radio extra articular o separación epifisaria con fijación interna	13,50	3,00
25608	Tratamiento abierto de una fractura distal de radio extra articular o separación epifisaria con fijación interna de dos fragmentos	15,40	3,00
25609	Tratamiento abierto de una fractura distal de radio extra articular o	19,80	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	separación epifisaria con fijación interna, tres o más fragmentos		
25622	Tratamiento cerrado de una fractura del escafoides sin manipulación.	3,90	3,00
25624	Tratamiento cerrado de una fractura del escafoides con manipulación.	4,00	3,00
25628	Tratamiento abierto de fractura del escafoides con o sin fijación externa o interna.	7,00	3,00
25630	Tratamiento cerrado de una fractura de un hueso del carpo excluyendo el escafoides; sin manipulación, cada hueso.	3,90	3,00
25635	Tratamiento cerrado de una fractura de un hueso del carpo excluyendo el escafoides; con manipulación, cada hueso.	4,60	3,00
25645	Tratamiento abierto de una fractura de uno de los huesos del carpo, (excluyendo el escafoides), cada hueso.	6,30	3,00
25650	Tratamiento cerrado de una fractura de la apófisis estiloides del cubito.	5,80	3,00
25651	Fijación esquelética percutánea de la fractura de la apófisis estiloides del cubito.	6,80	3,00
25652	Tratamiento abierto de fractura de la apófisis estiloides del cubito.	10,10	3,00
25660	Tratamiento cerrado de una luxación radiocarpiana o intercarpiana, uno o más huesos, con manipulación.	3,00	3,00
25670	Tratamiento abierto de una luxación intercarpiana o radiocarpiana, uno o más huesos.	7,90	3,00
25671	Fijación esquelética percutánea de luxación radio cubital distal.	8,30	3,00
25675	Tratamiento cerrado de una luxación de la articulación radiocubital distal con manipulación.	3,40	3,00
25676	Tratamiento abierto de una luxación de la articulación radio cubital distal, aguda o crónica.	8,00	3,00
25680	Tratamiento cerrado de una fractura luxación trans-escafoperilunar, con manipulación.	3,30	3,00
25685	Tratamiento abierto de una fractura luxación trans-escafoperilunar.	11,00	3,00
25690	Tratamiento cerrado de una luxación del semilunar con manipulación.	5,10	3,00
25695	Tratamiento abierto de una luxación del semilunar.	11,00	3,00
25800	Artrodesis de la articulación de la muñeca completa sin injerto óseo (incluye articulaciones radiocarpo y/o intercarpo y/o carpo metacarpo).	12,50	3,00
25805	Artrodesis de la articulación de la muñeca completa con injerto por deslizamiento.	15,70	3,00
25810	Artrodesis de la articulación de la muñeca completa con injerto óseo autólogo tomado del iliaco o cualquier otro sitio (incluye la obtención del injerto).	14,00	3,00
25820	Artrodesis de la muñeca; limitada, sin injerto óseo.	11,50	3,00
25825	Artrodesis de la muñeca; limitada, con autoinjerto, (incluye la obtención del injerto).	13,00	3,00
25830	Artrodesis de articulación radiocubital distal con resección de un segmento de cubito con o sin injerto óseo (procedimiento de sauve-kapandji)	13,50	3,00
25900	Amputación del antebrazo a través del radio y del cubito.	9,30	3,00
25905	Amputación del antebrazo a través del radio y del cubito. Abierta, circular (guillotina)	8,00	3,00
25907	Amputación del antebrazo a través del radio y del cubito. Cierre secundario del muñón o revisión de cicatriz.	3,70	3,00
25909	Amputación del antebrazo a través del radio y del cubito. Reamputacion.	9,30	3,00
25915	Procedimiento de krukenberg.	11,60	3,00
25920	Desarticulación a nivel de la muñeca.	8,30	3,00
25922	Desarticulación a nivel de la muñeca. Cierre secundario o revisión de la cicatriz.	3,80	3,00
25924	Desarticulación a nivel de la muñeca. Reamputacion.	8,40	3,00
25927	Amputación transmetacarpiana.	10,00	3,00
25929	Amputación transmetacarpiana. Cierre secundario revisión de cicatriz.	3,70	3,00
25931	Amputación transmetacarpiana. Reamputacion	10,00	3,00
25999	Procedimientos no listados de antebrazo o muñeca.	CM (criterio medico)	3,00

CIRUGÍA DE MANO Y DEDOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
26010	Drenaje de absceso de los dedos, simple.	1,00	3,00
26011	Drenaje de absceso de los dedos, complicado.	3,90	3,00
26020	Drenaje de vaina tendinosa de un dedo a nivel del dedo y/o palma, cada uno.	6,10	3,00
26025	Drenaje de la bursa palmar, único, sea cubital o radial.	6,60	3,00
26030	Drenaje de la bursa palmar, drenaje múltiple o complicado.	10,80	3,00
26034	Incisión de la corteza ósea (ej.: osteomielitis o absceso óseo), mano o dedo.	7,20	3,00
26035	Descompresión de los dedos y/o de la mano por traumatismo de tipo inyectable (ej. Pistola de grasa, etc.).	16,00	3,00
26037	Fasciotomia descompresiva de la mano	14,40	3,00
26040	Fasciotomia palmar (ej. Por contractura de dupuytren) percutánea.	3,60	3,00
26045	Fasciotomia palmar abierta, parcial.	5,50	3,00
26055	Incisión en vaina tendinosa (ej.: para dedo en gatillo).	5,40	3,00
26060	Tenotomía percutánea, única, cada dedo.	3,30	3,00
26070	Artrotomia, con exploración, drenaje o remoción de cuerpo extraño, de articulación carpometacarpiana.	6,10	3,00
26075	Articulación metacarpo falángica, cada una.	6,00	3,00
26080	Articulación interfalangica, cada una.	5,40	3,00
26100	Artrotomia con biopsia de la articulación carpometacarpiana, cada una.	6,10	3,00
26105	Artrotomia con biopsia de la articulación metacarpo falángica, cada una.	6,00	3,00
26110	Artrotomia con biopsia de la articulación interfalangica, cada una.	5,40	3,00
26111	Escisión, de tumor o malformación vascular, de tejidos blandos de la mano o dedos, subcutáneo, de 1,5 cm o más.	6,30	3,00
26113	Escisión, de tumor o malformación vascular, de tejidos blandos de la mano o dedos, subfasial, (ej. Intramuscular) de 1,5 cm o más.	8,00	3,00
26115	Escisión de tumor subcutáneo o malformación vascular de mano o dedo.	3,60	3,00
26116	Escisión de tumor profundo, subfascial, o intramuscular de mano o dedo.	6,00	3,00
26117	Resección radical de tumor maligno (ej.: neoplasia maligna) de tejidos blandos de mano o dedo.	12,00	3,00
26121	Fasciectomia palmar sola, con o sin z-plastia, reorganización de tejido local o injerto de piel (incluye la obtención del injerto).	12,00	3,00
26123	Fasciectomia palmar parcial con liberación de un solo dedo, incluyendo la articulación interfalangica proximal, con o sin z-plastia, reorganización de otro tejido local o injerto de piel (incluye la obtención del injerto).	14,00	3,00
26125	Fasciectomia palmar parcial con liberación de un solo dedo, incluyendo la articulación interfalangica proximal, con o sin z-plastia, reorganización de otro tejido local o injerto de piel (incluye la obtención del injerto). Cada dedo adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	6,00	0,00
26130	Sinovectomia de la articulación carpometarcarpiana.	8,00	3,00
26135	Sinovectomia de la articulación metacarpo falángica incluyendo liberación de los intrínsecos y reconstrucción del capuchón extensor, cada dedo.	9,00	3,00
26140	Sinovectomia de la articulación interfalangica proximal, incluyendo reconstrucción del aparato extensor, cada articulación interfalangica.	8,00	3,00
26145	Sinovectomia radical de la vaina tendinosa (tenosinovectomia) flexora, a nivel de la palma y/o dedo, única, cada tendón.	9,00	3,00
26160	Escisión de lesión de la vaina tendinosa o de la capsula (ej.: quiste, quiste mucoso, ganglión), mano o dedo.	4,80	3,00
26170	Escisión de un tendón, flexor a nivel de la palma, único (procedimiento separado), cada uno.	5,40	3,00
26180	Escisión de un tendón flexor a nivel del dedo (procedimiento separado), cada tendón.	6,00	3,00
26185	Sesamoidectomia de dedo o pulgar (procedimiento separado).	5,80	3,00
26200	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno a nivel del metacarpo.	5,90	3,00
26205	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno a nivel del metacarpo. Con injerto autólogo (incluye la obtención del injerto).	7,50	3,00
26210	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de falanges proximal, media, o distal de dedo.	7,00	3,00
26215	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de falanges proximal,	6,50	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
	media, o distal de dedo. Con injerto autólogo (incluye la obtención del injerto).		
26230	Escisión parcial del hueso metacarpiano (craterizacion, o diafisectomia) (ej.: osteomielitis).	6,10	3,00
26235	Escisión parcial del hueso falange proximal o media. (craterizacion, o diafisectomia) (ej.: osteomielitis).	5,50	3,00
26236	Escisión parcial del hueso falange distal (craterizacion, o diafisectomia) (ej.: osteomielitis).	5,50	3,00
26250	Resección radical (ostectomia) por tumor de metacarpiano.	10,00	3,00
26260	Resección radical, de la falange proximal o media, del dedo (ej.: tumor).	10,50	3,00
26262	Resección radical de la falange distal del dedo (ej.: tumor).	10,00	3,00
26320	Extracción de implante de un dedo o de la mano.	6,00	3,00
26340	Manipulación, de articulación de dedo, bajo anestesia, cada articulación.	4,50	3,00
26350	Reparación o avance del tendón flexor, primario o secundario, no en la vaina tendinosa flexora digital (ej.: tierra de nadie), sin injerto libre, cada tendón.	8,00	3,00
26352	Reparación o avance del tendón flexor, primario o secundario, no en la vaina tendinosa flexora digital (ej.: tierra de nadie), secundario con injerto libre (incluye la obtención del injerto), cada tendón.	11,50	3,00
26356	Reparación o avance de tendón flexor, en la vaina tendinosa flexora digital (ej.: tierra de nadie), primario, cada tendón.	10,50	3,00
26357	Reparación o avance de tendón flexor, en la vaina tendinosa flexora digital (ej.: tierra de nadie), secundaria, cada tendón, sin injerto libre.	10,00	3,00
26358	Reparación o avance de tendón flexor, en la vaina tendinosa flexora digital (ej.: tierra de nadie), secundario con injerto libre (se incluye la obtención del injerto), cada tendón.	12,50	3,00
26370	Reparación primaria de tendón profundo o avance, con el tendón superficial intacto, cada tendón.	8,80	3,00
26372	Reparación de tendón profundo o avance. Secundaria, con injerto libre (incluye la obtención del injerto), cada tendón.	12,40	3,00
26373	Reparación de tendón profundo o avance. Secundaria sin injerto libre, cada tendón.	8,80	3,00
26390	Escisión de tendón flexor con implante de tubo sintético para posteriormente cambiarlo por un injerto tendinoso, dedo o mano, cada tubo.	8,50	3,00
26392	Extracción del tubo sintético e inserción de un injerto tendinoso flexor (se incluye la obtención del injerto), dedo o mano, cada tubo.	12,10	3,00
26410	Reparación de un tendón extensor, mano, primaria o secundaria, sin injerto libre, cada tendón.	5,10	3,00
26412	Reparación de un tendón extensor, mano, primaria o secundaria, con injerto tendinoso libre (se incluye la obtención de injerto), cada tendón.	7,70	3,00
26415	Escisión de tendón extensor, con implantación de tubo sintético para diferir el injerto tendinoso extensor, dedo o mano, cada tubo.	9,40	3,00
26416	Retiro de tubo u otro material e inserción de injerto de tendón extensor, mano o dedo (incluye la obtención del injerto), cada tubo.	11,00	3,00
26418	Reparo del tendón extensor del dorso del dedo, primaria o secundaria, sin injerto libre, cada tendón.	5,00	3,00
26420	Reparo del tendón extensor del dorso del dedo, primaria o secundaria, con injerto libre (se incluye obtener injerto), cada tendón.	7,00	3,00
26426	Reparación del tendón extensor a nivel de la cintilla extensora central, procedimiento secundario (deformidad en botonera) utilizando los tejidos locales, incluyendo bandas laterales, cada tendón.	7,30	3,00
26428	Reparación del tendón extensor a nivel de la cintilla extensora central, procedimiento secundario (deformidad en botonera) con injerto libre (se incluye la obtención del injerto), cada tendón.	9,00	3,00
26432	Tratamiento cerrado de inserción de tendón extensor, con o sin “pinning” percutáneo.	7,20	3,00
26433	Reparación del tendón extensor, en su inserción distal, reparación primaria o secundaria, sin injerto.	7,20	3,00
26434	Reparación del tendón extensor, en su inserción distal, reparación primaria o secundaria, con injerto libre (se incluye la obtención del injerto).	8,00	3,00
26437	Realineación de tendón extensor, mano, cada tendón.	6,60	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
26440	Tenolisis de un tendón flexor a nivel de la palma o el dedo, cada tendón.	6,40	3,00
26442	Tenolisis de un tendón flexor a nivel de la palma y el dedo, cada tendón.	7,70	3,00
26445	Tenolisis de un tendón extensor a nivel del dorso de la mano o dedo, cada tendón.	6,60	3,00
26449	Tenolisis compleja de un tendón extensor del dedo que incluye antebrazo, cada tendón.	8,80	3,00
26450	Tenotomía abierta de tendón flexor en la palma, cada uno.	4,80	3,00
26455	Tenotomía abierta de tendón flexor de dedo, cada uno.	6,00	3,00
26460	Tenotomía abierta del tendón extensor a nivel de mano o dedo, cada uno.	4,20	3,00
26471	Tenodesis de la articulación interfalangica proximal, cada articulación.	7,10	3,00
26474	Tenodesis de la articulación interfalangica proximal, de una articulación interfalangica distal, cada una.	5,20	3,00
26476	Alargamiento de tendón extensor, mano o dedo, cada uno.	5,00	3,00
26477	Acortamiento de tendón extensor mano o dedo, cada uno.	5,00	3,00
26478	Alargamiento de tendón flexor, mano o dedo, cada uno.	6,00	3,00
26479	Acortamiento de tendón flexor, mano o dedo, cada uno.	6,00	3,00
26480	Transferencia o trasplante de tendón a nivel de la articulación carpometacarpiana o en dorso de la mano, sin injerto libre, cada una.	9,00	3,00
26483	Transferencia o trasplante de tendón a nivel de la articulación carpometacarpiana o en dorso de la mano, con injerto libre de tendón (se incluye la obtención del injerto), cada tendón.	12,00	3,00
26485	Transferencia o trasplante de tendón en la palma sin injerto tendinoso, cada tendón.	10,30	3,00
26489	Transferencia o trasplante de tendón en la palma con injerto libre tendinoso (incluye obtener el injerto), cada tendón.	13,30	3,00
26490	Oponentoplastia, tipo transferencia de un flexor superficial, cada tendón.	10,20	3,00
26492	Oponentoplastia, transferencia tendinosa con injerto (incluye la obtención del injerto), cada tendón.	13,20	3,00
26494	Oponentoplastia, transferencia del musculo hipotenar.	12,00	3,00
26496	Oponentoplastia, otros métodos.	14,00	3,00
26497	Transferencia de tendón superficial para restituir función intrínseca, dedos anular y menique.	12,00	3,00
26498	Transferencia de tendón superficial para restituir función intrínseca, todos los cuatro dedos.	16,50	3,00
26499	Corrección de dedo en garra por cualquier otro método.	16,50	3,00
26500	Reconstrucción de polea tendinosa por medio de tejidos locales (procedimiento separado), cada tendón.	6,30	3,00
26502	Reconstrucción de polea tendinosa con injerto de tendón o fascia (incluye obtención del injerto) (procedimiento separado).	8,00	3,00
26508	Liberación de musculatura tenar (ej.: contractura del pulgar).	8,00	3,00
26510	Transferencia intrínseca cruzada, cada tendón.	8,00	3,00
26516	Capsulodesis de la articulación metacarpo falángica de un solo dedo.	7,50	3,00
26517	Capsulodesis de la articulación metacarpo falángica de dos dedos.	9,00	3,00
26518	Capsulodesis de la articulación metacarpo falángica de tres o cuatro dedos.	11,20	3,00
26520	Capsulectomia o capsulotomia, de la articulación metacarpo falángica, cada una.	7,50	3,00
26525	Capsulectomia o capsulotomia, de la articulación interfalangica, cada una.	7,00	3,00
26530	Artroplastia de la articulación metacarpo falángica, cada una.	8,00	3,00
26531	Artroplastia de la articulación metacarpo falángica, con implante protésico, cada una.	10,00	3,00
26535	Artroplastia de la articulación interfalangica, cada una.	8,00	3,00
26536	Artroplastia de la articulación interfalangica, con implante protésico, cada una.	10,00	3,00
26540	Reparo de ligamento colateral a nivel de la articulación metacarpo falángica o interfalangica.	10,50	3,00
26541	Reconstrucción de ligamento colateral de cada articulación metacarpolafangica única con injerto de tendón o de fascia (se incluye obtener el injerto).	11,50	3,00
26542	Reconstrucción de ligamento colateral de cada articulación metacarpolafangica única con tejido local (ej. Avance del abductor).	10,00	3,00
26545	Reconstrucción de ligamento colateral, articulación interfalangica, único,	7,50	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
	incluye injerto, cada articulación.		
26546	Reparación de la no unión de falanges o metacarpo (incluye la obtención del injerto óseo), con o sin fijación externa o interna.	10,40	3,00
26548	Reconstrucción y reparación de articulación interfalangica, dedo, plato volar.	8,00	3,00
26550	Pulgarizacion de un dedo.	22,00	3,00
26551	Transferencia del dedo del pie a la mano con anastomosis microvascular, con injerto óseo.	55,00	6,00
26553	Transferencia del dedo del pie a la mano con anastomosis microvascular, con injerto óseo. Otro diferente al dedo gordo del pie, único.	55,00	6,00
26554	Transferencia del dedo del pie a la mano con anastomosis microvascular, con injerto óseo. Otro diferente al dedo gordo del pie, doble.	65,00	6,00
26555	Transferencia de un dedo a otra posición, sin anastomosis microvascular.	12,00	3,00
26556	Transferencia, de articulación de dedo gordo del pie, libre, con anastomosis microvascular.	55,00	6,00
26560	Reparo de sindactilia; con colgajos cutáneos, cada espacio.	11,50	3,00
26561	Reparo de sindactilia; con colgajos cutáneos e injertos.	16,30	3,00
26562	Reparo de sindactilia; compleja, comprometiendo huesos, unas, etc.	16,00	3,00
26565	Reparo de sindactilia; osteotomía, del metacarpo, cada uno.	8,50	3,00
26567	Reparo de sindactilia; osteotomía, falange de los dedos, cada uno.	7,00	3,00
26568	Osteoplastia para alargamiento de una falange o metacarpo.	9,20	3,00
26580	Reparo de mano caída	20,00	3,00
26587	Reconstrucción de dedo supernumerario, tejidos blandos y hueso.	6,50	3,00
26590	Reparo de macrodactilla, cada dedo.	8,00	3,00
26591	Reparación de músculos intrínsecos de la mano, cada musculo.	7,00	3,00
26593	Liberación de los músculos intrínsecos de la mano, cada musculo.	6,00	3,00
26596	Escisión de un anillo que comprime el dedo, realización de múltiples z-plastias.	12,00	3,00
26600	Tratamiento cerrado de fractura de metacarpo única, sin manipulación, cada hueso.	1,70	3,00
26605	Tratamiento cerrado de fractura de metacarpo única, con manipulación, cada hueso.	2,80	3,00
26607	Tratamiento cerrado de una fractura metacarpiana, con manipulación y con fijación externa, cada hueso.	5,50	3,00
26608	Fijación percutánea esquelética de fractura del metacarpo, cada hueso.	8,10	3,00
26615	Tratamiento quirúrgico de fractura de metacarpo, única, con o sin fijación externa o interna, cada hueso.	7,70	3,00
26641	Tratamiento cerrado de luxación carpometacarpiana del pulgar, con manipulación.	2,20	3,00
26645	Tratamiento cerrado de fractura luxación carpometacarpiana del pulgar. (Fractura de bennett) con manipulación.	4,60	3,00
26650	Fijación esquelética percutánea de fractura luxación carpometacarpiana del pulgar (fractura de bennett), con manipulación, con o sin fijación externa.	8,60	3,00
26665	Tratamiento quirúrgico de fractura luxación de articulación carpometacarpiana del pulgar (fractura de bennett) con o sin fijación esquelética interna o externa.	11,60	3,00
26670	Tratamiento cerrado de luxación carpometacarpiana, o diferente a la fractura de bennett, única, con manipulación, sin anestesia, cada articulación.	1,80	0,00
26675	Tratamiento cerrado de luxación carpometacarpiana, o diferente a la fractura de bennett, única, con manipulación, con requerimiento de anestesia.	2,90	3,00
26676	Fijación esquelética percutánea de dislocación carpometacarpiana diferente a la fractura de bennett, única, con manipulación, cada articulación.	2,90	3,00
26685	Tratamiento quirúrgico de luxación carpometacarpiana, diferente a la fractura de bennett, única, con o sin fijación externa o interna, cada articulación.	6,60	3,00
26686	Tratamiento quirúrgico de luxación carpometacarpiana, compleja, múltiple o requiriendo reduccion tardía.	8,80	3,00
26700	Tratamiento cerrado de luxación metacarpo falángica; única, con	2,30	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
	manipulación, sin anestesia.		
26705	Tratamiento cerrado de luxación metacarpo falángica; única, con manipulación, con anestesia.	2,50	3,00
26706	Fijación esquelética percutánea de dislocación única metacarpo falángica, con manipulación.	4,60	3,00
26715	Tratamiento quirúrgico de luxación de metacarpo falángica, única, con o sin fijación externa o interna.	8,10	3,00
26720	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis de falange, proximal o media, cualquier dedo, sin manipulación, cada una.	1,70	3,00
26725	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis de falange, proximal o media, cualquier dedo, con manipulación, con o sin tracción esquelética o cutánea, cada una.	2,40	3,00
26727	Tratamiento de fractura inestable de falange, proximal, intermedia; cualquier dedo, con manipulación, cada una.	3,70	3,00
26735	Tratamiento quirúrgico de fractura de falange, proximal o media, cualquier dedo, con o sin fijación externa o interna, cada una.	6,60	3,00
26740	Tratamiento cerrado de fractura intraarticular, comprometiendo articulaciones metacarpo falángicas o interfalangicas, sin manipulación, cada una.	2,80	3,00
26742	Tratamiento cerrado de fractura intraarticular, comprometiendo articulaciones metacarpo falángicas o interfalangicas, con manipulación, cada una.	3,90	3,00
26746	Tratamiento quirúrgico de fractura intraarticular comprometiendo articulación metacarpiofalangica o articulación intrafalangica cada una, con o sin fijación externa o interna, cada una.	6,60	3,00
26750	Tratamiento cerrado de fractura de falange distal, cualquier dedo o pulgar, sin manipulación, cada una.	0,90	3,00
26755	Tratamiento cerrado de fractura de falange distal, cualquier dedo o pulgar, con manipulación, cada una.	1,20	3,00
26756	Fijación esquelética percutánea de fractura de falange distal de dedo, cualquier dedo, cada una.	1,80	3,00
26765	Tratamiento quirúrgico de fractura de falange distal de dedo, con o sin fijación externa o interna, cualquier dedo, cada una.	4,40	3,00
26770	Tratamiento cerrado de luxación interfalangica única, con manipulación, sin anestesia.	1,20	0,00
26775	Tratamiento cerrado de luxación interfalangica única, con manipulación, con anestesia.	1,70	3,00
26776	Fijación esquelética percutánea por luxación de articulación interfalangica, única, con manipulación.	1,80	3,00
26785	Tratamiento quirúrgico de luxación interfalangica, única, con o sin fijación externa o interna.	3,30	3,00
26820	Artrodesis en oposición, pulgar, con injerto autólogo (incluye la obtención del injerto).	11,80	3,00
26841	Artrodesis, articulación carpometacarpiana del pulgar, con o sin fijación interna.	8,00	3,00
26842	Artrodesis, articulación carpometacarpiana del pulgar, con o sin fijación interna. Con injerto autólogo (incluye la obtención del injerto).	10,10	3,00
26843	Artrodesis articulación capometacarpiana de dedos, diferentes al pulgar, cada una.	8,00	3,00
26844	Artrodesis articulación capometacarpiana de dedos, diferentes al pulgar, cada una. Con injerto autólogo (incluye la obtención del injerto).	10,10	3,00
26850	Artrodesis articulación metacarpo falángica; con o sin fijación interna.	7,70	3,00
26852	Artrodesis articulación metacarpo falángica; con o sin fijación interna. Con injerto autólogo (incluye la obtención el injerto).	9,00	3,00
26860	Artrodesis articulación interfalangica con o sin fijación interna.	5,80	3,00
26861	Artrodesis articulación interfalangica con o sin fijación interna. Para cada articulación interfalangica adicional, (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	2,00	0,00
26862	Artrodesis articulación interfalangica con o sin fijación interna. Con injerto autólogo (incluye el obtener el injerto).	7,70	3,00
26863	Artrodesis articulación interfalangica con o sin fijación interna. Con injerto autólogo (incluye la obtención el injerto) cada articulación adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	3,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
26910	Amputación metacarpiana, con dedo o pulgar, única, con o sin transferencia interósea.	8,00	3,00
26951	Amputación de dedo o pulgar, primaria o secundaria, cualquier articulación o falange, única, incluyendo neurectomias, con cierre primario.	6,30	3,00
26952	Amputación de dedo o pulgar, primaria o secundaria, cualquier articulación o falange, única, incluyendo neurectomias, con avance de colgajos locales (v –y).	8,10	3,00
26989	Otros procedimientos no listados de manos o dedos.	CM (criterio medico)	3,00

PELVIS Y CADERA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS	ANESTESIA
		UVR	UVR
26990	Incisión y drenaje; pelvis o articulación de la cadera, absceso profundo o hematoma.	4,80	6,00
26991	Incisión y drenaje; pelvis o articulación de la cadera, bursa infectada.	1,30	6,00
26992	Incisión de corteza ósea (ej.: osteomielitis, absceso óseo), pelvis y/o articulación de la cadera.	6,00	6,00
27000	Tenotomía, aductor de la cadera, percutáneo, (procedimiento separado)	2,40	4,00
27001	Tenotomía, aductor de la cadera, abierto.	3,60	4,00
27003	Tenotomía, aductor, subcutáneo, abierto; con neurectomia del obturador.	8,10	4,00
27005	Tenotomía abierta de los flexores de la cadera (procedimiento separado).	6,60	4,00
27006	Tenotomía, abierta de los extensores y/o abductores de la cadera, abierto (procedimiento separado).	7,70	4,00
27025	Fasciotomia de cadera o cintura, cualquier tipo.	10,10	4,00
27027	Fasciotomia decompresiva, de la pelvis (nalgas) compartimiento(s) (ej. Glúteos medios y mínimos, glúteos máximos, iliopsoas, y/o musculo tensor de la fascia lata), unilateral	12,00	4,00
27030	Artrotomia, de cadera con drenaje (ej.: infección).	14,00	6,00
27033	Artrotomia, de cadera con exploración o remoción de cuerpos extraños.	14,10	6,00
27035	Denervacion de la articulación de la cadera, actuando sobre ramos extrapelvicas o intrapelvicas e intraarticulares de nervio ciático; femoral u obturador.	17,20	6,00
27036	Capsulectomia o capsulotomia de la cadera, con o sin escisión de hueso heterotopico, con liberación de músculos flexores de la cadera (ej.: glúteo mediano o pequeño, tensor de la fascia lata, fecto femoral, sartorio, iliopsoas).	16,50	6,00
27040	Biopsia, tejidos blandos de pelvis y área de la cadera; superficial.	1,60	3,00
27041	Biopsia, tejidos blandos de pelvis y área de la cadera; profunda, subfascial o intramuscular.	3,10	3,00
27043	Escisión, tumor de tejidos blandos, de pelvis y cadera, submucosa de 3 0 o más.	7,00	3,00
27045	Escisión, tumor de tejidos blandos, de pelvis y cadera, subfasial, (ej. Intramuscular) de 5 0 o más.	11,00	3,00
27047	Escisión de tumor de tejido celular subcutáneo, pelvis y área de la cadera.	3,90	3,00
27048	Escisión de tumor profundo, subfascial, intramuscular. Pelvis y área de la cadera.	6,50	6,00
27049	Resección radical de tumor de tejidos blandos de la pelvis y cadera, (ej.: neoplasia maligna).	15,00	10,00
27050	Artrotomia, con biopsia; articulación sacroiliaca.	6,00	8,00
27052	Artrotomia, con biopsia; articulación de la cadera.	13,50	6,00
27054	Artrotomia, con sinovectomia, articulación de la cadera.	20,20	6,00
27057	Fasciotomia decompresiva, de la pelvis (nalgas) compartimiento(s) (ej. Glúteos medios y mínimos, glúteos máximos, iliopsoas, y/o musculo tensor de la fascia lata), con debridamiento de musculo no viable, unilateral.	13,00	6,00
27059	Resección radical de tumor, (ej. Neoplasma maligno), de tejidos blandos	27,00	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	de la pelvis y cadera, 5 cm o más.		
27060	Escisión; bursa isquiática.	6,10	4,00
27062	Escisión; bursa trocantérica o calcificaciones.	4,40	4,00
27065	Escisión de quiste óseo o tumor benigno; superficial (ala del ilium, sínfisis púbica, trocánter mayor del fémur) con o sin injerto óseo autólogo.	5,50	6,00
27066	Escisión de quiste óseo o tumor benigno; profundo, con o sin injerto óseo.	9,50	6,00
27067	Escisión de quiste óseo o tumor benigno; superficial (ala del ilium, sínfisis púbica, trocánter mayor del fémur) con injerto óseo requiriendo incisión separada.	12,00	6,00
27070	Escisión parcial de hueso (craterizacion) (ej.: para osteomielitis); superficial (ej. Ala de iliaco, sínfisis, púbica o trocánter mayor del fémur).	6,60	8,00
27071	Escisión parcial de hueso (craterizacion) (ej.: para osteomielitis); profunda, subfascial o intramuscular.	13,20	6,00
27075	Resección radical para tumor o infección; ala de iliaco, un ramo púbico o isquiático o sínfisis púbica.	23,40	10,00
27076	Resección radical para tumor o infección; ilium, incluyendo acetábulo, ambos ramos púbicos, o isquium y acetábulo.	32,00	10,00
27077	Resección radical para tumor o infección; hueso innominado, total.	45,00	10,00
27078	Resección radical para tumor o infección; tuberosidad isquiática y trocánter mayor del fémur.	12,00	10,00
27079	Resección radical para tumor o infección; tuberosidad isquiática y trocánter mayor del fémur, con colgajos cutáneos.	14,00	10,00
27080	Coxigectomia primaria	6,00	6,00
27086	Extracción de cuerpo extraño; tejido subcutáneo, pelvis o cadera.	1,60	6,00
27087	Extracción de cuerpo extraño; profundo, subfascial o intramuscular, pelvis o cadera.	2,80	6,00
27090	Remoción de prótesis de cadera; (procedimiento separado).	14,00	6,00
27091	Remoción de prótesis de cadera; complicada, incluyendo reemplazo total de cadera y methylmetacrilato, cuando sea aplicable, con o sin inserción de espaciador.	40,00	10,00
27093	Procedimiento de inyección para artrografía de cadera; sin anestesia.	1,30	0,00
27095	Procedimiento de inyección para artrografía de cadera; con anestesia.	4,00	4,00
27096	Procedimiento de inyección para articulación sacro iliaca, artrografía y/o anestésico/esteroide.	3,00	4,00
27097	Liberación o resección de hamstring proximal.	6,00	4,00
27098	Transferencia del abductor al isquion.	12,00	4,00
27100	Transferencia del musculo oblicuo externo al trocánter mayor incluyendo extensiones fasciales o tendinosas (injertos)	14,50	4,00
27105	Transferencias de musculo paraespinal a la cadera (incluye injerto de extensión de fascia o tendón).	15,50	4,00
27110	Transferencia de iliopsoas; al trocánter mayor	18,50	4,00
27111	Transferencia de iliopsoas; al cuello femoral.	19,00	4,00
27120	Acetabuloplastia; (ej.: procedimiento tipo whitman, colonna).	24,00	6,00
27122	Acetabuloplastia; resección de la cabeza femoral (procedimiento tipo girdlestone).	25,00	6,00
27125	Hemiartroplastia parcial de cadera.	27,00	8,00
27130	Artroplastia, reemplazo total de cadera simple, con o sin auto o aloinjerto.	32,50	8,00
27132	Reemplazo total de cadera luego de cirugía previa en la misma cadera; con o sin autoinjerto o aloinjerto.	36,00	8,00
27134	Revisión de artroplastia total de cadera, los dos componentes; con o sin autoinjerto o aloinjerto.	38,00	10,00
27137	Revisión de artroplastia total de cadera, componente acetabular solamente, con o sin autoinjerto o aloinjerto.	32,00	10,00
27138	Revisión de artroplastia total de cadera, componente femoral solamente, con o sin aloinjerto.	32,00	10,00
27140	Osteotomía y transferencia del trocánter mayor (procedimiento separado).	12,20	6,00
27146	Osteotomía iliaco, acetabular o hueso innominado.	23,00	6,00
27147	Osteotomía iliaco, acetabular o hueso innominado. Con reduccion abierta de la cadera.	26,00	6,00
27151	Osteotomía iliaco, acetabular o hueso innominado. Con osteotomía femoral.	26,00	6,00
27156	Osteotomía iliaco, acetabular o hueso innominado. Con osteotomía	29,00	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	femoral y reduccion abierta de la cadera.		
27158	Osteotomía, pelvis, bilateral, (ej.: para malformación congénita).	23,00	6,00
27161	Osteotomía, cuello femoral (procedimiento separado).	18,00	6,00
27165	Osteotomía, intertrocanterica o subtrocanterica incluye fijación esquelética interna o externa y/o yeso.	23,20	6,00
27170	Injerto óseo de cuello, cabeza femoral, o áreas intertrocantericas o subtrocantericas. (Incluye la obtención del injerto).	24,30	6,00
27175	Tratamiento de deslizamiento epifisiario femoral por tracción, sin reduccion	11,00	4,00
27176	Tratamiento de deslizamiento epifisiario femoral por tracción, por medio de una o múltiples clavijas; in-situ.	21,50	6,00
27177	Tratamiento quirúrgico de deslizamiento epifisiario femoral; una o múltiples clavijas o injerto óseo (incluye la obtención del injerto).	22,50	6,00
27178	Tratamiento quirúrgico de deslizamiento epifisiario femoral; manipulación cerrada con uno o múltiples clavijas.	22,80	6,00
27179	Tratamiento quirúrgico de deslizamiento epifisiario femoral; osteoplastia del cuello femoral (procedimiento tipo heyman).	16,50	6,00
27181	Tratamiento quirúrgico de deslizamiento epifisiario femoral; osteotomía y fijación interna.	24,20	6,00
27185	Arresto epifisiario por epifisiodesis engrapado de trocánter mayor.	5,50	6,00
27187	Tratamiento profiláctico del cuello femoral y fémur proximal, (clavos, tubos, platinas o alambres); con o sin metylmethacrilato.	35,00	6,00
27193	Tratamiento cerrado de fractura luxación, diastasis o subluxación, del anillo pélvico, sin manipulación.	7,30	4,00
27194	Tratamiento cerrado de fractura luxación, diastasis o subluxación, del anillo pélvico, con manipulación, requiriendo más que anestesia local.	8,30	4,00
27200	Tratamiento cerrado de fractura del coxis.	1,80	6,00
27202	Tratamiento quirúrgico de fractura del coxis.	3,00	6,00
27215	Tratamiento quirúrgico de fracturas de espinas iliacas, avulsión de tuberosidad o fractura de alas del iliaco unilateral (ej.: fractura de pelvis, que no altera el anillo pélvico), con o sin fijación interna.	13,50	6,00
27216	Fijación esquelética percutánea de fractura y/o luxación de anillo pélvico posterior (incluye ilium, articulación sacroiliaca y/o sacro). Unilateral	31,30	4,00
27217	Tratamiento abierto de fractura y/o luxación de anillo pélvico anterior con fijación interna, (incluye sínfisis del pubis y/o sus ramas). Unilateral	25,00	8,00
27218	Tratamiento abierto de fractura y/o luxación de anillo pélvico posterior con fijación interna, (incluye ilium, articulación sacroiliaca y/o sacro). Unilateral	35,80	8,00
27220	Tratamiento cerrado de fractura (s) de acetábulo sin manipulación.	3,00	4,00
27222	Tratamiento cerrado de fractura (s) de acetábulo con manipulación con o sin tracción esquelética.	8,00	4,00
27226	Tratamiento quirúrgico de fractura de pared acetabular anterior o posterior, con fijación interna.	27,10	10,00
27227	Tratamiento quirúrgico de fractura (s) de acetábulo que involucra la columna anterior o posterior (una), o fractura transversal del acetábulo, con fijación interna.	52,10	10,00
27228	Tratamiento quirúrgico de fractura(s) de acetábulo que involucra columnas anterior y posterior (dos), incluye fractura en t y ambas columnas, con compromiso articular completo, o fractura transversa con fractura de pared acetabular asociada; con fijación interna.	83,30	10,00
27230	Tratamiento cerrado de fractura femoral, epífisis proximal, cuello; sin manipulación	2,00	4,00
27232	Tratamiento cerrado de fractura femoral, epífisis proximal, cuello; con manipulación con o sin tracción esquelética.	10,00	4,00
27235	Fijación esquelética percutánea de fractura femoral, epífisis proximal, cuello.	21,00	4,00
27236	Tratamiento quirúrgico de fractura femoral, epífisis proximal, cuello, con fijación interna o reemplazo protésico.	27,00	6,00
27238	Tratamiento cerrado de fractura intertrocanterica, subtrocanterica o pertrocanterica, sin manipulación.	2,00	4,00
27240	Tratamiento cerrado de fractura intertrocanterica, subtrocanterica o pertrocanterica, con manipulación con o sin tracción esquelética o cutánea.	11,00	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
27244	Tratamiento quirúrgico de fractura intertrocanterica, subtrocanterica o pertrocanterica, con implante tipo placa y tornillos, con o sin cerclaje.	19,70	6,00
27245	Tratamiento quirúrgico de fractura intertrocanterica, subtrocanterica o pertrocanterica, con implante intramedular, con o sin tornillos y/o cerclaje.	25,60	6,00
27246	Tratamiento cerrado de fractura de trocánter mayor, sin manipulación.	2,60	4,00
27248	Tratamiento quirúrgico de fractura de trocánter mayor con o sin fijación externa o interna.	7,10	6,00
27250	Tratamiento cerrado de luxación de la cadera, traumática, sin anestesia.	3,90	0,00
27252	Tratamiento cerrado de luxación de la cadera, traumática, con anestesia.	4,80	4,00
27253	Tratamiento quirúrgico de luxación de la cadera, traumática, sin fijación interna.	17,00	6,00
27254	Tratamiento quirúrgico de luxación de cadera traumática, con fractura de cabeza femoral y pared acetabular, con o sin fijación externa o interna.	25,00	6,00
27256	Tratamiento de luxación espontanea de cadera (incluye congénita o patológica), por abducción, férula o tracción, sin anestesia, sin manipulación.	8,80	0,00
27257	Tratamiento de luxación espontanea de cadera (incluye congénita o patológica), por abducción, férula o tracción, sin anestesia, con manipulación requiriendo anestesia.	15,60	4,00
27258	Tratamiento quirúrgico de luxación espontanea de cadera (incluye congénita o patológica), reemplazo de cabeza femoral en acetábulo (incluyendo tenotomia, etc.).	18,00	6,00
27259	Tratamiento quirúrgico de luxación espontanea de cadera (incluye congénita o patológica), reemplazo de cabeza femoral en acetábulo (incluyendo tenotomia, etc.). Con acortamiento de diáfisis femoral.	19,00	6,00
27265	Tratamiento cerrado de dislocación post-artroplastia de cadera, sin anestesia.	4,00	0,00
27266	Tratamiento cerrado de dislocación post-artroplastia de cadera, con anestesia regional o general.	5,50	4,00
27267	Tratamiento cerrado de fractura femoral de la cabeza sin manipulación	6,50	4,00
27268	Tratamiento cerrado de fractura femoral de la cabeza con manipulación	8,00	4,00
27269	Tratamiento abierto de fractura femoral de la cabeza incluye la fijación interna si es que se la realiza	19,00	4,00
27275	Manipulación articulación de la cadera requiriendo anestesia general.	3,90	4,00
27280	Artrodesis articulación sacroiliaca (incluye el obtener el injerto)	14,00	8,00
27282	Artrodesis de sínfisis púbica (incluye el obtener el injerto).	18,00	8,00
27284	Artrodesis articulación de cadera (incluye el obtener el injerto).	27,00	6,00
27286	Artrodesis articulación de cadera (incluye el obtener el injerto). Con osteotomía subtrocanterica.	30,00	6,00
27290	Hemipelvectomia (amputación interpelviabdominal).	40,00	15,00
27295	Desarticulación de la cadera.	27,00	10,00
27299	Otros procedimientos no listados de pelvis o articulación de la cadera.	CM (criterio medico)	6,00

FÉMUR Y ARTICULACIÓN DE LA RODILLA INCLUYE PLATO TIBIAL

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
27301	Incisión y drenaje de absceso profundo bursa infectada o hematoma, regiones de muslo y rodilla.	3,60	4,00
27303	Incisión profunda con apertura de la corteza del hueso en fémur o rodilla (ej.: osteomielitis o absceso óseo).	6,60	6,00
27305	Fasciotomia abierta iliotibial (tenotomia).	6,90	4,00
27306	Tenotomía, percutánea, cerrada de aductores o isquiotibiales (procedimiento separado), único.	2,90	4,00
27307	Tenotomía, percutánea, cerrada de aductores o isquiotibiales (procedimiento separado), múltiples tendones.	3,60	4,00
27310	Artrotomia de rodilla por infección, con exploración, drenaje o extracción de cuerpo extraño (ej.: infección).	12,50	4,00
27323	Biopsia, tejidos blandos, superficial, regiones de muslo o rodilla.	1,60	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
27324	Profunda (subfascial o intramuscular).	3,10	4,00
27325	Neurectomia musculo del tendón de la corva (muslo posterior) (hamstring)	10,00	4,00
27326	Neurectomia musculo poplíteo	9,50	3,00
27327	Escisión de tumor subcutáneo, regiones de muslo o rodilla.	3,90	3,00
27328	Escisión de tumor subcutáneo, regiones de muslo o rodilla, profunda, subfascial, o intramuscular.	6,50	4,00
27329	Resección radical de tumor de tejidos blandos en regiones de muslo o rodilla. (ej.: neoplasia maligna).	14,00	8,00
27330	Artrotomia, rodilla; con biopsia sinovial únicamente.	12,50	4,00
27331	Artrotomia, rodilla; con exploración de articulación; biopsia; o extracción de cuerpo extraño.	13,50	4,00
27332	Artrotomia, rodilla, para escisión de menisco (menisectomia) medial o lateral.	16,00	4,00
27333	Artrotomia, rodilla, para escisión de menisco (menisectomia) medial y lateral.	16,10	4,00
27334	Artrotomia, rodilla con sinovectomia anterior o posterior.	18,00	4,00
27335	Artrotomia, rodilla con sinovectomia anterior y posterior incluyendo área poplítea.	19,00	4,00
27337	Escisión, de tumor de tejidos blandos, fémur y rodilla subcutáneo de 3 cm o más.	6,40	4,00
27339	Escisión, de tumor de tejidos blandos, fémur de rodilla subfasial, (ej. Intramuscular) de 5 cm o más.	11,00	4,00
27340	Escisión bursa preparatelar.	8,80	4,00
27345	Escisión de quiste sinovial en área poplítea (quiste de baker).	9,90	4,00
27347	Escisión de menisco o capsula (ej.: quiste o ganglión) de rodilla.	7,50	4,00
27350	Patelectomia o hemipatelectomia.	13,20	4,00
27355	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno del fémur.	12,10	5,00
27356	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno del fémur. Con injerto homologo.	14,00	5,00
27357	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno del fémur. Con injerto autólogo (incluye el obtener el injerto).	15,00	5,00
27358	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno de fémur; con fijación interna. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	16,00	0,00
27360	Escisión parcial de hueso (craterizacion, diafisectomia), de fémur, tibia proximal y/o peroné (ej.: osteomielitis o absceso óseo).	12,00	5,00
27365	Resección radical por tumor, fémur o rodilla.	18,00	5,00
27370	Inyección de contraste en rodilla, para artrografía	0,70	3,00
27372	Extracción de cuerpo extraño profundo, región de muslo o área de la rodilla.	6,20	4,00
27380	Sutura de tendón infrapatelar, primaria.	11,00	4,00
27381	Sutura de tendón infrapatelar, reconstrucción secundaria; incluyendo injerto de fascia o tendón.	13,00	4,00
27385	Sutura primaria de tendón de cuádriceps o de tendones isquiotibiales por ruptura.	13,10	4,00
27386	Sutura de tendón de cuádriceps o de tendones isquiotibiales por ruptura. Reconstrucción secundaria incluyendo injerto de fascia o tendón.	16,00	4,00
27390	Tenotomía abierta, isquiotibiales, rodilla, a cadera, uno solo.	7,20	4,00
27391	Tenotomía abierta, isquiotibiales, rodilla, a cadera, múltiples tendones, una pierna.	9,20	4,00
27392	Tenotomía abierta, isquiotibiales, rodilla, a cadera, múltiples tendones, bilateral.	13,80	4,00
27393	Alargamiento de tendón de isquiotibiales, uno solo.	8,40	4,00
27394	Alargamiento de tendón de isquiotibiales, múltiples tendones, una pierna.	10,80	4,00
27395	Alargamiento de tendón de isquiotibiales, múltiples tendones, bilateral.	15,60	4,00
27396	Trasplante de tendón isquiotibial a la rótula, uno solo.	16,20	4,00
27397	Trasplante de tendón isquiotibial a la rótula, múltiples tendones.	17,90	4,00
27400	Transferencia de musculo o tendón isquiotibiales al fémur (procedimiento tipo eggers).	15,00	4,00
27403	Artrotomia con reparación de meniscos, rodilla.	17,00	4,00
27405	Sutura primaria de ligamento colateral de rodilla y/o capsula.	14,00	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
27407	Sutura primaria de ligamento cruzado.	17,00	4,00
27409	Sutura primaria de ligamentos colateral y cruzado.	20,00	4,00
27412	Implantación de condrocitos autólogos de rodilla.	25,40	4,00
27415	Aloinjerto osteocondral de la rodilla, abierto.	21,20	4,00
27416	Injerto autógrafo osteocondral de la rodilla abierto, ej. Plastia de mosaico (incluye la obtención del tejido para injerto)	15,00	4,00
27418	Tuberculoplastia tibial anterior (ej.: por condromalacia patelar)	21,00	4,00
27420	Reconstrucción de rotula dislocada;(procedimiento tipo hauser).	15,50	4,00
27422	Reconstrucción de rotula dislocada; con realineamiento del aparato extensor y/o avance muscular o liberación (procedimiento tipo campebell, goldwaite).	15,50	4,00
27424	Reconstrucción de rotula dislocada; con patelectomia.	16,50	4,00
27425	Liberación del retinaculo lateral (cualquier método).	16,00	4,00
27427	Reconstrucción de ligamentos (aumento) de la rodilla; extra-articular	19,00	4,00
27428	Reconstrucción de ligamentos (aumento) de la rodilla; intra- articular (abierto).	27,00	4,00
27429	Reconstrucción de ligamentos (aumento) de la rodilla; intra articular (abierto) y extra articular.	30,00	4,00
27430	Cuadriseplastia (tipo bennett o thompson).	15,50	4,00
27435	Capsulotomia, de rodilla, liberación capsular posterior.	14,40	4,00
27437	Artroplastia patelar sin prótesis.	15,00	4,00
27438	Artroplastia patelar con prótesis.	20,00	4,00
27440	Artroplastia de rodilla, platillos tibiales.	21,00	4,00
27441	Artroplastia de rodilla, platillos tibiales. Con debridamiento y sinovectomia parcial	22,00	4,00
27442	Artroplastia de rodilla, cóndilos femorales o platillos tibiales.	23,00	4,00
27443	Artroplastia de rodilla, cóndilos femorales o platillos tibiales. Con debridamiento y sinovectomia parcial.	22,00	4,00
27445	Artroplastia de rodilla, prótesis (tipo walldius).	30,00	4,00
27446	Artroplastia de rodilla, cóndilos y platillos compartimiento medial o lateral.	28,00	4,00
27447	Artroplastia de rodilla, cóndilos y platillos compartimiento medial y lateral, con o sin arreglo de superficie de la rótula (reemplazo total de rodilla).	38,00	7,00
27448	Osteotomía de fémur, diáfisis o supracondilea, sin fijación.	18,50	6,00
27450	Osteotomía de fémur, diáfisis o supracondilea, con fijación.	21,00	6,00
27454	Osteotomía de diáfisis femoral, múltiple, con realineamiento de clavo intra medular (procedimiento tipo sofield).	20,50	6,00
27455	Osteotomía, de tibia proximal, incluyendo osteotomía o escisión de peroné; (incluye corrección de genuvaro o genuvalgo), antes de cierre de epífisis.	13,00	4,00
27457	Osteotomía, de tibia proximal, incluyendo osteotomía o escisión de peroné; (incluye corrección de genuvaro o genuvalgo), después de cierre de epífisis.	15,50	4,00
27465	Osteoplastia de fémur; acortamiento (excluyendo 64876).	20,50	5,00
27466	Osteoplastia de fémur; alargamiento	26,50	5,00
27468	Osteoplastia de fémur; combinada, alargamiento y acortamiento con transferencia de un segmento femoral.	38,50	5,00
27470	Reparo de mala unión o no unión del fémur, distal a la cabeza y cuello del fémur; sin injerto (técnica de compresión).	20,50	6,00
27472	Reparo de mala unión o no unión del fémur, distal a la cabeza y cuello del fémur; con injerto iliaco u otros injertos de hueso (incluye obtención del injerto).	23,00	6,00
27475	Arresto epifisiario, cualquier método, (epifisiodesis); fémur distal.	14,10	5,00
27477	Arresto epifisiario, cualquier método, (epifisiodesis); tibia y peroné, proximales.	16,10	4,00
27479	Combinado fémur distal, tibia proximal y peroné.	20,50	5,00
27485	Arresto hemiepifisiario, de fémur distal o pierna proximal, o peroné (ej.: para genu varu o valgo).	11,10	5,00
27486	Revisión de artroplastia total de rodilla, con o sin injerto, un componente.	21,60	7,00
27487	Revisión de artroplastia total de rodilla, con o sin injerto, componente femoral y tibial entero.	45,00	7,00
27488	Remoción de prótesis de rodilla, incluyendo prótesis total de rodilla metltylmethacrylato con o sin inserción de espaciador cuando aplicable.	12,50	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
27495	Tratamiento profiláctico de fémur con clavos, clavijas, tubos, platinos o alambre con o sin methylmethacrylato.	14,00	6,00
27496	Fasciotomia descompresiva de muslo y/o rodilla, un compartimiento (flexor, o extensor o aductor).	7,20	4,00
27497	Fasciotomia descompresiva de muslo y/o rodilla, un compartimiento (flexor, o extensor o aductor). Con debridamiento de musculo no viable y/o nervio.	12,70	4,00
27498	Fasciotomia descompresiva de muslo y/o rodilla, múltiples compartimientos.	14,50	4,00
27499	Fasciotomia descompresiva de muslo y/o rodilla, múltiples compartimientos. Con debridamiento de musculo no viable y/o nervio.	19,90	4,00
27500	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis femoral, sin manipulación.	8,10	4,00
27501	Tratamiento cerrado de fractura supracondilea o transcondilea con o sin extensión intercondilea, sin manipulación.	8,10	4,00
27502	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis femoral con manipulación, con o sin tracción esquelética o cutánea.	7,50	4,00
27503	Tratamiento cerrado de fractura femoral supra o transcondilea con o sin extensión intercondilea, con manipulación, con o sin tracción esquelética o cutánea.	12,80	4,00
27506	Tratamiento quirúrgico de fractura de diáfisis femoral, con o sin fijación externa, con inserción de implante intramedular, con o sin cerclaje y/o tornillos de bloqueo.	23,00	6,00
27507	Tratamiento quirúrgico de fractura de diáfisis femoral con tornillos/placa, con o sin cerclaje.	18,60	6,00
27508	Tratamiento cerrado fractura del fémur tercio distal, cóndilos medial o lateral, sin manipulación.	6,00	4,00
27509	Fijación esquelética percutánea de fractura femoral, tercio distal, cóndilo medial o lateral, o supra o transcondilea, con o sin extensión intercondilea, o separación epifisiaria distal del fémur.	9,80	4,00
27510	Tratamiento cerrado de fractura femoral, tercio distal, cóndilo medial o lateral, con manipulación.	8,40	4,00
27511	Tratamiento abierto de fractura femoral supra o transcondilea sin extensión intercondilea, con o sin fijación externa o interna.	18,10	5,00
27513	Tratamiento quirúrgico de fractura femoral supra o transcondilea con extensión intercondilea, con o sin fijación externa o interna.	24,30	5,00
27514	Tratamiento quirúrgico de fractura de fémur, tercio distal, cóndilo medial o lateral, con o sin fijación externa o interna.	20,00	5,00
27516	Tratamiento cerrado de separación epifisiaria distal femoral, sin manipulación.	7,00	4,00
27517	Tratamiento cerrado de separación epifisiaria distal femoral, con manipulación, con o sin tracción esquelética o cutánea.	9,40	4,00
27519	Tratamiento quirúrgico de separación epifisiaria femoral distal, con o sin fijación externa o interna.	23,00	5,00
27520	Tratamiento cerrado de fractura de rotula; sin manipulación.	2,90	3,00
27524	Tratamiento quirúrgico de fractura de rotula con fijación interna y/o patelectomia parcial o completa y reparo de tejido blando.	12,00	4,00
27530	Tratamiento cerrado de fractura tibial proximal (meseta); sin manipulación.	3,00	3,00
27532	Tratamiento cerrado de fractura tibial proximal (meseta); con tracción esquelética.	5,20	3,00
27535	Tratamiento quirúrgico de fractura tibial, proximal (meseta); unicondilea, con o sin fijación externa o interna.	12,70	4,00
27536	Tratamiento quirúrgico de fractura tibial, proximal (meseta); bicondilea, con o sin fijación interna.	18,30	4,00
27538	Tratamiento cerrado de fractura (s) de espina(s) intercondilea y/o tuberosidad, rodilla, con o sin manipulación.	6,50	3,00
27540	Tratamiento abierto de fractura (s) de espina(s) intercondilea y/o tuberosidad, rodilla, con o sin fijación externa o interna.	14,30	4,00
27550	Tratamiento cerrado de luxación de rodilla; sin anestesia.	2,60	0,00
27552	Tratamiento cerrado de luxación de rodilla; con anestesia.	3,80	3,00
27556	Tratamiento quirúrgico de luxación de rodilla; con o sin fijación externa o interna, sin reparo primario de ligamentos o aumento/reconstrucción.	15,50	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
27557	Tratamiento quirúrgico de luxación de rodilla; con o sin fijación externa o interna, con reparo primario de ligamentos.	17,00	4,00
27558	Tratamiento quirúrgico de luxación de rodilla; con o sin fijación externa o interna, con reparo primario de ligamentos, con aumento/reconstrucción.	20,00	4,00
27560	Tratamiento cerrado de luxación de rotula sin anestesia.	2,60	0,00
27562	Tratamiento cerrado de luxación de rotula con anestesia.	4,00	3,00
27566	Tratamiento quirúrgico de luxación de rotula; con o sin patelectomia total o parcial.	12,10	4,00
27570	Manipulación de la articulación de la rodilla bajo anestesia general (incluye aplicación de tracción u otros mecanismos de fijación)	3,90	3,00
27580	Artrodesis de rodilla; cualquier técnica.	21,00	4,00
27590	Amputación, muslo a través del fémur, cualquier nivel.	14,50	5,00
27591	Amputación, muslo a través del fémur, cualquier nivel. Con técnica de adaptación protésica e inmediata incluyendo el primer yeso.	15,00	5,00
27592	Amputación, muslo a través del fémur, cualquier nivel. Abierta, circular (guillotina).	16,00	5,00
27594	Amputación, muslo a través del fémur, cualquier nivel. Cierre secundario o revisión de herida quirúrgica.	5,00	5,00
27596	Amputación, muslo a través del fémur, cualquier nivel. Reamputacion.	14,00	5,00
27598	Desarticulación de rodilla.	14,00	5,00
27599	Otros procedimientos no listados de fémur o rodilla.	CM (criterio medico)	4,00

PIERNA (TIBIA Y PERONÉ) Y ARTICULACIÓN DEL TOBILLO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
27600	Fasciotomia descompresiva pierna, compartimiento anterior y/o lateral solamente.	7,20	3,00
27601	Fasciotomia descompresiva pierna, compartimiento(s) posterior(es) solamente.	9,60	3,00
27602	Fasciotomia descompresiva pierna, compartimiento(s) anterior y/o lateral, y posterior.	13,20	3,00
27603	Incisión y drenaje; absceso profundo, hematoma; pierna o tobillo.	5,50	3,00
27604	Incisión y drenaje; pierna o tobillo. Bursa infectada.	1,30	3,00
27605	Tenotomía de tendón de aquiles, percutáneo (procedimiento separado) anestesia local.	3,30	3,00
27606	Tenotomía de tendón de aquiles, percutáneo (procedimiento separado) anestesia general.	2,70	3,00
27607	Incisión profunda, con apertura de corteza ósea (ej.: para osteomielitis o absceso óseo), pierna o tobillo.	4,80	3,00
27610	Artrotomia de tobillo, con exploración drenaje o extracción de cuerpo extraño.	10,00	3,00
27612	Artrotomia de tobillo, liberación de capsula posterior con o sin alargamiento del tendón de aquiles.	11,00	3,00
27613	Biopsia de tejidos blandos de pierna o área del tobillo, superficial.	3,90	3,00
27614	Biopsia de tejidos blandos de pierna o área del tobillo, profundo, subfascial o intramuscular.	6,50	3,00
27615	Resección radical de tumor (ej.: neoplasia maligna) de tejidos blandos de la pierna o tobillo.	12,50	3,00
27618	Escisión tumor, subcutáneo de pierna o área del tobillo.	3,70	3,00
27619	Escisión tumor, profundo, subfascial o intramuscular de pierna o área del tobillo.	6,00	3,00
27620	Artrotomia de tobillo, con exploración articular, con o sin biopsia, con o sin remoción de cuerpo extraño.	10,00	3,00
27625	Artrotomia de tobillo con sinovectomia.	12,00	3,00
27626	Artrotomia de tobillo con sinovectomia. Incluyendo tenosinovectomia.	13,00	3,00
27630	Escisión de lesión de vaina tendinosa o capsula (ej. Quiste o ganglión) pierna y/o tobillo.	4,60	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
27632	Escisión, de tumor de tejidos blandos de la pierna y tobillo, subcutáneo de 3 cm o más.	6,30	3,00
27634	Escisión, de tumor de tejidos blandos de la pierna y tobillo, subfasial, (ej. Intramuscular) de 5 cm o más.	10,00	3,00
27635	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno, tibia o peroné.	11,60	3,00
27637	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno, tibia o peroné. Con injerto autólogo primario (se incluye al obtener injerto).	13,00	3,00
27638	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno, tibia o peroné. Con injerto homologo.	13,00	3,00
27640	Escisión de hueso parcial de tibia (craterizacion, diafisectomia) (ej.: osteomielitis).	12,00	3,00
27641	Escisión de hueso parcial de peroné (craterizacion, diafisectomia) (ej.: osteomielitis).	12,00	3,00
27645	Resección radical de tumor, tibia.	19,00	4,00
27646	Resección radical de tumor, peroné.	13,00	4,00
27647	Resección radical de tumor, astrágalo o calcáneo.	18,00	4,00
27648	Procedimiento de inyección para artrografía de tobillo.	1,30	3,00
27650	Sutura primaria, abierta o percutánea por ruptura de tendón de aquiles.	11,00	5,00
27652	Sutura primaria, abierta o percutánea por ruptura de tendón de aquiles. Con injerto (incluye al obtener el injerto).	14,00	5,00
27654	Sutura secundaria, tendón de aquiles roto, con o sin injerto.	16,00	5,00
27656	Reparo defecto fascial en pierna.	6,90	3,00
27658	Reparo o sutura de tendón flexor de la pierna primario, sin injerto, cada uno.	6,50	3,00
27659	Reparo o sutura de tendón flexor de la pierna secundario con o sin injerto; cada tendón.	8,00	3,00
27664	Reparo o sutura de tendón extensor de la pierna; primario, sin injerto, cada uno.	4,30	3,00
27665	Reparo o sutura de tendón extensor de la pierna; secundario con o sin injerto; cada tendón.	6,00	3,00
27675	Reparo para luxación de tendón peroneal; sin osteotomía peroneal.	6,60	3,00
27676	Reparo para luxación de tendón peroneal; con osteotomía del peroné	7,20	3,00
27680	Tenolisis, tendones flexores o extensores, pierna y/o tobillo; único, cada tendón.	5,50	3,00
27681	Tenolisis, tendones flexores o extensores, pierna y/o tobillo; múltiples tendones (a través de la misma incisión) cada uno.	6,60	3,00
27685	Alargamiento o acortamiento de tendón; uno solo (procedimiento separado), pierna o tobillo.	7,10	3,00
27686	Alargamiento o acortamiento de tendón; múltiples tendones (a través de la misma incisión) cada uno.	8,00	3,00
27687	Resección de gastronemios (procedimiento de strayer).	7,60	5,00
27690	Transferencia o trasplante superficial de tendón único, con rotación o redirección del musculo (ej.: extensor tibial anterior hacia la mitad del pie).	8,00	3,00
27691	Transferencia o trasplante profundo (ej.: del tibial anterior o tibial posterior a través del espacio interóseo).	10,00	3,00
27692	Transferencia o trasplante superficial de tendón único, con rotación o redirección del musculo (ej.: extensor tibial anterior hacia la mitad del pie). Cada tendón adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	2,00	3,00
27695	Sutura primaria de ligamento lesionado a nivel del tobillo; colateral.	10,00	3,00
27696	Sutura primaria de ligamento lesionado a nivel del tobillo; ambos ligamentos colaterales.	14,00	3,00
27698	Sutura secundaria de ligamento lesionado a nivel de tobillo; colateral (ej. Procedimiento de watson jones).	15,50	3,00
27700	Artroplastia, tobillo.	20,00	3,00
27702	Artroplastia, tobillo. Con implante ("reemplazo total de tobillo").	31,00	7,00
27703	Artroplastia, tobillo. Revisión secundaria total de tobillo.	29,50	7,00
27704	Remoción de implante de tobillo.	13,20	3,00
27705	Osteotomía; tibia.	12,50	4,00
27707	Osteotomía; peroné	7,00	4,00
27709	Osteotomía; tibia y peroné.	15,00	4,00
27712	Osteotomía; múltiple, con realineamiento sobre la clavo intramedular	18,20	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	(procedimiento tipo sofield)		
27715	Osteoplastia, tibia y peroné, alargamiento o acortamiento.	24,50	4,00
27720	Reparo de no unión o mala unión de tibia; sin injerto (ej. Técnica de compresión)	18,00	3,00
27722	Reparo de no unión o mala unión de tibia; con injerto deslizante.	19,50	3,00
27724	Reparo de no unión o mala unión de tibia; con injerto iliaco u otro injerto autólogo (incluye el obtener el injerto).	21,00	3,00
27725	Reparo de no unión o mala unión de tibia; por sinostosis, con peroné cualquier método.	28,00	3,00
27726	Reparo de peroné por no unión o mal unión post fractura utilizando fijación interna	14,20	3,00
27727	Reparo de seudartrosis congénita de tibia.	22,00	3,00
27730	Arresto epifisiario (epifisiodesis), cualquier método, tibia distal.	11,50	3,00
27732	Arresto epifisiario (epifisiodesis), cualquier método, peroné distal.	6,20	3,00
27734	Arresto epifisiario (epifisiodesis), cualquier método, tibia distal y peroné	13,60	3,00
27740	Arresto epifisiario (epifisiodesis), cualquier método, combinada, extremos proximal y distal de tibia y peroné.	18,50	3,00
27742	Arresto epifisiario (epifisiodesis), cualquier método, combinada, extremos proximal y distal de tibia y peroné. Y fémur distal.	22,50	4,00
27745	Tratamiento profiláctico de la tibia con clavos, tubos, placas o alambres, con o sin methylmethacrylato.	15,20	3,00
27750	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis tibial, con o sin fractura de peroné; sin manipulación.	5,60	3,00
27752	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis tibial, con o sin fractura de peroné; con manipulación, con o sin tracción esquelética.	7,00	3,00
27756	Fijación esquelética percutánea de fractura diafisiaria de tibia (con o sin fractura de peroné). (ej.: clavijas o tornillos).	8,50	3,00
27758	Tratamiento quirúrgico de fractura de diáfisis tibial (con o sin fractura de peroné), con tornillo/placa, con o sin cerclaje.	12,70	3,00
27759	Tratamiento quirúrgico de fractura de diáfisis tibial (con o sin fractura de peroné), con implante intramedular, con o sin tornillos de seguridad y/o cerclaje.	12,70	4,00
27760	Tratamiento cerrado de fractura de tibia distal (maléolo interno), sin manipulación.	2,70	3,00
27762	Tratamiento cerrado de fractura de tibia distal (maléolo interno), con manipulación, con o sin tracción esquelética o cutánea.	3,50	3,00
27766	Tratamiento quirúrgico de fractura de maléolo interno, con o sin fijación externa o interna.	9,40	3,00
27767	Tratamiento cerrado de fractura del maléolo posterior sin manipulación	4,00	3,00
27768	Tratamiento cerrado de fractura del maléolo posterior con manipulación	6,00	3,00
27769	Tratamiento abierto de fractura del maléolo posterior , incluye fijación interna cuando esta se realice	10,50	4,00
27780	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis tibial o peroné proximal, sin manipulación.	2,00	3,00
27781	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis tibial o peroné proximal, con manipulación.	3,00	3,00
27784	Tratamiento quirúrgico de fractura de diáfisis o peroné proximal, con o sin fijación externa o interna.	8,30	3,00
27786	Tratamiento cerrado de fractura distal de peroné (maléolo externo), sin manipulación.	3,00	3,00
27788	Tratamiento cerrado de fractura distal de peroné (maléolo externo), con manipulación.	4,00	3,00
27792	Tratamiento quirúrgico de fractura de maléolo externo, con o sin fijación externa o interna.	9,00	3,00
27808	Tratamiento cerrado de fractura bimaleolar del tobillo (incluye potts), sin manipulación.	3,00	3,00
27810	Tratamiento cerrado de fractura bimaleolar del tobillo (incluye potts), con manipulación.	5,00	3,00
27814	Tratamiento quirúrgico de fractura bimaleolar del tobillo, con o sin fijación externa o interna.	12,50	3,00
27816	Tratamiento cerrado de fractura trimaleolar del tobillo; sin manipulación.	3,00	3,00
27818	Tratamiento cerrado de fractura trimaleolar del tobillo; con manipulación.	6,50	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
27822	Tratamiento quirúrgico de fractura trimaleolar del tobillo, con o sin fijación externa o interna, maléolos interno y/o externo; sin fijación de labio posterior.	14,50	3,00
27823	Tratamiento quirúrgico de fractura trimaleolar del tobillo, con o sin fijación externa o interna, maléolos interno y/o externo; con fijación de labio posterior.	15,60	3,00
27824	Tratamiento cerrado de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta peso, con o sin anestesia; sin manipulación.	3,90	3,00
27825	Tratamiento cerrado de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta peso, con o sin anestesia; con tracción esquelética y/o requiriendo manipulación.	7,80	3,00
27826	Tratamiento quirúrgico de fractura de la superficie/porción articular de la tibia distal que soporta peso, con o sin fijación externa o interna; de peroné solamente.	11,70	3,00
27827	Tratamiento quirúrgico de fractura de la superficie/porción articular de la tibia distal que soporta peso, con o sin fijación externa o interna; de tibia solamente.	18,70	3,00
27828	Tratamiento quirúrgico de fractura de la superficie/porción articular de la tibia distal que soporta peso, con o sin fijación externa o interna; de tibia y peroné.	21,70	3,00
27829	Tratamiento quirúrgico de disrupción de articulación tibioperonea distal (sindesmosis), con o sin fijación externa o interna.	7,00	3,00
27830	Tratamiento cerrado de luxación de la articulación tibioperoneal proximal, sin anestesia.	2,50	0,00
27831	Tratamiento cerrado de luxación de la articulación tibioperoneal proximal, requiriendo anestesia.	3,60	3,00
27832	Tratamiento quirúrgico de luxación de articulación tibioperoneal proximal con o sin fijación externa o interna, o con escisión de peroné proximal.	8,10	3,00
27840	Tratamiento cerrado de luxación de tobillo; sin anestesia.	2,10	0,00
27842	Tratamiento cerrado de luxación de tobillo; requiriendo anestesia, con o sin fijación esquelética percutánea.	3,10	3,00
27846	Tratamiento quirúrgico de luxación de tobillo con o sin fijación esquelética percutánea; sin reparo o fijación interna.	11,00	3,00
27848	Tratamiento quirúrgico de luxación de tobillo con o sin fijación esquelética percutánea; con reparo o fijación interna o externa.	12,20	3,00
27860	Manipulación de articulación de tobillo bajo anestesia general (incluye aplicación de tracciones o aparatos de fijación).	1,80	3,00
27870	Artrodesis de tobillo; cualquier método.	17,40	3,00
27871	Artrodesis articulación tibioperonea proximal o distal.	4,50	3,00
27880	Amputación de pierna a través de tibia y peroné.	14,50	4,00
27881	Amputación de pierna a través de tibia y peroné. Con técnica de adaptación inmediata de prótesis incluyendo aplicación de primer yeso.	16,00	4,00
27882	Amputación de pierna a través de tibia y peroné. Abierta, circular, (guillotina).	10,50	4,00
27884	Amputación de pierna a través de tibia y peroné. Cierre secundario o revisión de cicatriz.	6,50	4,00
27886	Amputación de pierna a través de tibia y peroné. Reamputacion.	19,50	4,00
27888	Amputación de tobillo, a través de maléolos tibiales y peroneos (procedimiento tipo syme, pirogoff), con sutura plástica y re-sección de nervios	11,50	4,00
27889	Desarticulación de tobillo.	11,50	4,00
27892	Fasciotomia descompresiva de pierna; compartimientos anterior y/o lateral solamente, con debridamiento de musculo y/o nervio no viables.	12,70	3,00
27893	Fasciotomia descompresiva de pierna; compartimiento(s) posterior(es) solamente, con debridamiento de musculo y/o nervio no viables.	12,70	3,00
27894	Fasciotomia descompresiva de pierna; compartimiento(s) anterior y/o lateral, y posterior, con debridamiento de musculo y/o nervio no viables.	19,90	3,00
27899	Procedimientos no listados de pierna o tobillo.	CM (criterio medico)	3,00

PIE Y DEDOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
28001	Incisión y drenaje, bursa de pie.	1,30	3,00
28002	Incisión y drenaje bajo la fascia, con o sin compromiso de la vaina tendinosa, pie; un solo espacio bursal.	2,30	3,00
28003	Incisión y drenaje bajo la fascia, con o sin compromiso de la vaina tendinosa, pie; múltiples áreas.	2,50	3,00
28005	Incisión de corteza ósea de pie (ej.: para tratamiento de osteomielitis o abscesos óseos).	5,80	3,00
28008	Fasciotomia, pie y/o dedo.	3,50	3,00
28010	Tenotomía, percutánea de dedo de pie; tendón único.	1,20	3,00
28011	Tenotomía, percutánea de dedo de pie; múltiples tendones.	1,80	3,00
28020	Artrotomia, con exploración, drenaje o remoción de cuerpo libre o extraño articulaciones intertarsianas o tarso metatarsianas.	6,80	3,00
28022	Artrotomia, con exploración, drenaje o remoción de cuerpo libre o extraño articulación metatarsofalangica.	4,40	3,00
28024	Artrotomia, con exploración, drenaje o remoción de cuerpo libre o extraño articulación interfalangica.	3,30	3,00
28035	Liberación del túnel tarsiano (descompresión del nervio tibial posterior)	12,00	3,00
28039	Escisión, tumor de tejidos blandos de pie, o dedos del pie, subcutáneo, 1,5 cm o más.	5,00	3,00
28041	Escisión, tumor de tejidos blandos de pie, o dedos del pie, subfasial (ej. Intramuscular de 1,5 cm o más.	7,00	3,00
28043	Escisión de tumor del pie; subcutáneo.	3,70	3,00
28045	Escisión de tumor del pie; profundo, subfascial, intramuscular.	6,20	3,00
28046	Resección radical de tumor (ej.: neoplasia maligna) en tejidos blandos del pie.	12,00	3,00
28050	Artrotomia con biopsia sinovial; articulaciones intertarsianas o tarsometatarsiana.	6,80	3,00
28052	Artrotomia con biopsia sinovial; articulación metatarsofalangica.	4,40	3,00
28054	Artrotomia con biopsia sinovial; articulación interfalangica.	3,30	3,00
28055	Neurectomia musculatura intrínseca del pie	8,00	3,00
28060	Fasciectomia, escisión de fascia plantar, parcial (procedimiento separado).	6,10	3,00
28062	Fasciectomia, escisión de fascia plantar, radical (procedimiento separado).	11,50	3,00
28070	Sinovectomia, articulaciones intertarsianas o tarsometarsiana; cada una.	6,20	3,00
28072	Articulación metatarsofalangica; cada una.	4,00	3,00
28080	Escisión de neuroma interdigital de morton; uno solo, cada uno.	5,40	3,00
28086	Sinovectomia, vaina tendinosa, flexores, del pie.	11,00	3,00
28088	Sinovectomia, vaina tendinosa, extensores, del pie.	7,20	3,00
28090	Escisión por lesión de tendón, de vaina tendinosa o capsula, (incluyendo sinovectomia, quiste o ganglión) pie.	4,60	3,00
28092	Escisión por lesión de tendón, de vaina tendinosa o capsula, (incluyendo sinovectomia, quiste o ganglión) dedos de pie, cada uno.	3,00	3,00
28100	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno; astrágalo o calcáneo.	6,80	3,00
28102	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno; astrágalo o calcáneo. Con injerto iliaco u otro injerto autólogo (incluye la obtención del injerto).	7,00	3,00
28103	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno; astrágalo o calcáneo. Con injerto homologo.	6,00	3,00
28104	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno, huesos del tarso o metatarso excluyendo astrágalo o calcáneo.	5,40	3,00
28106	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno, huesos del tarso o metatarso excluyendo astrágalo o calcáneo. Con injerto iliaco u otro injerto autólogo (incluye la obtención del injerto).	6,00	3,00
28107	Escisión o curetaje de quiste óseo o tumor benigno, huesos del tarso o metatarso excluyendo astrágalo o calcáneo. Con injerto homologo.	5,00	3,00
28108	Escisión o curetaje de quiste o tumor benigno, falange del pie.	4,40	3,00
28110	Ostectomia, escisión parcial de la cabeza del quinto metacarpiano (bunionette) procedimiento separado.	3,30	3,00
28111	Ostectomia, escisión completa de la cabeza del primer metatarsiano.	5,40	3,00
28112	Ostectomia, otras cabezas de metatarsianos (2do, 3er o 4to).	4,40	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
28113	Ostectomia, cabeza del quinto metatarsiano.	6,00	3,00
28114	Ostectomia, todas las cabezas metatarsianas con falangectomias proximales parciales, excluyendo el primer metatarsiano (procedimiento tipo clayton).	13,20	3,00
28116	Ostectomia, escisión de la coalición tarsiana.	7,70	3,00
28118	Ostectomia, calcáneo.	7,70	3,00
28119	Ostectomia, para espolón calcáneo con o sin liberación de fascia plantar.	5,50	3,00
28120	Escisión parcial de hueso (secuestrectomia, craterizacion o diafisectomia) de hueso (ej.: para osteomielitis), astrágalo o calcáneo.	6,60	3,00
28122	Escisión parcial de hueso (secuestrectomia, craterizacion o diafisectomia) de hueso (ej.: para osteomielitis), hueso del tarso o metatarso, excepto astrágalo o calcáneo.	5,30	3,00
28124	Escisión parcial de hueso (secuestrectomia, craterizacion o diafisectomia) de hueso (ej.: para osteomielitis), falange de dedo del pie.	4,00	3,00
28126	Resección parcial o completa, de base de falange, cada dedo.	3,90	3,00
28130	Resección parcial o completa, astragalectomia (talectomia).	10,00	3,00
28140	Resección parcial o completa, metatarsectomia	6,60	3,00
28150	Resección parcial o completa, falangectomia de dedo, cada una.	4,20	3,00
28153	Resección de cóndilo (s), extremo distal de falange, cada dedo.	4,80	3,00
28160	Hemifalangectomia, o escisión de articulación interfalangica; extremo proximal de falange, cada una.	4,80	3,00
28171	Resección radical o tumor, tarso (excepto astrágalo o calcáneo).	10,00	4,00
28173	Resección radical o tumor, metartasiano	10,00	4,00
28175	Resección radical o tumor, falange de dedo.	6,50	4,00
28190	Extracción de cuerpo extraño subcutáneo del pie.	1,70	3,00
28192	Extracción de cuerpo extraño profundo del pie.	3,60	3,00
28193	Extracción de cuerpo extraño profundo del pie. Complicado.	5,40	3,00
28200	Reparo o sutura de tendón del pie; flexor; uno solo, primario o secundario sin injerto libre, cada tendón.	6,00	3,00
28202	Reparo o sutura de tendón del pie; flexor; uno solo, secundario con injerto libre, cada tendón (se incluye obtener el injerto).	8,00	3,00
28208	Reparo o sutura de tendón de pie; extensor, único, primario o secundario, cada tendón.	3,00	3,00
28210	Reparo o sutura de tendón de pie; extensor, único, secundario con injerto libre, cada tendón (se incluye obtener el injerto).	4,40	3,00
28220	Tenolisis de un flexor del pie, un tendón.	5,50	3,00
28222	Tenolisis de un flexor del pie, múltiples tendones.	6,60	3,00
28225	Tenolisis de un extensor del pie, un tendón.	3,10	3,00
28226	Tenolisis de un extensor del pie, múltiples tendones.	4,00	3,00
28230	Tenotomía, abierta, flexor, pie, uno solo o múltiple (procedimiento separado).	3,60	3,00
28232	Tenotomía, abierta, flexor, pie, un tendón de un solo dedo del pie. (Procedimiento separado).	1,70	3,00
28234	Tenotomía, abierta, extensor, pie o dedo, cada tendón.	1,20	3,00
28238	Reconstrucción (avance) del tendón tibial posterior con escisión del escafoides supernumerario (procedimiento tipo kidner)	7,60	3,00
28240	Tenotomía, alargamiento o liberación del musculo abductor hallus.	4,00	3,00
28250	División de fascia plantar y musculo (procedimiento separado).	6,60	3,00
28260	Capsulotomia, medio pie, liberación media únicamente (procedimiento separado).	10,30	3,00
28261	Capsulotomia, medio pie, con alargamiento tendinoso.	11,80	3,00
28262	Capsulotomia, medio pie, extensa, incluyendo capsulotomia posterior tibioastragalina y alargamiento(s) tendinosos, para deformidad del pie.	20,00	3,00
28264	Capsulotomia, medio tarsiana (procedimiento tipo heyman).	12,10	3,00
28270	Capsulotomia; articulación metatarsofalangica, con o sin tenorrafia, única, cada articulación (procedimiento separado).	2,60	3,00
28272	Capsulotomia; articulación interfalangica, una sola, cada articulación (procedimiento separado).	1,90	3,00
28280	Operación de webbing (sindactilismo de los dedos de los pies) (procedimiento tipo kelikian)	3,90	3,00
28285	Operación para dedos en martillo, (ej.: fusión interfalangica, falangectomia).	5,30	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
28286	Operación para quinto dedo en gallo con cierre plástico en piel (procedimiento tipo ruiz-mora).	5,30	3,00
28288	Ostectomia parcial, exostectomia, o condilectomia, una sola, cabeza metarsiana, cada cabeza metatarsiana	5,30	3,00
28289	Corrección de hallus rigidus con debridamiento y liberación capsular de la primera articulación metatarsofalangica.	5,50	3,00
28290	Corrección de hallux valgus con o sin sesamoidectomia; exostectomia simple (procedimiento tipo silver).	6,50	3,00
28292	Corrección de hallux valgus con o sin sesamoidectomia; procedimiento tipo keller, mcbride or mayo.	7,60	3,00
28293	Corrección de hallux valgus con o sin sesamoidectomia; resección de articulación con implante.	8,50	3,00
28294	Corrección de hallux valgus con o sin sesamoidectomia; con transplantes tendinosos (procedimiento tipo joplin).	9,50	3,00
28296	Corrección de hallux valgus con o sin sesamoidectomia; con osteotomía metatarsiana (ej.: procedimiento tipo mitchell, chevron)	12,50	3,00
28297	Corrección de hallux valgus con o sin sesamoidectomia; procedimiento tipo lapidus.	9,50	3,00
28298	Corrección de hallux valgus con o sin sesamoidectomia; por osteotomía de falange.	7,00	3,00
28299	Corrección de hallux valgus con o sin sesamoidectomia; por otros métodos (por doble osteotomía).	12,50	3,00
28300	Osteotomía de calcaneus (procedimiento tipo dwyer o chambers), con o sin fijación interna.	9,60	3,00
28302	Osteotomía de astrágalo (procedimiento tipo dwyer o chambers), con o sin fijación interna.	9,00	3,00
28304	Osteotomía, huesos del tarso, diferentes o calcáneos o astrágalo	8,10	3,00
28305	Osteotomía, huesos del tarso, diferentes o calcáneos o astrágalo. Con injerto autólogo (incluye obtener el injerto, tipo fowler).	10,00	3,00
28306	Osteotomía, metatarso, única, con o sin alargamiento, acortamiento o corrección angular; primer metatarso.	7,20	3,00
28307	Osteotomía, metatarso, única, con o sin alargamiento, acortamiento o corrección angular; primer metatarsiano, con autoinjerto, diferente al primer dedo.	8,20	3,00
28308	Osteotomía, metatarso, única, con o sin alargamiento, acortamiento o corrección angular; otros diferentes del primer metatarsiano, cada uno.	5,60	3,00
28309	Osteotomía, metatarso, única, con o sin alargamiento, acortamiento o corrección angular; múltiple (ej.: para pie cavo procedimiento tipo swanson).	7,70	3,00
28310	Osteotomía para acortar o corregir deformidades angulares o rotacionales falange proximal del dedo grueso (procedimiento separado).	3,10	3,00
28312	Osteotomía para acortar o corregir deformidades angulares o rotacionales otras falanges cualquier dedo.	2,00	3,00
28313	Reconstrucción, deformidad angular de dedo, procedimiento en tejidos blandos solamente.	4,20	3,00
28315	Sesamoidectomia, del dedo grueso (procedimiento separado).	4,00	3,00
28320	Reparo de no unión o mala unión de huesos tarsianos.	8,00	3,00
28322	Reparo de no unión o mala unión de huesos metatarsiano, con o sin injerto óseo (incluye obtener el injerto).	4,90	3,00
28340	Reconstrucción de macrodactilia, resección de tejidos blandos.	10,00	3,00
28341	Reconstrucción de macrodactilia, resección de tejidos blandos. Con resección de hueso.	12,00	3,00
28344	Reconstrucción de dedos por polidactalia.	6,00	3,00
28345	Reconstrucción de dedos por sindactilia, con o sin injertos de piel, cada membrana.	8,00	3,00
28360	Reconstrucción de pie caído.	15,60	3,00
28400	Tratamiento cerrado de fractura del calcáneo; sin manipulación.	2,60	3,00
28405	Tratamiento cerrado de fractura del calcáneo; con manipulación.	4,00	3,00
28406	Fijación esquelética percutánea de fractura del calcáneo, con manipulación.	5,50	3,00
28415	Tratamiento quirúrgico de fractura de calcáneo, con o sin fijación externa o interna.	10,20	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
28420	Tratamiento quirúrgico de fractura de calcáneo, con o sin fijación externa o interna. Con injerto iliaco primario u otro injerto autólogo (incluye obtener el injerto).	14,00	3,00
28430	Tratamiento cerrado de fractura del astrágalo; sin manipulación.	2,70	3,00
28435	Tratamiento cerrado de fractura del astrágalo; con manipulación.	3,70	3,00
28436	Fijación esquelética percutánea de fractura de astrágalo, con manipulación.	4,40	3,00
28445	Tratamiento quirúrgico de fractura de astrágalo con o sin fijación externa o interna.	10,20	3,00
28446	Autoinjerto osteocondral del talus (incluye la obtención del injerto)	18,50	3,00
28450	Tratamiento de fractura huesos tarsianos (a excepción de calcáneo y astrágalo), sin manipulación, cada uno.	2,60	3,00
28455	Tratamiento de fractura huesos tarsianos (a excepción de calcáneo y astrágalo), con manipulación, cada una.	3,20	3,00
28456	Fijación esquelética percutánea de fractura de hueso de tarso (excepto astrágalo y calcáneo), con manipulación, cada una.	3,90	3,00
28465	Tratamiento quirúrgico de fractura del hueso de tarso (excepto astrágalo y calcáneo), con o sin fijación externa o interna, cada una.	6,10	3,00
28470	Tratamiento cerrado de fractura del metatarso, sin manipulación, cada una.	2,40	3,00
28475	Tratamiento cerrado de fractura del metatarso, con manipulación, cada una.	2,80	3,00
28476	Fijación esquelética percutánea de fractura de metatarso, con manipulación, cada una.	3,50	3,00
28485	Tratamiento abierto de fractura metatarsiana con o sin fijación externa o interna, cada una.	6,10	3,00
28490	Tratamiento cerrado de fractura de la falange o falanges del dedo gordo, sin manipulación.	1,20	3,00
28495	Tratamiento cerrado de fractura de la falange o falanges del dedo gordo, con manipulación.	1,30	3,00
28496	Fijación esquelética percutánea de fractura de la falange o falanges del dedo gordo, con manipulación.	2,20	3,00
28505	Tratamiento abierto de fractura de la falange o falanges del dedo gordo con o sin fijación interna o externa.	4,60	3,00
28510	Tratamiento cerrado de fractura de la falange o falanges de otros dedos fuera del dedo gordo, cada uno, sin manipulación.	0,80	3,00
28515	Tratamiento cerrado de fractura de la falange o falanges de otros dedos fuera del dedo gordo, cada uno, con manipulación, cada uno.	1,30	3,00
28525	Tratamiento quirúrgico de fractura de falange o falanges diferentes del dedo gordo, con o sin fijación esquelética interna o externa, cada una.	3,60	3,00
28530	Tratamiento cerrado de fractura del sesamoide.	2,20	3,00
28531	Tratamiento quirúrgico de fractura de sesamoide con o sin fijación interna.	3,20	3,00
28540	Tratamiento cerrado de luxación de hueso tarsiano, diferente a la astrágalo-tarsiana; sin anestesia.	3,50	0,00
28545	Tratamiento cerrado de luxación de hueso tarsiano, diferente a la astrágalo-tarsiana; con anestesia.	5,20	3,00
28546	Fijación esquelética percutánea de luxación de huesos del tarso, diferente a la astrágalo tarsiana, con manipulación.	6,30	3,00
28555	Tratamiento quirúrgico de luxación hueso tarso, con o sin fijación externa o interna.	8,50	3,00
28570	Tratamiento cerrado de luxación de articulación astragalotarsiana; sin anestesia.	2,80	0,00
28575	Tratamiento cerrado de luxación de articulación astragalotarsiana; con anestesia.	4,50	3,00
28576	Fijación esquelética percutánea de luxación de articulación astragalotarsiana, con manipulación.	6,20	3,00
28585	Tratamiento quirúrgico de luxación de articulación astraglaotarsiana, con o sin fijación externa o interna.	10,00	3,00
28600	Tratamiento cerrado de luxación de articulación tarsometatarsiana sin anestesia.	2,30	0,00
28605	Tratamiento cerrado de luxación de articulación tarsometatarsiana con anestesia.	3,00	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
28606	Fijación esquelética percutánea de luxación de articulación tarsometatarsiana, con manipulación.	4,10	3,00
28615	Tratamiento quirúrgico de luxación de articulación tarsometatarsiana, con o sin fijación interna o externa.	6,20	3,00
28630	Tratamiento cerrado de luxación de articulación metatarsofalangica, sin anestesia.	2,30	0,00
28635	Tratamiento cerrado de luxación de articulación metatarsofalangica, con anestesia.	3,60	3,00
28636	Fijación esquelética percutánea de luxación de articulación metatarsofalangica, con manipulación.	3,90	3,00
28645	Tratamiento quirúrgico de luxación de articulación metatarsofalangica, con o sin fijación externa o interna.	4,20	3,00
28660	Tratamiento cerrado de luxación de articulación interfalangica; sin anestesia.	1,60	0,00
28665	Tratamiento cerrado de luxación de articulación interfalangica; con anestesia.	2,90	3,00
28666	Fijación esquelética percutánea de luxación de articulación interfalangica con manipulación.	3,40	3,00
28675	Tratamiento quirúrgico de luxación de articulación interfalangica con o sin fijación externa o interna.	4,60	3,00
28705	Artrodesis (pie y tobillo).	18,00	3,00
28715	Artrodesis triple.	15,00	3,00
28725	Artrodesis subastragalina.	12,00	3,00
28730	Artrodesis de articulaciones mediotarsiana o tarsometatarsianas; múltiples o transversas.	11,00	3,00
28735	Artrodesis de articulaciones mediotarsiana o tarsometatarsianas; múltiples o transversas. Con osteotomía, como corrección de pie plano.	14,00	3,00
28737	Artrodesis, medio tarsiana escafoideo-cuneiforme con alargamiento de tendón y avance (procedimiento tipo miller).	12,00	3,00
28740	Artrodesis, articulación mediotarsiana o tarso metatarsiano, una sola articulación.	9,00	3,00
28750	Artrodesis de dedo grueso de articulación metatarsofalangica.	7,10	3,00
28755	Artrodesis de dedo grueso de articulación interfalangica.	4,80	3,00
28760	Artrodesis de dedo grueso, articulación interfalangica con transferencia del extensor largo, del hallux al cuello del primer metatarsiano (procedimiento tipo jones).	6,20	3,00
28800	Amputación de pie mediotarsiano (procedimiento tipo chopart).	10,50	3,00
28805	Amputación de pie transmetatarsiana.	10,50	3,00
28810	Amputación de metatarso, con dedo, uno solo.	5,80	3,00
28820	Amputación de dedo, articulación metatarsofalangica.	3,60	3,00
28825	Amputación de dedo, articulación interfalangica.	2,80	3,00
28890	Onda de choque extracorpórea de alta energía realizada por médico que requiera anestesia que no sea local, incluye guía ultrasónica, involucra la fascia plantar	4,20	3,00
28899	Otros procedimientos no listados de pie o dedos.	CM (criterio medico)	3,00

APLICACIÓN DE YESOS E INMOVILIZACIONES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
29000	Aplicación de yeso corporal tipo halo. (Ver 20661-20663 para inserción).	5,00	3,00
29010	Aplicación de corset tipo risser; cuerpo únicamente.	3,20	3,00
29015	Aplicación de corset tipo risser; incluyendo cabeza.	3,90	3,00
29020	Aplicación de corset con técnica de torniquete (turnbuckle); únicamente.	3,20	3,00
29025	Aplicación de corset con técnica de torniquete (turnbuckle); incluyendo cabeza.	3,90	3,00
29035	Aplicación de corset de yeso de hombros a cadera.	1,80	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
29040	Aplicación de corset de yeso de hombros a cadera. Incluyendo cabeza, tipo minerva.	2,80	3,00
29044	Aplicación de corset de yeso de hombros a cadera. Incluyendo un muslo.	2,20	3,00
29046	Aplicación de corset de yeso de hombros a cadera. Incluyendo ambos muslos.	2,40	3,00
29049	Aplicación de yeso en figura ocho (8).	1,30	4,00
29055	Aplicación de yeso en figura ocho (8). Espica de hombro.	2,00	4,00
29058	Aplicación de yeso en figura ocho (8). Velpau de yeso.	1,30	4,00
29065	Aplicación de yeso en figura ocho (8). Hombro a mano.	0,80	3,00
29075	Aplicación de yeso en figura ocho (8). Codo a dedo.	0,60	3,00
29085	Aplicación de yeso en figura ocho (8). Mano y parte inferior de antebrazo.	0,60	3,00
29086	Aplicación de yeso en figura ocho (8). Dedo (ej.: contractura).	0,80	3,00
29105	Aplicación de férula larga de brazo (hombro a mano).	0,60	3,00
29125	Aplicación de férula corta del brazo (antebrazo a mano) estática.	0,50	3,00
29126	Aplicación de férula corta del brazo (antebrazo a mano) dinámica.	1,30	3,00
29130	Aplicación de férula en dedo; estática.	0,50	3,00
29131	Aplicación de férula en dedo; dinámica.	1,30	3,00
29200	Vendaje de tórax.	0,40	3,00
29220	Vendaje de cintura.	0,50	3,00
29240	Vendaje de hombro (ej. Velpau).	0,60	4,00
29260	Vendaje de codo o muñeca.	0,30	3,00
29280	Vendaje de mano o dedo.	0,30	3,00
29305	Aplicación de espica de cadera; unilateral.	2,00	3,00
29325	Espica de una y una y media piernas o ambas.	2,20	3,00
29345	Aplicación de yeso largo de pierna (muslo a dedos).	1,10	3,00
29355	Caminador o de tipo ambulatorio.	1,30	3,00
29358	Aplicación de yeso reforzado largo de pierna.	1,00	3,00
29365	Aplicación de yeso cilíndrico (muslo a tobillo).	1,00	3,00
29405	Aplicación de yeso corto de pierna (debajo de rodilla a dedos).	0,80	3,00
29425	Aplicación de yeso corto de pierna (debajo de rodilla a dedos). Con tacón.	1,00	3,00
29435	Aplicación de yeso de soporte para el tendón patelar.	1,50	3,00
29440	Agregando taco de marcha a los yesos previamente enumerados.	0,30	3,00
29445	Aplicación de yeso rígido con contacto total con la pierna.	1,60	3,00
29450	Aplicación yeso no moldeado con moldeamiento o manipulación, largo o corto de la pierna.	0,40	3,00
29505	Aplicación de férulas largas de pierna (muslo a tobillo o dedo).	0,70	3,00
29515	Aplicación de férula corta de pierna (pantorrilla a dedos).	0,60	3,00
29520	Vendaje; cadera.	0,50	4,00
29530	Vendaje; rodilla.	0,40	3,00
29540	Vendaje; tobillo.	0,30	3,00
29550	Vendaje; dedos.	0,30	3,00
29580	Vendaje; bota tipo unna.	0,50	3,00
29590	Vendaje férula tipo denis - browne.	1,30	3,00
29700	Remoción de yeso de cuerpo, bota o guante.	0,40	3,00
29705	Remoción de yeso todo brazo o toda pierna.	0,40	3,00
29710	Remoción de yeso espica de hombro o de cadera, minerva o corset tipo risser.	0,60	3,00
29715	Remoción de yeso corset o técnica de torniquete (turnbuckle).	0,70	3,00
29720	Reparo de espica de yeso corporal o corset.	0,30	3,00
29730	Ventana de yeso.	0,30	3,00
29740	Cuna de yeso (a excepción de yeso para pie equino)	0,30	3,00
29750	Cuna de yeso para pie equino	0,30	3,00
29799	Otros procedimientos no listados de yeso o férulas.	CM (criterio medico)	3,00

ARTROSCOPIAS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
29800	Artroscopia de la articulación temporo-mandibular para diagnostico con o sin biopsia sinovial (procedimiento separado).	8,50	5,00
29804	Artroscopia quirúrgica de la articulación temporomandibular.	14,30	5,00
29805	Artroscopia diagnostica del hombro con o sin biopsia sinovial (procedimiento separado).	6,50	4,00
29806	Artroscopia quirúrgica del hombro; capsulorrafia.	18,10	5,00
28907	Artroscopia quirúrgica del hombro; reparación lesión tipo slap	17,60	5,00
29819	Artroscopia quirúrgica del hombro, con remoción de cuerpo extraño o libre.	13,20	5,00
29820	Artroscopia quirúrgica del hombro, con remoción de cuerpo extraño o libre. Sinovectomia parcial	14,30	5,00
29821	Artroscopia quirúrgica del hombro, con remoción de cuerpo extraño o libre. Sinovectomia completa.	17,60	5,00
29822	Artroscopia quirúrgica del hombro, con remoción de cuerpo extraño o libre. Debridamiento limitado.	16,50	5,00
29823	Artroscopia quirúrgica del hombro, con remoción de cuerpo extraño o libre. Debridamiento extenso	17,10	5,00
29824	Artroscopia quirúrgica del hombro, con remoción de cuerpo extraño o libre. Claviculectomia distal incluyendo superficie articular distal.	11,00	5,00
29825	Artroscopia quirúrgica del hombro, con remoción de cuerpo extraño o libre. Con lisis y resección de adherencias, con o sin manipulación.	7,70	5,00
29826	Artroscopia quirúrgica del hombro, con remoción de cuerpo extraño o libre. Descompresión de espacio subacromial con acromioplastia parcial, con o sin liberación coraco acromial.	15,40	5,00
29827	Artroscopia quirúrgica del hombro; con reparación del manguito rotador.	21,80	5,00
29828	Artroscopia quirúrgica del hombro; bíceps tenodesis	14,20	5,00
29830	Artroscopia diagnostica de codo con o sin biopsia sinovial (procedimiento separado).	6,50	3,00
29834	Artroscopia quirúrgica de codo con remoción de cuerpo extraño o libre.	11,00	4,00
29835	Artroscopia quirúrgica de codo con remoción de cuerpo extraño o libre. Sinovectomia parcial	13,20	4,00
29836	Artroscopia quirúrgica de codo con remoción de cuerpo extraño o libre. Sinovectomia completa	17,60	4,00
29837	Artroscopia quirúrgica de codo con remoción de cuerpo extraño o libre. Debridamiento limitado.	11,00	4,00
29838	Artroscopia quirúrgica de codo con remoción de cuerpo extraño o libre. Debridamiento extenso.	11,60	4,00
29840	Artroscopia diagnostica de muñeca, con o sin biopsia sinovial (procedimiento separado).	9,40	3,00
29843	Artroscopia quirúrgica de muñeca, por infección, lavado y drenaje.	8,30	3,00
29844	Artroscopia quirúrgica de muñeca, por infección, lavado y drenaje. Sinovectomia parcial	8,40	3,00
29845	Artroscopia quirúrgica de muñeca, por infección, lavado y drenaje. Sinovectomia completa.	9,90	3,00
29846	Artroscopia quirúrgica de muñeca, por infección, lavado y drenaje. Escisión y/o reparo de fibrocartilago triangular y/o debridamiento articular.	10,80	3,00
29847	Artroscopia quirúrgica de muñeca, por infección, lavado y drenaje. Fijación interna por fractura o inestabilidad.	10,80	3,00
29848	Artroscopia quirúrgica de muñeca, con liberación del ligamento transverso del carpo...	8,50	3,00
29850	Tratamiento de fractura de la tuberosidad y/o espina intercondilar de la rodilla ayudado con artroscopia, con o sin manipulación, sin fijación interna o externa (incluye la artroscopia).	11,50	4,00
29851	Tratamiento de fractura de la tuberosidad y/o espina intercondilar de la rodilla ayudado con artroscopia, con o sin manipulación, con fijación interna o externa (incluye artroscopia).	17,90	4,00
29855	Tratamiento con ayuda artroscópica de fractura proximal de tibia (meseta); unicondilar, con o sin fijación externa o interna, (incluye artroscopia).	12,70	4,00
29856	Tratamiento con ayuda artroscópica de fractura proximal de tibia (meseta); bicondilar, con o sin fijación interna o externa (incluye artroscopia).	13,70	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
29860	Artroscopia diagnostica de la cadera, con o sin biopsia sinovial (procedimiento separado).	13,50	4,00
29861	Artroscopia quirúrgica de la cadera con remoción de cuerpo extraño.	13,60	4,00
29862	Artroscopia quirúrgica de la cadera; con debridamiento/afeitado del cartílago articular, artroplastia por abrasión y/o resección del labio.	17,60	4,00
29863	Artroscopia quirúrgica de la cadera; con sinovectomia.	17,60	4,00
29866	Artroscopia quirúrgica de la rodilla; autoinjerto (s) osteocondrales (ej.: mosaicoplastia) (incluye cosecha del autoinjerto).	16,60	4,00
29867	Artroscopia quirúrgica de la rodilla; aloinjerto osteocondral.	19,80	4,00
29868	Artroscopia quirúrgica de la rodilla; trasplante de menisco (incluye artrotomia para inserción de menisco), medial o lateral.	26,80	4,00
29870	Artroscopia diagnostica de rodilla con o sin biopsia sinovial (procedimiento separado).	8,80	3,00
29871	Artroscopia quirúrgica de rodilla, por infección, lavado o drenaje.	8,30	4,00
29873	Artroscopia quirúrgica de rodilla; con liberación lateral.	12,60	4,00
29874	Artroscopia quirúrgica de rodilla; para remoción de cuerpo libre o cuerpo extraño (ej.: fragmentación de osteocondritis disecante, fragmentación condral).	11,00	4,00
29875	Artroscopia quirúrgica de rodilla; sinovectomia, limitada (ej.: resección de plica) (procedimiento separado).	15,40	4,00
29876	Artroscopia quirúrgica de rodilla; sinovectomia, mayor, dos o más compartimientos (ej.: medial o lateral).	17,60	4,00
29877	Artroscopia quirúrgica de rodilla; debridamiento/afeitado del cartílago articular (condroplastia).	15,40	4,00
29879	Artroscopia quirúrgica de rodilla, artroplastia por abrasión o múltiples perforaciones (incluye condroplastia cuando sea requerido).	15,40	4,00
29880	Artroscopia quirúrgica de rodilla, con menisectomia (medial y lateral, incluyendo cualquier afeitada de menisco).	19,90	4,00
29881	Artroscopia quirúrgica de rodilla, con menisectomia (medial o lateral, incluyendo cualquier afeitada de menisco).	15,40	4,00
29882	Artroscopia quirúrgica de rodilla, con reparación de menisco (medial o lateral).	19,30	4,00
29883	Artroscopia quirúrgica de rodilla, con reparación de menisco (medial y lateral).	23,10	4,00
29884	Artroscopia quirúrgica de rodilla, con lisis de adherencias, con o sin manipulación, (procedimiento separado).	17,60	4,00
29885	Artroscopia quirúrgica de rodilla, perforaciones para osteocondritis disecante con injerto óseo, con o sin fijación interna (incluye debridamiento de la base de la lesión).	17,60	4,00
29886	Artroscopia quirúrgica de rodilla, perforaciones para lesión de osteocondritis disecante intacta.	17,60	4,00
29887	Artroscopia quirúrgica de rodilla, perforaciones para lesión de osteocondritis disecante intacta, con fijación interna.	19,30	4,00
29888	Reparación/aumento o reconstrucción del ligamento cruzado anterior con ayuda artroscópica,	34,10	4,00
29889	Reparación/aumento o reconstrucción del ligamento cruzado posterior con ayuda artroscópica.	34,10	4,00
29891	Artroscopia quirúrgica de tobillo con escisión de defecto osteocondral de astrágalo y/o tibia incluyendo perforación del defecto.	11,50	3,00
29892	Reparación con ayuda artroscópica de lesión grande de osteocondritis disecante, fractura del domo astragalino o fractura epífisis tibial con o sin fijación interna, incluye artroscopia.	11,00	3,00
29893	Fasciotomia plantar endoscópica.	6,00	3,00
29894	Artroscopia quirúrgica de tobillo, articulaciones tibioastragalina y tibioperonea, con remoción de cuerpo libre o extraño.	9,90	3,00
29895	Artroscopia quirúrgica de tobillo, articulaciones tibioastragalina y tibioperonea, con remoción de cuerpo libre o extraño. Sinovectomia parcial.	9,90	3,00
29897	Artroscopia quirúrgica de tobillo, articulaciones tibioastragalina y tibioperonea, con remoción de cuerpo libre o extraño. Debridamiento limitado.	9,90	3,00
29898	Artroscopia quirúrgica de tobillo, articulaciones tibioastragalina y	11,00	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	tibioperonea, con remoción de cuerpo libre o extraño. Debridamiento extenso.		
29899	Artroscopia quirúrgica de tobillo, articulaciones tibioastragalina y tibioperonea, con remoción de cuerpo libre o extraño. Con artrodesis de tobillo	10,70	3,00
29900	Artroscopia de articulación metacarpo falángica, diagnostica, incluye biopsia sinovial.	7,80	3,00
29901	Artroscopia de articulación metacarpo falángica, quirúrgica, con debridacion.	8,60	3,00
29902	Artroscopia de articulación metacarpo falángica, quirúrgica, con debridacion. Con reduccion de ligamento colateral cubital desplazado.	9,20	3,00
29904	Artroscopia articulación subtalar, con remoción de cuerpo perdido o de cuerpo extraño	9,60	3,00
29905	Artroscopia articulación subtalar, con remoción de cuerpo perdido o de cuerpo extraño con sinovectomia	10,30	3,00
29906	Artroscopia articulación subtalar, con remoción de cuerpo perdido o de cuerpo extraño con debridamiento	10,80	8,00
29907	Artroscopia articulación subtalar, con remoción de cuerpo perdido o de cuerpo extraño con artrodesis subtalar	13,30	3,00
29914	Artroscopia, de cadera, con femoroplastia, (lesión de cam)	28,20	4,00
29915	Artroscopia, de cadera, con acetabuloplastia, (lesión de pincer)	28,70	4,00
29916	Artroscopia, de cadera, con reparo del labrum.	28,70	4,00
29930	Factores de crecimiento	7,00	3,00
29999	Procedimientos no listados artroscopia.	CM (criterio medico)	4,00

SISTEMA RESPIRATORIO
NARIZ

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
30000	Drenaje abscesos o hematomas, nasal, acceso interno.	1,70	5,00
30020	Drenaje hematoma o absceso del septum.	1,80	5,00
30100	Biopsia, intranasal.	0,70	4,00
30110	Resección, pólipo (s) nasal (es), simple.	2,40	5,00
30115	Resección pólipos nasales abundantes.	6,60	5,00
30117	Resección o destrucción por cualquier método (incluido laser) de lesión intranasal, vía interna.	2,60	5,00
30118	Resección o destrucción por cualquier método (incluido laser) de lesión intranasal, vía externa (rinotomia lateral).	9,00	5,00
30120	Resección piel para tratar rinofima.	9,90	5,00
30124	Resección de quiste dermoide nasal, simple, piel y subcutáneo.	2,00	5,00
30125	Resección de quiste dermoide nasal, complejo, bajo el hueso o el cartílago.	10,20	5,00
30130	Resección de cornete, parcial o completa, cualquier método.	2,40	5,00
30140	Resección submucosa del cornete, parcial o completa, cualquier método.	5,70	5,00
30150	Rinectomia parcial.	6,20	7,00
30160	Rinectomia total.	13,90	7,00
30200	Inyección terapéutica de drogas intraturbinal	0,60	5,00
30210	Terapia de desplazamiento (tipo proetz).	1,40	5,00
30220	Colocación de prótesis en tabique nasal (botón).	0,70	5,00
30300	Retiro de cuerpo extraño intranasal procedimiento de consultorio.	1,30	5,00
30310	Retiro de cuerpo extraño intranasal procedimiento de consultorio. Requiriendo anestesia general.	2,60	5,00
30320	Retiro de cuerpo extraño intranasal procedimiento de consultorio. Por rinotomia lateral.	7,40	5,00
30400	Rinoplastia, primaria con cartílagos alares y laterales y/o elevación de la punta nasal.	15,70	5,00
30410	Rinoplastia, primaria con cartílagos alares y laterales y/o elevación de la	21,60	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	punta nasal. Completa, con partes externas que incluyen pirámide ósea, cartílagos laterales y alares y/o elevación de la punta.		
30420	Rinoplastia, primaria con cartílagos alares y laterales y/o elevación de la punta nasal. Incluyendo reparo de septum mayor.	26,20	5,00
30430	Rinoplastia, secundaria, revisión menor (pequeña cantidad de trabajo en la punta).	7,50	5,00
30435	Rinoplastia, secundaria, revisión intermedia (trabajo en hueso con osteotomías).	14,40	5,00
30450	Rinoplastia, secundaria, revisión mayor (trabajo de punta y osteotomías).	18,40	5,00
30460	Rinoplastia para deformidad nasal secundaria a defecto congénito, incluyendo alargamiento de la columnella, punta solamente.	15,80	5,00
30462	Rinoplastia para deformidad nasal secundaria a defecto congénito, incluyendo alargamiento de la columnella, punta, septum, osteotomías.	28,80	5,00
30465	Reparación de estenosis vestibular nasal (ej.: reconstrucción de la pared nasal lateral).	18,50	5,00
30520	Septoplastia o resección submucosa, con o sin implante de cartílago.	11,00	5,00
30540	Reparación de atresia coanal (intranasal).	15,10	5,00
30545	Reparación de atresia coanal transpalatina.	19,10	5,00
30560	Lisis de sinequia intranasal.	1,20	5,00
30580	Reparación de fistula oroantral (en combinación con 31030 si se incluye antrostomia).	10,00	5,00
30600	Reparación de fistula oronasal.	10,00	5,00
30620	Dermatoplastia septal u otra intranasal (no incluye la obtención del injerto).	10,00	5,00
30630	Reparación de perforaciones del septum.	11,00	5,00
30801	Cauterización y/o ablación superficial por cualquier método de la mucosa de los cornetes, uni o bilateral, cualquier método, (procedimiento separado), superficial.	1,00	5,00
30802	Cauterización y/o ablación superficial por cualquier método de la mucosa de los cornetes, uni o bilateral, cualquier método, (procedimiento separado), intramural.	1,60	5,00
30901	Control de la hemorragia nasal; anterior, simple, cualquier método (cauterización y/o taponamiento).	1,00	5,00
30903	Control de hemorragia nasal, anterior compleja (cauterización extensa, y/o taponamiento), cualquier método.	1,50	5,00
30905	Control hemorragia nasal posterior, con taponamiento posterior y/o cauterización, cualquier método, inicial.	2,90	5,00
30906	Control hemorragia nasal posterior, con taponamiento posterior y/o cauterización, cualquier método, subsecuente.	2,30	5,00
30915	Ligadura de las arterias, etmoidal.	15,00	5,00
30920	Ligadura de las arterias, etmoidal. Por vía transantral de la arteria maxilar interna.	18,00	5,00
30930	Fractura terapéutica de los cornetes.	0,70	5,00
30999	Otros procedimientos no listados de nariz.	CM (criterio medico)	5,00

SENOS PARANASALES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
31000	Lavado por canulacion del seno maxilar unilateral (por punción del antro o por el ostium natural).	1,30	5,00
31002	Lavado por canulacion del seno esfenoidal.	1,30	5,00
31020	Sinusotomia (antrostomia) maxilar intranasal.	5,50	5,00
31030	Sinusotomia (antrostomia) maxilar intranasal. Radical (caldwell-luc) sin remoción de pólipos antrocoanales.	13,50	5,00
31032	Sinusotomia (antrostomia) maxilar intranasal. Radical (caldwell-luc) removiendo pólipos antrocoanales.	14,00	5,00
31040	Cirugía de la fosa pterigomaxilar, cualquier acceso.	20,00	7,00
31050	Sinusotomia esfenoidal, con o sin biopsia.	8,50	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
31051	Sinusotomia esfenoidal, con o sin biopsia. Con retiro de porción de mucosa o pólipos	10,00	5,00
31070	Sinusotomia frontal; externa, simple.	10,50	5,00
31075	Sinusotomia frontal; transorbital unilateral (para mucocele u osteoma, tipo lynch).	16,00	5,00
31080	Sinusotomia frontal; obliterativa sin colgajo osteoplastico, incisión por ceja.(incluye ablación)	16,50	7,00
31081	Sinusotomia frontal; obliterativa, sin colgajo, incisión coronal.	16,50	7,00
31084	Sinusotomia frontal; obliterativa, con colgajo osteoplastico, incisión por ceja.	24,00	7,00
31085	Sinusotomia frontal; obliterativa, con colgajo osteoplastico, incisión coronal.	24,00	7,00
31086	Sinusotomia frontal; no obliterativa, con colgajo osteoplastico, incisión por ceja.	18,00	7,00
31087	Sinusotomia frontal; no obliterativa, con colgajo osteoplastico, incisión coronal.	18,00	7,00
31090	Sinusotomia, unilateral, tres o más senos (frontal, maxilar, etmoidal, esfenoidal).	25,00	5,00
31200	Etmoidectomia; intranasal anterior.	7,00	5,00
31201	Etmoidectomia; intranasal, total.	11,50	5,00
31205	Etmoidectomia; extranasal, total.	14,50	5,00
31225	Maxilectomia, sin excenteracion de orbita.	22,50	7,00
31230	Maxilectomia, con excenteracion de orbita en bloque.	28,00	7,00
31231	Endoscopia nasal diagnostica, uni o bilateral (procedimiento separado).	1,20	5,00
31233	Endoscopia nasal/sinusal, diagnostica con sinuscopia maxilar (vía meato inferior o punción en fosa canina).	2,60	5,00
31235	Endoscopia nasal/sinusal, diagnostica con sinuscopia esfenoidal (vía punción de cara esfenoidal o canulacion del osteum).	4,50	5,00
31237	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con biopsia, polipectomia o debridamiento (procedimiento separado).	3,20	5,00
31238	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con control de epistaxis.	5,40	5,00
31239	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con dacriocistorinostomia.	12,00	5,00
31240	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con resección de concha bullosa.	4,30	5,00
31254	Endoscopia quirúrgica nasal/sinusal, con etmoidectomia; parcial (anterior).	6,80	5,00
31255	Endoscopia quirúrgica nasal/sinusal, con etmoidectomia anterior y posterior (total)	10,50	5,00
31256	Endoscopia nasal/sinusal quirúrgica con antrostomia maxilar.	5,00	5,00
31267	Endoscopia nasal/sinusal quirúrgica con antrostomia maxilar. Con remoción de tejido del seno maxilar.	9,00	5,00
31276	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica con exploración de seno frontal, con o sin remoción de tejido del seno frontal.	13,00	5,00
31287	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica, con esfenoidotomia.	7,60	5,00
31288	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica, con esfenoidotomia. Con remoción de tejido del seno esfenoidal.	9,00	5,00
31290	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica, con reparo de fistula de líquido cefalorraquídeo; región etmoidal.	19,00	5,00
31291	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica, con reparo de fistula de líquido cefalorraquídeo; región esfenoidal.	20,00	5,00
31292	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con descompresión medial o inferior de pared orbital.	15,00	5,00
31293	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con descompresión de la pared orbital media e inferior.	17,00	5,00
31294	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con descompresión de nervio óptico.	19,00	5,00
31295	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con dilatación de seno maxilar, (ej. Balón de dilatación), transnasal o vía de fosa canina.	5,00	5,00
31296	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con dilatación del seno frontal, (ej. Balón de dilatación)	8,00	5,00
31297	Endoscopia nasal/sinusal, quirúrgica; con dilatación del seno esfenoidal, (ej. Balón de dilatación)	7,00	5,00
31299	Otros procedimientos no listados, senos accesorios.	CM (criterio	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
		medico)	

LARINGE

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
31300	Laringotomía (tirotomía, laringofisura) con resección de tumor, o laringocele, cordectomía.	14,50	6,00
31320	Laringotomía (tirotomía, laringofisura) con resección de tumor, o laringocele, cordectomía. Diagnostica.	8,80	6,00
31360	Laringectomia; total, sin disección radical del cuello.	25,00	6,00
31365	Laringectomia; total, con disección radical de cuello.	36,00	6,00
31367	Laringectomia; supraglotica subtotal sin disección radical del cuello.	25,00	6,00
31368	Laringectomia; supraglotica subtotal con disección radical del cuello.	36,00	6,00
31370	Laringectomia parcial (hemilaringectomia) horizontal.	29,00	6,00
31375	Laringectomia parcial (hemilaringectomia) lateravertical.	23,00	6,00
31380	Laringectomia parcial (hemilaringectomia) anterovertical.	23,00	6,00
31382	Laringectomia parcial (hemilaringectomia) antero-latero-vertical.	23,00	6,00
31390	Faringolaringectomia, con disección radical del cuello sin reconstrucción.	31,00	6,00
31395	Faringolaringectomia, con disección radical del cuello con reconstrucción.	38,50	6,00
31400	Aritenoidectomia o aritenoideopexia por vía externa.	20,00	6,00
31420	Epiglotidectomia.	16,00	6,00
31500	Intubación endotraqueal procedimiento de emergencia.	1,50	0,00
31502	Cambio de tubo de traqueotomía antes del establecimiento de tracto fistuloso.	1,00	6,00
31505	Laringoscopia indirecta diagnostica (procedimiento aparte).	1,00	6,00
31510	Laringoscopia indirecta diagnostica (procedimiento aparte). Con biopsia.	1,10	6,00
31511	Laringoscopia indirecta diagnostica (procedimiento aparte). Con remoción de cuerpo extraño.	1,10	6,00
31512	Laringoscopia indirecta diagnostica (procedimiento aparte).con resección de lesión.	1,10	6,00
31513	Laringoscopia indirecta diagnostica (procedimiento aparte). Con inyección intracordal.	0,70	6,00
31515	Laringoscopia directa, con o sin traqueostomia para aspiración.	0,50	6,00
31520	Laringoscopia directa, con o sin traqueostomia para aspiración. Diagnostica en niños recién nacidos.	2,40	6,00
31525	Laringoscopia directa, con o sin traqueostomia para aspiración. Diagnostica, excepto recién nacidos.	3,40	6,00
31526	Laringoscopia directa, con o sin traqueostomia para aspiración. Diagnostica con microscopio operatorio.	4,40	6,00
31527	Laringoscopia directa, con o sin traqueostomia para aspiración. Con inserción de obturador.	5,30	6,00
31528	Laringoscopia directa, con o sin traqueostomia para aspiración. Con dilatación, inicial.	3,20	6,00
31529	Laringoscopia directa, con o sin traqueostomia para aspiración. Con dilatación, subsecuente.	1,80	6,00
31530	Laringoscopia directa operatoria, con extracción de cuerpo extraño	4,20	6,00
31531	Laringoscopia directa operatoria, con extracción de cuerpo extraño con microscopio operatorio.	5,30	6,00
31535	Laringoscopia directa operativa con toma de biopsia.	4,20	6,00
31536	Laringoscopia directa operativa con toma de biopsia. Con microscopio operatorio.	5,30	6,00
31540	Laringoscopia directa operativa con resección de tumor o decorticacion de cuerda vocal o epiglotis.	4,30	6,00
31541	Laringoscopia directa operativa con resección de tumor o decorticacion de cuerda vocal o epiglotis. Con microscopio operatorio.	5,40	6,00
31545	Laringoscopia directa operatoria, con microscopio operatorio o telescopio, con remoción submucosa de lesión (es) no neoplásicas, de cuerda vocal; reconstrucción con flan (s) de tejido local.	6,10	6,00
31546	Laringoscopia directa operatoria, con microscopio operatorio o telescopio,	9,30	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	con remoción submucosa de lesión (es) no neoplásicas, de cuerda vocal; reconstrucción con injerto (s) (incluye la obtención del injerto).		
31560	Laringoscopia directa operatoria con aritenoidectomia.	10,90	6,00
31561	Laringoscopia directa operatoria con aritenoidectomia. Con microscopio operatorio.	13,30	6,00
31570	Laringoscopia directa con inyección intracordal (terapéutica).	5,60	6,00
31571	Laringoscopia directa con inyección intracordal (terapéutica). Con microscopio operatorio.	7,00	6,00
31575	Laringoscopia diagnostica con fibroscopio flexible.	1,80	6,00
31576	Laringoscopia diagnostica con fibroscopio flexible. Con biopsia.	2,00	6,00
31577	Laringoscopia diagnostica con fibroscopio flexible. Con extracción de cuerpo extraño	4,90	6,00
31578	Laringoscopia diagnostica con fibroscopio flexible. Con resección de la lesión.	5,50	6,00
31579	Laringoscopia flexible o rígida con estroboscopio.	2,10	6,00
31580	Laringoplastia para membrana intercordal dos etapas, con colocación de separador y posteriormente su retiro.	25,00	6,00
31582	Laringoplastia para estenosis laríngea, con injerto o molde cordal, incluyendo traqueotomía.	24,50	6,00
31584	Laringoplastia con reduccion abierta de fractura.	24,50	6,00
31587	Laringoplastia, cartílago cricoideo.	29,00	6,00
31588	Laringoplastia, por otras causas no especificadas (ej.: quemaduras, reconstrucción luego de laringectomia parcial).	16,70	6,00
31590	Reinervacion de laringe con pedículo neuromuscular.	20,00	6,00
31595	Sección del nervio laríngeo recurrente, terapéutico (procedimiento separado), unilateral.	16,00	6,00
31599	Procedimientos no listados, laringe.	CM (criterio medico)	6,00

TRAQUEA Y BRONQUIOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
31600	Traqueostomia planeada (procedimiento separado).	3,80	6,00
31601	Traqueostomia planeada (procedimiento separado). Menor de dos años de edad	4,60	6,00
31603	Traqueostomia, procedimiento de emergencia; transtraqueal	4,60	6,00
31605	Traqueostomia, procedimiento de emergencia; membrana cricotiroidea	4,60	6,00
31610	Traqueostomia procedimiento de fenestracion con colgajo de piel.	9,10	6,00
31611	Construcción de un fistula traqueoesofagica y su subsecuente inserción de prótesis para el lenguaje laríngeo.	3,90	6,00
31612	Punción percutánea traqueal para aspiración con aspiración o inyección.	0,30	6,00
31613	Revisión de traqueostoma, simple sin rotación del colgajo.	5,30	6,00
31614	Revisión de traqueostoma, compleja, con rotación del colgajo	11,90	6,00
31615	Traqueobroncoscopia a través de traqueostomia establecida	2,50	6,00
31620	Ultrasonido endobronquial durante broncoscopia diagnostica o terapéutica (lístelo separadamente en adición al código de procedimiento primario).	1,20	0,00
31622	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con o sin lavado celular. (Procedimiento separado).	4,70	6,00
31623	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con cepillado o cepillos protegidos.	4,70	6,00
31624	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con lavado bronquialveolar.	4,70	6,00
31625	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con biopsia	4,10	6,00
31626	Con marcadores tumorales simples o múltiples.	3,30	6,00
31627	Con imágenes de navegación computarizado. Lístelo separadamente en adición al código primario…	1,60	6,00
31628	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica,	4,20	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	con biopsia pulmonar transbronquial, con o sin guía fluoroscopica.		
31629	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con biopsia transbronquial pro aguja.	4,10	6,00
31630	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con dilatación traqueal o bronquial o reduccion cerrada de fractura	4,60	6,00
31631	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con dilatación bronquial/traqueal y colocación de stent traqueal.	3,90	6,00
31632	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con biopsia (s) transbronquiales de pulmón, cada lóbulo adicional. (Lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	0,50	0,00
31633	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con biopsia (s) por aspiración con aguja transbronquial, cada lóbulo. (Lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	0,70	0,00
31634	Con balón de oclusión, evaluación de agujero de aire, con administración de substancia oclusiva (ej.: goma de fibrina) si se realiza.	5,70	6,00
31635	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con remoción de cuerpo extraño	4,60	6,00
31636	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con colocación de stent (s) bronquiales, bronquio principal. (Incluye dilatación bronquial/traqueal).	3,80	6,00
31637	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, cada bronquio adicional principal colocado stent (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	1,40	0,00
31638	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con revisión del stent bronquial o traqueal insertado en la sesión previa (incluye dilatación bronquial/traqueal).	4,20	6,00
31640	Broncoscopia diagnostica (flexible o rígida) con o sin guía fluoroscopica, con escisión de tumor	4,80	6,00
31641	Broncoscopia con destrucción de tumor o relajación de estenosis por cualquier método que no sea incisión (ej. Láser).	7,00	6,00
31643	Broncoscopia con colocación de catéter(es) para aplicación intracavitaria de radioelemento.	5,00	6,00
31645	Broncoscopia con aspiración terapéutica del árbol traqueo bronquial, inicial (ej. Drenaje de absceso de pulmón).	5,50	6,00
31646	Broncoscopia con aspiración terapéutica del árbol traqueobronquial subsecuente.	4,70	6,00
31656	Broncoscopia con inyección de material de contraste para broncografia segmentaria. (solo fibroscopio)	4,40	6,00
31715	Inyección transtraqueal para broncografia.	0,90	6,00
31717	Cateterización con biopsia bronquial por cepillado.	1,20	6,00
31720	Aspiración por catéter (procedimiento separado) nasotraqueal.	0,30	6,00
31725	Aspiración por catéter traqueo bronqueal con fibroscopia, a lado de la cama	3,50	6,00
31730	Introducción transtraqueal (percutánea) de dilatador de aguja de alambre, stent o tubo interno para oxigenoterapia	4,10	6,00
31750	Traqueoplastia, cervical	23,00	6,00
31755	Traqueoplastia, fistulización traqueofaringea, cada estadio.	25,00	6,00
31760	Traqueoplastia, intratoraxica.	25,00	18,00
31766	Reconstrucción de la carina	25,00	18,00
31770	Broncoplastia, reparación por injerto	25,00	18,00
31775	Broncoplastia, escisión de estenosis y anastomosis	25,00	18,00
31780	Escisión de estenosis y anastomosis traqueal, cervical.	25,00	18,00
31781	Escisión de estenosis y anastomosis traqueal, cervico torácica	28,00	18,00
31785	Escisión de tumor o carcinoma traqueal, cervical	25,00	6,00
31786	Escisión de tumor o carcinoma traqueal, torácico.	32,00	17,00
31800	Sutura de herida o injuria traqueal, cervical.	24,00	6,00
31805	Sutura de herida o injuria traqueal, intratoraxica	28,60	17,00
31820	Cierre quirúrgico de traqueostomia o fistula, sin reparación plástica	3,90	6,00
31825	Cierre quirúrgico de traqueostomia o fistula, con reparación plástica.	6,40	6,00
31830	Revisión de la cicatriz de traqueostomia	3,90	6,00
31899	Procedimientos no listados de tráquea y bronquios	CM (criterio	17,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
		medico)	

PULMONES Y PLEURA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
32035	Toracostomia: con resección de costilla por empiema.	9,00	6,00
32036	Toracostomia: con flap abierto para drenaje de empiema.	10,00	6,00
32095	Toracotomía limitada, para biopsia de pulmón o pleura.	9,00	12,00
32100	Toracotomía mayor: con exploración y biopsia.	14,00	12,00
32110	Toracotomía mayor; con control de hemorragia traumática y/o con reparación de laceración pulmonar.	16,00	12,00
32120	Toracotomía por complicaciones post operatorias.	15,00	12,00
32124	Toracotomía con pneumolisis intrapleural abierta.	16,00	12,00
32140	Toracotomía con escisión de quistes con o sin procedimiento pleural	16,00	12,00
32141	Con escisión o plicacion de bula, con o sin otro procedimiento pleural.	16,00	12,00
32150	Toracotomía con retiro de cuerpo extraño intrapleural o depósitos de fibrina.	14,00	12,00
32151	Toracotomía con retiro de cuerpo extraño intrapulmonar.	14,00	12,00
32160	Toracotomía con masaje cardiaco.	15,00	15,00
32200	Neumonostomia con drenaje abierto de absceso o quiste.	14,00	12,00
32201	Neumonostomia con drenaje percutáneo de absceso o quiste.	3,50	12,00
32215	Escarificacion pleural por neumotórax a repetición.	14,00	12,00
32220	Decorticacion pulmonar (procedimiento separado); total	20,00	15,00
32225	Decorticacion pulmonar (procedimiento separado); parcial.	14,00	15,00
32310	Pleurectomia parietal.(procedimiento separado)	27,00	15,00
32320	Decorticacion y pleurectomia parietal.	24,00	15,00
32400	Biopsia pleural; aguja percutánea	1,20	4,00
32402	Biopsia pleural; abierta	13,00	12,00
32405	Biopsia de pulmón o mediastino - aguja percutánea	3,50	4,00
32420	Pneumonocentesis; punción de pulmón para aspiración.	1,50	4,00
32421	Toracocentesis, para aspiración, primera vez o subsecuente	1,30	4,00
32422	Toracocentesis con colocación de tubo torácico	2,00	4,00
32440	Pneumonectomia total.	27,00	12,00
32442	Pneumonectomia total. Con resección de un segmento de tráquea seguido de anastomosis broncotraqueal	34,00	18,00
32445	Pneumonectomia total. Pneumonectomia extrapleural	30,00	12,00
32480	Remoción de pulmón, otros aparte de neumonectomia total. Lobectomía. Un solo lóbulo.	25,00	12,00
32482	Remoción de pulmón, otros aparte de neumonectomia total. Bilobectomia (dos lóbulos)	26,50	12,00
32484	Remoción de pulmón, otros aparte de neumonectomia total. Segmentectomia (un solo segmento)	28,00	12,00
32486	Remoción de pulmón, otros aparte de neumonectomia total. Con resección circunferencial de un segmento de bronquio, seguido por anastomosis bronquio bronquial	29,00	18,00
32488	Remoción de pulmón, otros aparte de neumonectomia total. De todo el pulmón restante, luego de la remoción previa de una porción de pulmón (neumonectomia de complemento)	33,50	12,00
32491	Remoción de pulmón, otros aparte de neumonectomia total. Escisión y plicacion de pulmones enfisematosos (buloso o no bulosos), para reduccion de volumen pulmonar, abordaje transtoraxico, con o sin cualquier procedimiento pleura.	29,00	12,00
32500	Remoción de pulmón, otros aparte de neumonectomia total. Resección en cuna de pulmón; sencilla o múltiple.	19,00	12,00
32501	Resección y reparación de una porción de bronquio (broncoplastia), cuando se la realiza al momento de la lobectomia o segmentectomia, (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	7,00	0,00
32503	Resección de tumor pulmonar apical (ej. Tumor de pancoast) incluye resección de pared torácica, resección costal, disección neurovascular;	35,80	12,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	sin reconstrucción de pared torácica		
32504	Resección de tumor pulmonar apical (ej. Tumor de pancoast) incluye resección de pared torácica, resección costal, disección neurovascular; con reconstrucción de pared torácica	40,90	12,00
32540	Enucleación extrapleural de empiema. (empiemectomia)	20,00	12,00
32550	Colocación de catéter pleural en túnel subcutáneo permanente	3,80	4,00
32551	Colocación de tubo torácico para abscesos hemotorax	3,00	4,00
32552	Remoción de catéter intrapleural tunelizado con back	2,50	4,00
32553	Colocación dispositivo intersticial para terapia de radiación con guía, (ej. Marcadores tumorales dosificados) percutáneo intratoracico, único o múltiple.	3,20	4,00
32560	Pleurodesis química ej. Por neumotórax recurrente o persistente	1,90	4,00
32601	Toracoscopia, diagnostica (procedimiento separado); pulmones y espacio pleural, sin biopsia.	7,00	8,00
32602	Toracoscopia, diagnostica (procedimiento separado); pulmones y espacio pleural, con biopsia	5,30	8,00
32603	Toracoscopia, diagnostica (procedimiento separado); saco pericárdico, sin biopsia.	9,10	8,00
32604	Toracoscopia, diagnostica (procedimiento separado); saco pericárdico, con biopsia	10,10	15,00
32605	Toracoscopia, diagnostica (procedimiento separado); mediastino, sin biopsia	6,20	8,00
32606	Toracoscopia, diagnostica (procedimiento separado); mediastino, con biopsia.	9,60	12,00
32650	Toracoscopia, quirúrgica; con pleurodesis, cualquier método	17,40	15,00
32651	Toracoscopia, quirúrgica; con decorticacion pulmonar parcial	23,90	15,00
32652	Toracoscopia, quirúrgica; con decorticacion pulmonar total, incluyendo neumonolisis intrapleural.	30,70	15,00
32653	Toracoscopia, quirúrgica; con extracción de cuerpo extraño intrapleural o depósito de fibrina	13,30	12,00
32654	Toracoscopia, quirúrgica; con control de hemorragia traumática	20,00	12,00
32655	Toracoscopia, quirúrgica; con extracción-plicacion de bula, incluyendo cualquier procedimiento pleural	20,80	12,00
32656	Toracoscopia, quirúrgica; con pleurectomia parietal	18,60	12,00
32657	Toracoscopia, quirúrgica; con resección en cuna de pulmón, simple o múltiple	22,50	12,00
32658	Toracoscopia, quirúrgica; con extracción de coagulo o cuerpo extraño del pericardio	21,60	15,00
32659	Toracoscopia, quirúrgica; con creación de ventana pericárdica o resección parcial de pericardio para drenaje	19,50	15,00
32660	Toracoscopia, quirúrgica; con pericardiectomia total	29,00	15,00
32661	Toracoscopia, quirúrgica; con escisión de quiste, masa o tumor pericárdico	20,80	15,00
32662	Toracoscopia, quirúrgica; con escisión de quiste, masa o tumor mediastinico	21,10	12,00
32663	Toracoscopia, quirúrgica; con lobectomia, total o segmentaria	34,10	12,00
32664	Toracoscopia, quirúrgica; con simpatectomía torácica	23,80	12,00
32665	Toracoscopia, quirúrgica; con esofagomiotomia (tipo heller)	25,40	12,00
32800	Corrección de hernia pulmonar a través de pared torácica.	14,40	12,00
32810	Cierre de pared torácica, después de drenaje abierto con flap, de empiema (procedimiento de clagette).	22,00	12,00
32815	Cierre abierto de fistula bronquial mayor.	39,00	17,00
32820	Reconstrucción mayor de pared torácica (post traumática).	33,00	10,00
32850	Neumonectomia del donante (incluyendo preservación en frio) del donante cadavérico.	17,00	7,00
32851	Trasplante de pulmón, simple; sin bypass cardiopulmonar	50,00	20,00
32852	Trasplante de pulmón, simple; con bypass cardiopulmonar	56,00	20,00
32853	Trasplante de pulmón, doble (secuencial o en bloque) sin bypass cardiopulmonar	60,00	20,00
32854	Trasplante de pulmón, doble (secuencial o en bloque) con bypass cardiopulmonar	65,00	20,00
32855	Preparación estándar del pulmón del donante cadavérico previo al	42,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	trasplante, incluyendo la disección del injerto de los tejidos blandos circundantes para preparar el lecho venoso atrial pulmonar, arteria pulmonar, y bronquio; unilateral.		
32856	Preparación estándar del pulmón del donante cadavérico previo al trasplante, incluyendo la disección del injerto de los tejidos blandos circundantes para preparar el lecho venoso atrial pulmonar, arteria pulmonar, y bronquio; bilateral	46,00	0,00
32900	Resección de costillas; extrapleural todas las etapas.	14,00	6,00
32905	Toracoplastia, extrapleural o tipo schede.	14,00	10,00
32906	Toracoplastia con cierre de fistula broncopleural.	20,00	10,00
32940	Neumonolisis, extraperiosteal, incluyendo procedimientos de empacado y llenado.	14,00	12,00
32960	Neumotórax terapéutico, inyección intrapleural de aire.	1,20	6,00
32997	Lavado pulmonar total (unilateral).	5,00	6,00
32998	Terapia de ablación percutánea con radiofrecuencia para erradicación o reduccion de uno o más tumores pulmonares incluyendo pleura o pared pulmonar si están involucradas por la extensión tumoral; unilateral	5,80	6,00
32999	Para procedimientos no listados de pulmones y pleura.	CM (criterio medico)	12,00

SISTEMA CARDIOVASCULAR
CORAZÓN Y PERICARDIO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
33010	Pericardiocentesis. (inicial)	2,20	15,00
33011	Pericardiocentesis. Subsecuente.	2,20	15,00
33015	Tubo de pericardiostomia.	3,90	15,00
33020	Pericardiotomia para remover coágulos o cuerpos extraños (procedimiento primario).	16,00	6,00
33025	Ventana pericárdica o resección parcial para drenaje	17,00	7,00
33030	Pericardiectomia, subtotal o completa, sin bypass cardiopulmonar	20,00	15,00
33031	Pericardiectomia, subtotal o completa, con bypass cardiopulmonar.	29,00	20,00
33050	Resección de quiste o tumor pericárdico.	19,00	15,00
33120	Resección de tumor intracardiaco con by-pass cardiopulmonar.	50,00	20,00
33130	Resección de tumor cardiaco externo.	30,00	15,00
33140	Revascularización transmiocardica con láser, por toracotomía (procedimiento separado).	24,00	15,00
33141	Revascularización transmiocardica, realizado al mismo tiempo de otros procedimientos cardiacos abiertos (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	12,00	0,00
33202	Inserción de electrodo epicardico; incisión abierta (toracotomía, esternotomia)	16,00	15,00
33203	Inserción de electrodo epicardico; por vía endoscópica (toracoscopia, pericardioscopia)	16,50	15,00
33206	Inserción o reemplazo de marcapasos permanente, con electrodos transvenosos; atrial.	10,50	4,00
33207	Inserción o reemplazo de marcapasos permanente, con electrodos transvenosos; ventricular.	12,50	4,00
33208	Inserción o reemplazo de marcapasos permanente, con electrodos transvenosos; atrial y ventricular	13,00	4,00
33210	Inserción o reemplazo de electrodo temporal transvenoso, unicameral, o catéter de marcapaso (procedimiento separado)	3,90	4,00
33211	Inserción o reemplazo de electrodos doble cámara temporales (procedimiento separado	4,20	4,00
33212	Inserción o reemplazo del generador, cámara única, atrial o ventricular	11,70	4,00
33213	Inserción o reemplazo del generador, dos cámaras, atrial o ventricular	13,70	4,00
33214	Actualización de marcapaso implantado, conversión de cámara única a dos cámaras (incluye extracción del generador anterior, prueba del lead existente, inserción del nuevo lead, inserción del nuevo generador).	16,90	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
33215	Reposicionamiento de marcapaso transvenoso implantado previamente o cardiovertor/desfibrilador (aurícula o ventrículo derechos) electrodo.	3,70	4,00
33216	Inserción reemplazo o reposición de un electrodo permanente transvenoso; cámara única, atrial o ventricular.	11,10	4,00
33217	Inserción reemplazo o reposición de un electrodo permanente transvenoso; doble cámara, atrial o ventricular	12,40	4,00
33218	Reparo de un electrodo transvenoso único para un marcapaso permanente, cámara única, o cardiovertor desfibrilador cámara única	9,10	4,00
33220	Reparo de dos electrodos transvenosos para un marcapaso permanente, cámara dual, o cardiovertor desfibrilador cámara dual	11,70	4,00
33222	Revisión o recolocación de un bolsillo de piel para marcapaso	10,40	3,00
33223	Revisión o recolocación de un bolsillo de piel para cardiovertor-desfibrilador implantable	14,30	3,00
33224	Inserción de electrodo estimulador, sistema venoso cardiaco, para estimulación ventricular izquierdo, con adaptación al marcapaso colocado anteriormente o generador de cardiovertor/desfibrilador (incluyendo la revisión del bolsillo, remoción, inserción y/o reemplazo del generador).	7,00	4,00
33225	Inserción de electrodo estimulador, sistema venoso cardiaco, para estimulación ventricular izquierdo, al mismo tiempo de la inserción del cardiovertor/desfibrilador (incluyendo la actualización del sistema de doble cámara) (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	6,40	0,00
33226	Reposicionamiento del electrodo previamente implantado en el sistema venoso cardiaco (ventrículo izquierdo) (incluyendo remoción, inserción y/o reemplazo del generador).	6,70	4,00
33233	Remoción del generador de marcapaso permanente	4,20	4,00
33234	Remoción de electrodos de marcapaso transvenoso; sistema de un solo lead, atrial o ventricular.	19,90	4,00
33235	Remoción de electrodos de marcapaso transvenoso; sistema de leads dobles.	22,10	4,00
33236	Remoción de marcapaso epicardico permanente y electrodos por toracotomía; sistema de lead único, atrial o ventricular	20,50	15,00
33237	Remoción de marcapaso epicardico permanente y electrodos por toracotomía; sistemas de leads dobles	22,00	15,00
33238	Remoción de electrodos transvenosos permanentes por toracotomía	24,00	12,00
33240	Inserción o reemplazo del generador de cardiovertor-desfibrilador implantable	15,60	7,00
33241	Remoción solo del generador de pulso del cardiovertor-desfibrilador implantable	11,10	7,00
33243	Remoción del generador y/o leads del cardiovertor-desfibrilador, por toracotomía.	42,50	15,00
33244	Remoción del generador y/o leads del cardiovertor-desfibrilador, por otro procedimiento diferente a toracotomía	31,20	7,00
33249	Inserción o reemplazo de leads para cardiovertor-desfibrilador de cámara simple o doble e inserción de generador de pulso	27,00	7,00
33250	Ablación operativa de un foco arritmogenico supraventricular o de alguna vía accesoria (ej.: wolff-parkinson-white, reentrada a-v) sin by-pass cardiopulmonar	25,00	15,00
33251	Ablación operativa de un foco arritmogenico supraventricular o de alguna vía accesoria (ej.: wolff-parkinson-white, reentrada a-v) con by-pass cardiopulmonar.	32,00	20,00
33254	Ablación operativa y reconstrucción atrial, limitada (ej.: procedimiento de maze modificado)	28,00	20,00
33255	Ablación tisular operativa y reconstrucción del atrio extensa (procedimiento de maze) sin bypass cardiopulmonar	34,00	20,00
33256	Ablación tisular operativa y reconstrucción del atrio extensa (procedimiento de maze) con by-pass cardiopulmonar.	40,00	20,00
33257	Ablación quirúrgica y reconstrucción del atrio realizada al mismo tiempo de otro procedimiento cardiaco, limitada; poner por separado al procedimiento primario	9,80	20,00
33258	Ablación quirúrgica y reconstrucción del atrio realizada al mismo tiempo de otro procedimiento cardiaco, extensa; poner por separado al procedimiento primario	11,00	20,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
33259	Ablación quirúrgica y reconstrucción del atrio realizada al mismo tiempo de otro procedimiento cardiaco, extensa con bypass cardiopulmonar; poner por separado al procedimiento primario	14,50	20,00
33261	Ablación operativa de un foco arritmogenico ventricular con bypass cardiopulmonar	28,50	20,00
33265	Endoscopia quirúrgica; ablación operativa y reconstrucción atrial, limitada (ej.: procedimiento de maze modificado)	28,00	20,00
33266	Ablación tisular operativa y reconstrucción del atrio extensa (procedimiento de maze) sin bypass cardiopulmonar	38,00	20,00
33282	Implantación de grabadora de eventos cardiacos activado por el paciente	4,10	4,00
33284	Remoción de una grabadora de eventos cardiacos activado por el paciente.	3,10	4,00
33300	Reparo de herida cardiaca sin by-pass cardiopulmonar.	24,00	15,00
33305	Reparo de herida cardiaca con by-pass cardiopulmonar.	33,00	20,00
33310	Cardiotomia exploratoria (incluye remoción de cuerpo extraño) sin by-pass	24,00	15,00
33315	Cardiotomia exploratoria (incluye remoción de cuerpo extraño) con by-pass cardiopulmonar.	40,00	20,00
33320	Sutura y reparo de la aorta y grandes vasos sin shunt o by- pass.	36,00	15,00
33321	Sutura y reparo de la aorta y grandes vasos con shunt by-pass	40,00	15,00
33322	Sutura y reparo de la aorta y grandes vasos con by-pass cardiopulmonar	45,00	20,00
33330	Inserción de un injerto, aorta o grandes vasos; sin by-pass.	45,00	15,00
33332	Inserción de un injerto, aorta o grandes vasos; con shunt by-pass	47,00	15,00
33335	Inserción de un injerto con by-pass cardiopulmonar.	56,00	20,00

VÁLVULAS CARDÍACAS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
33400	Valvuloplastia aortica, abierta, con by-pass cardiopulmonar.	40,00	20,00
33401	Valvuloplastia aortica, abierta con oclusión del flujo de entrada.	38,00	20,00
33403	Valvuloplastia aortica, usando dilatación transventricular, con by-pass cardiopulmonar	41,00	20,00
33404	Construcción del conducto apico aórtico.	28,40	20,00
33405	Reemplazo válvula aortica, con by-pass cardiopulmonar; con prótesis valvular, diferentes a homologas.	43,00	20,00
33406	Reemplazo válvula aortica, con by-pass cardiopulmonar; con válvula homologa (mano libre)	47,00	20,00
33410	Reemplazo válvula aortica, con by-pass cardiopulmonar; con tejido valvular libre de stent	44,00	20,00
33411	Reemplazo de válvula aortica con alargamiento del anulus aórtico, cúspide no coronariana.	46,00	20,00
33412	Reemplazo de válvula aortica con alargamiento transventricular del anulus aórtico (procedimiento de konno)	46,00	20,00
33413	Reemplazo de válvula aortica por translocacion de válvula pulmonar autologa, con reemplazo homólogo de válvula pulmonar (procedimiento de ross).	51,00	20,00
33414	Reparación de la obstrucción al tracto del flujo de salida del ventrículo izquierdo mediante el agrandamiento por parche del tracto de salida	44,00	20,00
33415	Resección o incisión de tejido subvalvular para la estenosis subvalvular aortica leve.	42,00	20,00
33416	Ventriculomiotomia (miectomia) por estenosis subaortica hipertrorica idiopática. (Ej. Hipertrofia asimétrica septal).	42,00	20,00
33417	Aortoplastia (gusset) para corrección de estenosis supravalvular.	43,00	20,00
33420	Valvulotomía mitral, corazón cerrado.	32,00	15,00
33422	Valvulotomía mitral, corazón abierto, con bypass cardiopulmonar.	43,00	20,00
33425	Valvuloplastia mitral con bypass cardiopulmonar	45,00	20,00
33426	Valvuloplastia mitral con anillo protésico.	45,00	20,00
33427	Valvuloplastia mitral reconstrucción radical, con o sin anillo.	45,00	20,00
33430	Reemplazo de la válvula mitral con bypass cardiopulmonar	45,00	20,00
33460	Valvectomia tricuspidea con by-pass cardiopulmonar.	40,00	20,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
33463	Valvuloplastia tricuspidea sin inserción de anillo.	43,00	20,00
33464	Valvuloplastia tricuspidea con inserción de anillo	45,50	20,00
33465	Reemplazo de válvula tricúspide, con by-pass cardiopulmonar.	41,00	20,00
33468	Reposición de la válvula tricúspide y plicatura para corrección de anomalía de ebstein.	40,00	20,00
33470	Valvulotomia pulmonar cerrada transventricular.	30,00	15,00
33471	Valvulotomia pulmonar cerrada transventricular. Vía arteria pulmonar.	32,50	15,00
33472	Valvulotomia pulmonar abierta con oclusión del flujo de entrada	34,00	20,00
33474	Valvulotomia pulmonar abierta con by-pass cardiopulmonar.	37,00	20,00
33475	Reemplazo de la válvula pulmonar.	43,00	15,00
33476	Resección ventricular derecha para corrección de estenosis infundibular con o sin comisurotomia.	42,00	20,00
33478	Aumento del tracto de salida del ventrículo derecho con o sin comisurotomia o resección infundibular.	42,00	20,00
33496	Reparación de disfunción de válvula protésica no estructural con bypass cardiopulmonar (procedimiento separado).	42,50	20,00

CIRUGÍA DE CORONARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
33500	Reparación de fistula cameral coronaria arteriovenosa o arteriocardiaca con by-pass cardiopulmonar	35,00	20,00
33501	Reparación de fistula cameral coronaria arteriovenosa o arteriocardiaca sin by-pass cardiopulmonar.	23,30	15,00
33502	Reparo de una arteria coronaria anómala por ligadura.	28,00	15,00
33503	Reparo de una arteria coronaria anómala por ligadura. Por injerto. Sin bypass cardiopulmonar.	31,00	15,00
33504	Reparo de una arteria coronaria anómala por ligadura. Por injerto con bypass cardiopulmonar.	40,00	20,00
33505	Reparo de una arteria coronaria anómala por ligadura. Con construcción de un túnel arterial intrapulmonar (procedimiento de takeuchi)	43,00	20,00
33506	Reparo de una arteria coronaria anómala por ligadura. Con translocacion de arteria pulmonar a aorta	43,00	20,00
33507	Reparo de origen aórtico anómalo de arteria coronaria mediante translocacion o "unroofing"	34,50	20,00
33508	Endoscopia quirúrgica, incluyendo adquisición de vena (s) para bypass aorto coronario (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	0,20	0,00
33510	By-pass de arteria coronaria, con vena solamente; injerto venoso coronario único.	42,00	20,00
33511	By-pass de arteria coronaria, con vena solamente; con dos injertos venosos coronarios.	45,00	20,00
33512	By-pass de arteria coronaria, con vena solamente; con tres injertos venosos coronarios.	48,00	20,00
33513	By-pass de arteria coronaria, con vena solamente; con cuatro injertos venosos coronarios.	51,00	20,00
33514	By-pass de arteria coronaria, con vena solamente; con cinco injertos venoso coronarios.	54,00	20,00
33516	By-pass de arteria coronaria, con vena solamente; con seis o más injertos venosos coronarios	56,00	20,00
33517	Bypass de arteria coronaria, usando injertos venosos y arteriales; injerto venoso único (anote separadamente en adición del código del injerto arterial).	2,70	20,00
33518	Bypass de arteria coronaria, usando injertos venosos y arteriales; dos injertos venosos (anote separadamente en adición del código del injerto arterial).	5,50	20,00
33519	Bypass de arteria coronaria, usando injertos venosos y arteriales; tres injertos venosos (anote separadamente en adición del código del injerto arterial).	8,20	20,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
33521	Bypass de arteria coronaria, usando injertos venosos y arteriales; cuatro injertos venosos (anote separadamente en adición del código del injerto arterial).	11,00	20,00
33522	Bypass de arteria coronaria, usando injertos venosos y arteriales; cinco injertos venosos (anote separadamente en adición del código del injerto arterial).	13,70	20,00
33523	Bypass de arteria coronaria, usando injertos venosos y arteriales; seis o más injertos (anote separadamente en adición del código del injerto arterial).	16,50	20,00
33530	Reoperación, más de un mes después de la cirugía original de un procedimiento valvular o by-pass coronario (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	8,00	0,00
33533	Bypass de arteria coronaria usando injerto arterial, injerto único.	44,00	20,00
33534	Bypass de arteria coronaria usando injerto arterial, dos injertos coronarios arteriales.	47,00	20,00
33535	Bypass de arteria coronaria usando injerto arterial, tres injertos coronarios arteriales	50,00	20,00
33536	Bypass de arteria coronaria usando injerto arterial, cuatro o más injertos coronarios arteriales.	53,00	20,00
33542	Resección miocárdica (ej. Aneurismectomia ventricular).	46,00	20,00
33545	Reparo de defecto septal interventricular post – infarto con o sin resección miocárdica.	53,00	20,00
33548	Procedimiento quirúrgico para restauración ventricular, incluye parche protésico si se realiza (ej.: remodelamiento ventricular, procedimiento dor, svr)	45,50	20,00
33572	Endarterectomia coronaria, abierta, cualquier método, de descendente anterior izquierda, circunfleja, o arteria coronaria derecha realizado conjuntamente con procedimiento de by-pass con injerto, cada vaso (liste separadamente en adición al procedimiento primario).	7,00	0,00

ANOMALÍAS CARDÍACAS Y DE LOS GRANDES VASOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
33600	Cierre de válvula atrioventricular (mitral o tricúspide) por sutura o parche	44,00	20,00
33602	Cierre de válvula semilunar (aortica o pulmonar) por sutura o parche	43,00	20,00
33606	Anastomosis de arteria pulmonar a aorta (procedimiento de damus-kaye-stansel)	45,00	20,00
33608	Reparación de anomalía cardiaca compleja, otras diferentes a atresia pulmonar con defecto septal ventricular por construcción o reemplazo de conducto de ventrículo izquierdo o derecho a arteria pulmonar	46,00	20,00
33610	Reparación de anomalías cardiacas complejas por agrandamiento quirúrgico de defecto septal ventricular (ej.: ventrículo único con obstrucción subaortica).	45,00	20,00
33611	Reparación de doble salida de ventrículo derecho con reparación de túnel interventricular;	48,00	20,00
33612	Reparación de doble salida de ventrículo derecho con reparación de obstrucción de tracto de salida de ventrículo derecho	49,00	20,00
33615	Reparación de anomalía cardiaca compleja (ej.: atresia tricuspidea) con cierre de defecto septal auricular y anastomosis de aurícula o vena cava a arteria pulmonar. (procedimiento simple de fintan)	47,00	20,00
33617	Reparación de anomalía cardiaca compleja (ej.: ventrículo único) por procedimiento de fintan modificado.	49,50	20,00
33619	Reparación de ventrículo único con obstrucción de salida aortica e hipoplasia de arco aórtico (síndrome de corazón izquierdo hipoplasico, ej.: procedimiento norwood).	54,00	20,00
33620	Aplicación de bandas en las arterias pulmonares derechas e izquierda, (ej. Abordaje hibrido estadio uno).	47,30	20,00
33621	Inserción de catéter transtoràcico, para colocación de un stent, con catéter removible, con cierre. (ej., catéter abrocat hibrido paso uno)	25,40	20,00
33622	Reconstrucción de anomalía cardiaca compleja, (ej.: ventrículo único o	99,00	20,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	corazón izquierdo hipoplásico), con ventrículo único, con obstrucción de flujo aórtico y arco de hipoplasia aortica, creación de anastomosis cavo pulmonar, y remoción de bandas pulmonares, derecha e izquierda (ej. Catéter abrocado hibrido paso 2, bidireccional		
33641	Reparación de defecto septal del atrio, secundum, con bypass cardiopulmonar, con o sin parche.	34,00	20,00
33645	Cierre directo o con parche, seno venoso, con o sin drenaje anómalo de venas pulmonares.	37,00	15,00
33647	Reparación de defecto septal del atrio y defecto septal ventricular con cierre directo o con parche.	37,00	20,00
33660	Reparo de canal atrio ventricular parcial o incompleto (defecto septal atrial ostium primum).	43,50	20,00
33665	Reparo de canal atrio ventricular intermedio o transicional con o sin reparación de válvula atrioventricular.	47,00	20,00
33670	Reparo de canal atrio ventricular total con o sin reemplazo valvular	48,00	20,00
33675	Cierre de múltiples defectos ventriculares septales	44,00	20,00
36676	Con valvotomia pulmonar o resección infundibular	45,50	20,00
36677	Con remoción de banda arterial pulmonar con o sin escudete	47,00	20,00
33681	Cierre de comunicación interventricular con o sin parche.	37,50	20,00
33684	Cierre de comunicación interventricular con o sin parche con valvulotomia pulmonar o resección infundibular (acianótica).	44,00	20,00
33688	Cierre de comunicación interventricular con o sin parche con remoción de banda de arteria pulmonar, con o sin “gusset”.	44,00	20,00
33690	Banding de la arteria pulmonar.	24,00	15,00
33692	Corrección total de la tetralogía de fallot sin atresia pulmonar	44,00	20,00
33694	Corrección total de la tetralogía de fallot sin atresia pulmonar. Con parche transanular.	45,00	20,00
33697	Corrección total de tetralogía de falot con atresia pulmonar incluida construcción de conducto desde el ventrículo derecho hacia la arteria pulmonar y cierre del defecto septal ventricular.	49,50	20,00
33702	Reparo de fistula del seno de valsalva con by-pass cardiopulmonar	40,50	20,00
33710	Reparo de fistula del seno de valsalva con reparo de defecto septal ventricular.	44,00	20,00
33720	Reparo de un aneurisma de seno de valsalva con by-pass cardiopulmonar.	41,00	20,00
33722	Cierre de túnel ventricular aórtico izquierdo.	43,00	20,00
33724	Reparo de retorno venoso pulmonar anómalo parcial (ej.: síndrome de scimitar)	31,00	20,00
33726	Reparo de estenosis venosa pulmonar	42,00	20,00
33730	Reparo completo de drenaje total anómalo de venas pulmonares (supracardiaco, intracardiaco o infracardiaco).	41,00	20,00
33732	Reparación de cor triatriatum o anillo mitral supravalvular por resección de membrana auricular izquierda	40,00	20,00
33735	Septectomia o septostomia atrial, a corazón cerrado (operación de blalock hanlon).	26,00	15,00
33736	Septectomia o septostomia atrial, corazón abierto, con by-pass cardiopulmonar.	31,00	20,00
33737	Septectomia o septostomia atrial, corazón abierto, con oclusión de flujo de entrada.	28,00	20,00
33750	Anastomosis de subclavia a pulmonar (operación de blalock taussig).	30,00	15,00
33755	Anastomosis de aorta ascendente a arteria pulmonar (operación de waterston).	30,00	15,00
33762	Anastomosis de aorta descendente a arteria pulmonar (operación de potts- smith).	30,00	15,00
33764	Anastomosis de central, con injerto protésico	26,00	15,00
33766	Anastomosis de vena cava superior a arteria pulmonar para flujo a un pulmón. (Operación tipo glenn clásico).	30,00	15,00
33767	Anastomosis de la vena cava superior a la arteria pulmonar para flujo a ambos pulmones (procedimiento de glenn bidireccional).	32,60	15,00
33768	Anastomosis cavopulmonar, segunda vena cava superior (anótelo separadamente en adición al procedimiento primario)	8,60	0,00
33770	Reparación de transposición de grandes vasos con comunicación	47,00	20,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	interventricular y estenosis subpulmonar; sin agrandamiento quirúrgico de comunicación interventricular.		
33771	Reparación de transposición de grandes vasos con comunicación interventricular y estenosis subpulmonar; con alargamiento quirúrgico de comunicación interventricular	49,00	20,00
33774	Reparación de transposición de los grandes vasos arteriales, procedimiento tipo mustard o senning, con bypass cardiopulmonar.	44,00	20,00
33775	Reparación de transposición de los grandes vasos arteriales, procedimiento tipo mustard o senning, con remoción de banda pulmonar.	45,50	20,00
33776	Reparación de transposición de los grandes vasos arteriales, procedimiento tipo mustard o senning, con cierre de defecto septal ventricular.	47,50	20,00
33777	Reparación de transposición de los grandes vasos arteriales, procedimiento tipo mustard o senning, con reparación de obstrucción subpulmonar.	46,80	20,00
33778	Reparación de transposición de grandes vasos, reconstrucción de arteria aortica - pulmonar.	50,50	20,00
33779	Reparación de transposición de grandes vasos, reconstrucción de arteria aortica - pulmonar con remoción de banda pulmonar.	50,80	20,00
33780	Reparación de transposición de grandes vasos, reconstrucción de arteria aortica - pulmonar con cierre de defecto septal ventricular.	51,80	20,00
33781	Reparación de transposición de grandes vasos, reconstrucción de arteria aortica - pulmonar. Con reparación de obstrucción subpulmonar.	51,20	20,00
33786	Corrección total de tronco arterioso (operación de rastelli).	50,00	20,00
33788	Reimplantación de una arteria pulmonar anómala.	30,00	20,00
33800	Suspensión aortica (aortopexia) para descompresión traqueal ej.: traqueomalasia (procedimiento separado).	22,00	15,00
33802	División de vaso aberrante (anillo vascular)	24,00	20,00
33803	División de vaso aberrante (anillo vascular) con reanastomosis.	28,00	20,00
33813	Obliteración de defecto septal aortopulmonar; sin bypass cardiopulmonar	28,00	15,00
33814	Obliteración de defecto septal aortopulmonar; con bypass cardiopulmonar.	39,00	20,00
33820	Reparación de conducto arterioso permeable; con ligadura	20,00	15,00
33822	Reparación de conducto arterioso permeable; con ligadura mediante sección, menor de 18 años.	20,00	15,00
33824	Reparación de conducto arterioso permeable; con ligadura mediante sección, mayor de 18 años.	25,00	15,00
33840	Corrección de coartación aortica con o sin conducto arterioso permeable con anastomosis termino-terminal	30,00	20,00
33845	Corrección de coartación aortica con o sin conducto arterioso permeable con anastomosis termino-terminal. Con injerto.	33,00	20,00
33851	Corrección de coartación aortica con o sin conducto arterioso permeable con anastomosis termino-terminal. Reparación para alargamiento usando arteria subclavia izquierda o material protésico como gusset.	33,00	20,00
33852	Reparación de arco aórtico hipoplasico o interrumpido usando material autogénico o protésico; sin by-pass cardiopulmonar.	35,00	15,00
33853	Reparación de arco aórtico hipoplasico o interrumpido usando material autogénico o protésico; con by-pass cardiopulmonar	45,00	20,00
33860	Injerto de la aorta ascendente con by-pass cardiopulmonar, con o sin suspensión de la válvula aortica;	51,00	20,00
33863	Injerto de la aorta ascendente con by-pass cardiopulmonar, con reemplazo de la raíz aortica usando prótesis compuesta y reconstrucción coronaria	54,00	20,00
33864	Implantación de injerto de la aorta ascendente con bypass cardiopulmonar, suspensión valvular, reconstrucción coronaria y remodelación del anulu y preservación de válvula aortica, ej. Procedimiento de david o de yacob	53,00	20,00
33870	Injerto del cayado aórtico, con by-pass cardiopulmonar.	56,00	20,00
33875	Injerto de la aorta descendente torácica con o sin by-pass cardiopulmonar.	50,50	20,00
33877	Reparación de aneurisma aórtico toraco-abdominal con injerto, con o sin bypass cardiopulmonar	53,00	20,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
33880	Reparo endovascular de aorta torácica descendente (ej.: aneurisma, pseudoaneurisma, disección ulcera penetrante, hematoma intramural, o daño traumático); incluye cobertura del origen de la arteria subclavia, endoprotesis inicial más extensión de aorta torácica descendente si se requiere, hasta el nivel del origen de la arteria celiaca; supervisión radiológica e interpretación.	35,60	20,00
33881	Reparo endovascular de aorta torácica descendente (ej.: aneurisma, pseudoaneurisma, disección ulcera penetrante, hematoma intramural, o daño traumático); sin cobertura del origen de la arteria subclavia; supervisión radiológica e interpretación.	30,60	20,00
33883	Colocación de extensión proximal para reparo endovascular de aorta torácica descendente (ej.: aneurisma, pseudoaneurisma, disección ulcera penetrante, hematoma intramural, o daño traumático); supervisión radiológica e interpretación.	22,70	20,00
33884	Colocación de extensión proximal para reparo endovascular de aorta torácica descendente (ej.: aneurisma, pseudoaneurisma, disección ulcera penetrante, hematoma intramural, o daño traumático); supervisión radiológica e interpretación. Cada extensión proximal adicional (lístelo separadamente en adición al código de procedimiento primario).	8,40	0,00
33886	Colocación de extensión distal de prótesis (tardía) después del reparo indovascular de aorta torácica descendente, según sea necesario, hasta el nivel de origen de la arteria celiaca, supervisión radiológica e interpretación.	19,60	20,00
33889	Transposición abierta de subclavia a carótida realizada en conjunto con reparación endovascular de aorta torácica descendente, a través de incisión cervical; unilateral	16,80	20,00
33891	Bypass con material no venoso, de carótida a carótida, transcervical retro faríngeo, realizada en conjunto con reparación endovascular de aorta torácica descendente, a través de incisión cervical.	21,50	20,00
33910	Embolectomía pulmonar, con by-pass cardiopulmonar.	38,00	20,00
33915	Embolectomía pulmonar, sin bypass.	27,00	15,00
33916	Endarterectomia pulmonar, con o sin embolectomía, con bypass cardiopulmonar.	39,00	20,00
33917	Reparación de estenosis de arteria pulmonar por reconstrucción usando parche o injerto	38,00	20,00
33920	Reparación de atresia pulmonar con defecto septal ventricular, por construcción o reemplazo de conducto de ventrículo izquierdo o derecho a arteria pulmonar.	46,50	20,00
33922	Transeccion de arteria pulmonar con by-pass cardiopulmonar	37,00	20,00
33924	Ligadura y bajada de un shunt sistémica a arteria pulmonar, realizado en conjunción de un procedimiento congénito cardiaco. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	8,00	0,00
33925	Reparo de arborización de arteria pulmonar por unifocalizacion sin bypass cardiopulmonar	35,30	20,00
33926	Reparo de arborización de arteria pulmonar por unifocalizacion con bypass cardiopulmonar	47,70	20,00

TRANSPLANTE CORAZÓN/PULMON

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
33930	Cardiectomia – neumonectomia del donante, con preparación y mantenimiento de homoinjerto	24,00	7,00
33933	Preparación estándar de donante de corazón pulmón, previo al trasplante, incluyendo disección del injerto de los tejidos blandos adyacentes para preparar la aorta, vena cava superior, cava inferior y tráquea para implantación.	52,00	0,00
33935	Trasplante de corazón/pulmón con cardiectomia-neumonectomia en el receptor.	208,00	20,00
33940	Cardiectomia, con preparación y mantenimiento de homoinjerto donante.	21,00	7,00
33944	Preparación estándar de donante de corazón previo al trasplante,	36,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	incluyendo disección del injerto de los tejidos blandos adyacentes para preparar la aorta, vena cava superior, cava inferior, arteria pulmonar y aurícula izquierda para implantación.		
33945	Trasplante cardiaco con o sin cardiectomia en el receptor.	166,40	20,00

ASISTENCIA CARDÍACA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
33960	Circulación extracorpórea prolongada para tratamiento de insuficiencia cardiopulmonar; 24 horas iniciales	36,00	0,00
33961	Circulación extracorpórea prolongada para tratamiento de insuficiencia cardiopulmonar; cada 24 horas adicionales (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	18,00	0,00
33967	Inserción percutánea de dispositivo de balón intraaortico asistido.	4,60	3,00
33368	Remoción percutánea de dispositivo de balón intraaortico asistido.	3,00	3,00
33970	Inserción de balón de contrapulsacion aórtico a través de arteria femoral, abordaje abierto.	7,00	8,00
33971	Remoción de balón intraaotico incluyendo reparación de arteria femoral; con o sin injerto	6,50	8,00
33973	Inserción de balón intraaotico a través de aorta ascendente	9,10	15,00
33974	Remoción de balón intraaortico de la aorta ascendente, incluyendo reparación de aorta ascendente, con o sin injerto	22,10	15,00
33975	Implantación de dispositivo de asistencia ventricular; soporte de un ventrículo	16,80	20,00
33976	Implantación de dispositivo de asistencia ventricular; soporte biventricular	23,80	20,00
33977	Extracción de dispositivo de soporte ventricular; un ventrículo	27,30	20,00
33978	Extracción de dispositivo de soporte ventricular; biventricular	31,20	20,00
33979	Inserción de dispositivo de asistencia ventricular, extracorpóreo implantable con ventrículo único	35,40	15,00
33980	Remoción de dispositivo de asistencia ventricular, extracorpóreo implantable con ventrículo único	43,30	15,00
33999	Procedimientos no listados; cirugía cardiaca	CM (criterio medico)	20,00

ARTERIAS Y VENAS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
34001	Embolectomía o trombectomia, con o sin catéter de la arteria carótida, subclavia, o arteria innominada por incisión en el cuello.	11,00	10,00
34051	Embolectomía o trombectomia, con o sin catéter de la arteria innominada, subclavia por incisión torácica.	22,00	15,00
34101	Embolectomía o trombectomia con o sin catéter de la arteria axilar, braquial, innominada, subclavia, por incisión en el brazo.	8,80	6,00
34111	Embolectomía o trombectomia con o sin catéter de la arteria radial y cubital, mediante incisión en el brazo.	8,80	6,00
34151	Embolectomía o trombectomia con o sin catéter de la arteria renal; celiaca, mesentérica, aortoiliaca por incisión abdominal.	16,50	15,00
34201	Embolectomía o trombectomia con o sin catéter de la arteria femoropoplitea aorto iliaca, por incisión en la pierna	13,20	6,00
34203	Arteria tibio-poplíteo- peroneal, mediante incisión en pierna.	13,20	6,00
34401	Trombectomia directa o con catéter de la vena cava, iliaca; por incisión abdominal.	12,00	15,00
34421	Trombectomia directa o con catéter de la vena cava, iliaca, femoropoplitea, por incisión en la pierna.	8,00	5,00
34451	Trombectomia directa o con catéter de la vena cava, iliaca, femoropoplitia, por incisión en la pierna y en el abdomen.	15,00	15,00
34471	Trombectomia directa o con catéter de la vena subclavia por incisión en el	10,00	10,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	cuello.		
34490	Trombectomia directa o sin catéter de la vena axilar y subclavia por incisión en el brazo.	7,00	3,00
34501	Valvuloplastia de vena femoral.	12,00	3,00
34502	Reconstrucción de vena cava, cualquier método	37,00	15,00
34510	Transposición de valva venosa, cualquier vena donante.	15,00	3,00
34520	Cruce de injerto venoso al sistema venoso.	25,00	3,00
34530	Anastomosis venosa safeno-poplitea.	17,00	3,00

ANEURISMAS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
34800	Reparo endovascular de aneurisma o disección de aorta abdominal infrarrenal; usando prótesis aorto aortica	22,00	10,00
34802	Reparo endovascular de aneurisma o disección de aorta abdominal infrarrenal; usando prótesis modular bifurcada (un miembro encajado)	24,00	10,00
34803	Reparo endovascular de aneurisma o disección de aorta abdominal infrarrenal; usando prótesis modular bifurcada (dos miembros encajado)	21,70	10,00
34804	Reparo endovascular de aneurisma o disección de aorta abdominal infrarrenal; usando prótesis bifurcada de unas ola pieza	24,00	10,00
34805	Reparo endovascular de aneurisma o disección de aorta abdominal infrarrenal; usando prótesis aorto-uni iliaca o aorto-unifemoral	11,70	10,00
34806	Colocación transcateter de un sensor fisiológico dentro de un saco aneurismático durante un reparo endovascular, incluye la supervisión radiológica, la interpretación, calibración del instrumento y recolección de los datos de presión (listar por separado al código primario)	1,80	10,00
34808	Colocación endovascular de dispositivo de oclusión de arteria iliaca. (lístelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	7,00	0,00
34812	Exposición abierta de arteria femoral para colocación de prótesis endovascular, a través de incisión inguinal, unilateral	7,70	10,00
34813	Colocación de prótesis femoro femoral durante reparo endovascular de aneurisma aórtico. (lístelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	6,00	0,00
34820	Exposición abierta de arteria iliaca para colocación de prótesis endovascular o dispositivo de oclusión durante terapia endovascular, a través de incisión abdominal o retroperitoneal; unilateral	11,20	15,00
34825	Colocación de prótesis de extensión proximal o distal para reparo endovascular de aneurisma aórtico abdominal infrarrenal o iliaco, falsos aneurismas o disección; vaso inicial	14,00	10,00
34826	Colocación de prótesis de extensión proximal o distal para reparo endovascular de aneurisma aórtico abdominal infrarrenal o iliaco, falsos aneurismas o disección; cada vaso adicional. (lístelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	6,00	0,00
34830	Reparo abierto de aneurisma o disección aortica infra renal, más reparo asociado de trauma arterial, posterior a reparo endovascular fallido; prótesis tubular.	34,00	15,00
34831	Reparo abierto de aneurisma o disección aortica infra renal, más reparo asociado de trauma arterial, posterior a reparo endovascular fallido; prótesis aorto bi iliaca	37,00	15,00
34832	Reparo abierto de aneurisma o disección aortica infra renal, más reparo asociado de trauma arterial, posterior a reparo endovascular fallido; prótesis aorto bi femoral	38,00	15,00
34833	Exposición abierta de arteria iliaca con creación de conducto para liberación de prótesis endovascular aortica o iliaca, a través de incisión abdominal o retroperitoneal; unilateral	9,20	15,00
34834	Exposición abierta de arteria braquial para asistir en el despliegue la prótesis endovascular aortica o iliaca, a través de incisión en brazo, unilateral	4,10	10,00
34900	Colocación de injerto endovascular para reparo de arteria iliaca (ej. Aneurisma, pseudoaneurisma, malformaciones arteriovenosas, trauma)	12,60	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
35001	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; para aneurisma o enfermedad oclusiva de la arteria subclavia, carótida, por incisión del cuello.	20,00	10,00
35002	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por ruptura de aneurisma, carotideo, arteria subclavia, mediante incisión de cuello.	25,00	10,00
35005	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por aneurisma, falso aneurisma y enfermedad oclusiva asociada, arteria vertebral.	17,20	10,00
35011	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por aneurisma y enfermedad oclusiva asociada, arteria axilar, braquial, por incisión en el brazo.	18,00	10,00
35013	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por ruptura de aneurisma en arteria axilar-braquial, mediante incisión en brazo.	23,00	10,00
35021	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por aneurisma, falso aneurisma y enfermedad oclusiva asociada, arterias innominada, subclavia, por incisión en el tórax.	18,00	15,00
35022	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por ruptura de aneurisma de la arteria subclavia e innominada, mediante incisión torácica.	23,00	15,00
35045	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por aneurisma, falso aneurisma, y enfermedad oclusiva asociada, arterias radial y cubital.	18,00	6,00
35081	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por aneurisma, falso aneurisma y enfermedad oclusiva asociada, de la aorta abdominal	25,00	15,00
35082	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por ruptura de aneurisma de aorta abdominal.	35,00	15,00
35091	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por aneurisma, falso aneurisma, y enfermedad oclusiva asociada, de la aorta abdominal comprometiendo las arterias viscerales, (mesentéricas, celiaca y renales).	28,00	15,00
35092	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por ruptura de aneurisma de aorta abdominal que incluye vasos viscerales (ej. Mesentéricos, hipogástricos y renales).	38,00	15,00
35102	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por aneurisma, falso aneurisma, y enfermedad oclusiva asociada, aorta abdominal comprometiendo los vasos iliacos (común, hipogástricos y externos).	30,00	15,00
35103	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por ruptura de aneurisma de aorta abdominal que involucra vasos iliacos (común, hipogástricos y externos).	35,00	15,00
35111	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por aneurisma, falso aneurisma y enfermedad oclusiva asociada, arteria esplénica	20,00	15,00
35112	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por ruptura de aneurisma de la arteria esplénica.	30,00	15,00
35121	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por aneurisma, falso aneurisma y enfermedad oclusiva asociada, arteria hepática, mesentérica, celiaca, renal.	25,00	15,00
35122	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por ruptura de aneurisma de la arteria hepática, celiaca, renal o mesentérica.	30,00	15,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
35131	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por aneurisma, falso aneurisma, y enfermedad oclusiva asociada, arteria iliaca (común, externa, hipogástrica)	20,00	15,00
35132	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por ruptura de aneurisma de la arteria iliaca (común, hipogástrica y externas).	28,00	15,00
35141	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por aneurisma, falso aneurisma, y enfermedad oclusiva asociada, de la arteria femoral común (femoral profunda, superficial).	18,00	8,00
35142	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por ruptura de aneurisma de arteria femoral común (femoral profunda y superficial).	22,00	8,00
35151	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por aneurisma, falso aneurisma, y enfermedad oclusiva asociada, arteria poplítea	20,00	8,00
35152	Reparación directa de aneurisma, falso aneurisma, o escisión (parcial o total), con inserción de injerto con o sin parche; por ruptura de aneurisma, arteria poplítea	25,00	8,00

REPARACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
35180	Reparación de fistula arteriovenosa congénita, cabeza y cuello.	20,00	10,00
35182	Reparación de fistula arteriovenosa congénita, tórax y abdomen.	26,00	15,00
35184	Reparación de fistula arteriovenosa congénita, extremidades.	20,00	6,00
35188	Reparación de fistula arteriovenosa, adquirida o traumática, cabeza o cuello.	22,00	10,00
35189	Reparación de fistula arteriovenosa, adquirida o traumática, tórax y abdomen.	32,00	15,00
35190	Reparación de fistula arteriovenosa, adquirida o traumática, extremidades.	22,00	6,00
35201	Reparación de vaso sanguíneo directa; cuello.	23,10	10,00
35206	Reparación de vaso sanguíneo directa; extremidad superior.	23,10	4,00
35207	Reparación de vaso sanguíneo directa; mano, dedo.	23,10	6,00
35211	Reparación de vaso sanguíneo directa; intratoraxico con by-pass	33,00	20,00
35216	Reparación de vaso sanguíneo directa; intratoraxico sin by-pass.	24,00	15,00
35221	Reparación de vaso sanguíneo directa; intraabdominal	27,00	15,00
35226	Reparación de vaso sanguíneo directo; en la extremidad inferior.	16,20	8,00
35231	Reparación de vaso sanguíneo con injerto venoso, cuello.	26,00	10,00
35236	Reparación de vaso sanguíneo con injerto venoso, en la extremidad superior	26,00	6,00
35241	Reparación de vaso sanguíneo con injerto venoso, intratoraxico con by-pass	37,00	20,00
35246	Reparación de vaso sanguíneo con injerto venoso, intratoraxico sin by-pass.	25,00	15,00
35251	Reparación de vaso sanguíneo con injerto venoso, intraabdominal	32,50	15,00
35256	Reparación de vaso sanguíneo con injerto venoso, de la extremidad inferior.	22,20	8,00
35261	Reparación de vaso sanguíneo con injerto que no sea vena; cuello.	16,00	10,00
35266	Reparación de vaso sanguíneo con injerto que no sea vena; en la extremidad superior	16,00	6,00
35271	Reparación de vaso sanguíneo con injerto que no sea vena; intratoraxico con by-pass	32,00	20,00
35276	Reparación de vaso sanguíneo con injerto que no sea vena; intratoraxico sin by- pass	22,00	15,00
35281	Reparación de vaso sanguíneo con injerto que no sea vena;	20,00	15,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	intraabdominal		
35286	Reparación de vaso sanguíneo con injerto que no sea vena; extremidad inferior.	19,00	8,00

TROMBOENDARTERECTOMÍA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
35301	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; arteria carótida, vertebral, subclavia, con incisión en el cuello.	22,00	10,00
35302	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; arteria femoral superficial	23,00	6,00
35303	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; arteria poplítea	25,00	6,00
35304	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; arteria tibioperonea (tronco)	27,00	6,00
35305	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; arteria tibial o peronea (vaso inicial)	26,00	6,00
35306	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; cada arteria peroneal o tibial adicional. (anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	10,00	6,00
35311	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; arteria subclavia, innominada, por incisión torácica.	25,00	15,00
35321	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; arteria axilar o braquial.	19,80	6,00
35331	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; aorta abdominal.	24,00	15,00
35341	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; arteria mesentérica, celiaca o renal.	22,00	15,00
35351	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; arteria iliaca	22,00	15,00
35355	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; ileofemoral	23,00	15,00
35361	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; combinada aorto – iliaca	24,00	15,00
35363	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; aorto-ilio-femoral combinada.	26,00	15,00
35371	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; arteria femoral común	18,00	6,00
35372	Tromboendarterectomia con o sin injerto en parche; femoral profunda.	19,00	6,00
35390	Reoperacion, carótida, tromboendarterectomia, mayor a un mes después de la operación original (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	6,00	0,00
35400	Angioscopia (vasos no coronarios o injertos), durante intervención terapéutica (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	6,00	0,00

ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
35450	Angioplastia abierta transluminal con balón, arteria renal u otra arteria visceral.	9,80	15,00
35452	Angioplastia abierta transluminal con balón, aortica.	7,00	15,00
35458	Angioplastia abierta transluminal con balón, tronco braquiocefálico, o sus ramas, cada vaso.	8,40	6,00
35460	Angioplastia abierta transluminal con balón, venosos.	8,40	3,00
35470	Angioplastia percutánea transluminal con balón, tronco tibioperoneal y sus ramas (cada vaso).	8,40	6,00
35471	Angioplastia percutánea transluminal con balón, renal o arteria visceral.	9,80	6,00
35472	Angioplastia percutánea transluminal con balón, aortica.	7,00	10,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
35473	Angioplastia percutánea transluminal con balón, iliaca.	6,30	6,00
35474	Angioplastia percutánea transluminal con balón, femoro - poplítea.	7,70	6,00
35475	Angioplastia percutánea transluminal con balón, tronco braquiocefálico o sus ramas, cada vaso.	9,50	6,00
35476	Angioplastia percutánea transluminal con balón, venoso.	6,70	5,00

BYPASS CON INJERTO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
35500	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de by-pass en extremidad inferior (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	3,00	0,00
35501	Puente con injerto de vena, arteria carótida.	15,00	10,00
35506	Puente con injerto de vena, carótida-subclavia.	20,00	10,00
35508	Puente con injerto de vena, carótida - vertebral	20,00	10,00
35509	Puente con injerto de vena, carótida - carótida contralateral	20,00	10,00
35510	Puente con injerto de vena, carotica - braquial	12,40	10,00
35511	Puente con injerto de vena, subclavia subclavia	22,00	8,00
35512	Puente con injerto de vena, subclavia - braquial	12,10	8,00
35515	Puente con injerto de vena, subclavia - vertebral.	22,00	10,00
35516	Puente con injerto de vena, subclavia axilar.	22,00	8,00
35518	Puente con injerto de vena, axilar - axilar.	22,00	8,00
35521	Puente con injerto de vena, axilar- femoral	25,00	10,00
35522	Puente con injerto de vena, axilar - braquial	11,80	8,00
35523	Puente con injerto de vena, braquial cubital o radial	21,50	8,00
35525	Puente con injerto de vena, braquial- braquial	11,20	8,00
35526	Puente con injerto de vena, aorto subclavia o carótida.	32,00	15,00
35531	Puente con injerto de vena, aorto-celiaca o aorto-mesentérica	26,00	15,00
35533	Puente con injerto de vena, axilar - femoral - femoral.	26,00	10,00
35535	Puente con injerto de vena, hepatorenal	26,00	15,00
35536	Puente con injerto de vena, espleno renal.	26,00	15,00
35537	Puente con injerto de vena, aortoiliaca	47,00	15,00
35538	Puente con injerto de vena, aorto bi iliaca	51,00	15,00
35539	Puente con injerto de vena, aortofemoral	48,00	15,00
35540	Puente con injerto de vena, aorto bi femoral	54,00	15,00
35548	Puente con injerto de vena, aorto iliofemoral unilateral.	26,00	15,00
35549	Puente con injerto de vena, aorto iliofemoral bilateral	28,00	15,00
35551	Puente con injerto de vena, aorto femoral- poplíteo.	29,00	15,00
35556	Puente con injerto de vena, femoro-poplíteo.	26,00	8,00
35558	Puente con injerto de vena, femoro- femoral.	22,00	8,00
35560	Puente con injerto de vena, aortorenal.	26,00	15,00
35563	Puente con injerto de vena, ilio iliaco	24,00	15,00
35565	Puente con injerto de vena, ilio femoral	26,00	15,00
35566	Puente con injerto de vena, femoral-tibial anterior, tibial posterior o arteria peronea u otros vasos distales.	26,00	8,00
35570	Puente con injerto de vena, tibio tibial, peroneo tibial, o tibio/peroneal desde el tronco tibial	25,00	8,00
35571	Puente con injerto de vena, poplíteo-tibial, -peroneal u otros vasos distales	25,00	8,00
35572	Toma de injerto de vena femoropoplitea, un segmento, para procedimiento de reconstrucción vascular (ej.: aórtico, vena cava, coronaria, arteria periférica). (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	5,30	0,00
35583	Bypass venoso in-situ femoro-poplíteo.	23,00	8,00
35585	Bypass venoso in-situ femoro-poplíteo. Femoral - tibial anterior, tibial posterior o arteria peroneal.	24,00	8,00
35587	Bypass venoso in-situ femoro-poplíteo. Poplítea - tibial, peroneal.	24,00	8,00
35600	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de bypass coronario	5,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
35601	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de puente con injerto, que no sea vena; arteria carótida.	24,00	10,00
35606	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de puente con injerto, que no sea vena; carótida-subclavia.	24,00	10,00
35612	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de puente con injerto, que no sea vena; subclavio-subclavio.	24,00	8,00
35616	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de puente con injerto, que no sea vena; subclavio-axilar	24,00	8,00
35621	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de puente con injerto, que no sea vena; axilo-femoral	24,00	10,00
35623	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de puente con injerto, que no sea vena; axilar - poplítea o tibial	23,00	10,00
35626	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de puente con injerto, que no sea vena; aorto subclavia o carótida.	28,00	15,00
35631	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de puente con injerto, que no sea vena; aorto celiaco mesentérico o renal.	28,00	15,00
35632	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de puente con injerto, que no sea vena; ilio-celiaca	CM (criterio medico)	15,00
35633	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de puente con injerto, que no sea vena; ilio-mesentérica	30,00	15,00
35634	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de puente con injerto, que no sea vena; iliorenal	30,00	15,00
35636	Toma de injerto de una vena de extremidad superior, un segmento, para procedimiento de puente con injerto, que no sea vena; espleno renal (anastomosis de esplénica a arteria renal).	28,00	15,00
35637	Puente con injerto, que no sea vena; aorto iliaca	33,00	15,00
35638	Puente con injerto, que no sea vena; aorto bi iliaca	35,00	15,00
35642	Puente con injerto, que no sea vena; carotideo – vertebral	32,00	10,00
35645	Puente con injerto, que no sea vena; subclavia – vertebral.	32,00	10,00
35646	Puente con injerto, que no sea vena; aorto bi femoral	32,00	15,00
35647	Puente con injerto, que no sea vena; aortofemoral	28,00	15,00
35650	Puente con injerto, que no sea vena; axilar – axilar.	22,00	4,00
35651	Puente con injerto, que no sea vena; aortofemoral-poplíteo.	30,00	15,00
35654	Puente con injerto, que no sea vena; axilar – femoral – femoral	28,00	10,00
35656	Puente con injerto, que no sea vena; femoro-poplíteo.	25,00	8,00
35661	Puente con injerto, que no sea vena; femoro-femoral	20,00	8,00
35663	Puente con injerto, que no sea vena; ilio-iliaco	24,00	15,00
35665	Puente con injerto, que no sea vena; ilio-femoral	24,00	15,00
35666	Puente con injerto, que no sea vena; femoral-tibial anterior, tibial posterior o arteria peronea.	26,00	8,00
35671	Puente con injerto, que no sea vena; poplíteo-tibial o –arteria peronea	24,00	8,00
35681	Injerto bypass; compuesto, protésico y vena (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	6,00	0,00
35682	Compuesto autógeno, dos segmentos de venas desde dos localizaciones (lístelo separadamente en adición del código del procedimiento primario).	7,00	0,00
35683	Compuesto autógeno, tres o más segmentos de venas desde dos o más localizaciones (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	8,00	0,00
35685	Colocación de parche venoso o brazalete en anastomosis distal de bypass, conducto sintético. (Lístelo separadamente en adición del código del procedimiento primario).	3,90	0,00
35686	Creación de fistula arteriovenosa durante cirugía de bypass de extremidades inferiores (no hemodiálisis). (Lístelo separadamente en adición del código del procedimiento primario).	3,20	0,00

TRANSPOSICIÓN ARTERIAL

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
35691	Transposición y/o reimplantación; arteria vertebral a carótida	24,00	10,00
35693	Transposición y/o reimplantación; vertebral a arteria subclavia	24,00	10,00
35694	Transposición y/o reimplantación; subclavia a carótida	26,50	10,00
35695	Transposición y/o reimplantación; carótida a arteria subclavia	26,50	10,00
35697	Reimplantación de arteria visceral a prótesis aortica infra renal, cada arteria. (Lístelo separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,60	0,00
35700	Reoperacion, femoro-poplítea o femoral (poplítea)- tibial anterior, tibial posterior, arteria peronea u otros vasos distales, tiempo mayor a un mes luego de la operación original (lístelo separadamente en adición del código del procedimiento primario).	6,50	0,00

EXPLORACIÓN

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
35701	Exploración (no seguida de reparo quirúrgico); con o sin lisis de arteria; de arteria carótida.	9,10	10,00
35721	Exploración (no seguida de reparo quirúrgico); con o sin lisis de arteria; de la arteria femoral	7,10	8,00
35741	Exploración (no seguida de reparo quirúrgico); con o sin lisis de arteria; de la arteria poplítea.	7,10	8,00
35761	Exploración (no seguida de reparo quirúrgico); con o sin lisis de arteria; otros vasos.	8,10	6,00
35800	Exploración por hemorragia post-operatoria, infección o trombosis del cuello.	10,00	10,00
35820	Exploración por hemorragia post-operatoria, infección o trombosis del tórax.	20,00	15,00
35840	Exploración por hemorragia post-operatoria, infección o trombosis del abdomen.	15,00	15,00
35860	Exploración por hemorragia post-operatoria, infección o trombosis de las extremidades.	9,00	6,00
35870	Reparación de fistula de injerto entérico	35,00	15,00
35875	Trombectomia de injerto arterial o venoso (diferente a injerto de hemodiálisis o fistula).	13,50	6,00
35876	Trombectomia de injerto arterial o venoso (diferente a injerto de hemodiálisis o fistula). Con revisión del injerto venoso o arterial	19,00	6,00
35879	Revisión abierta de bypass de extremidad superior, sin trombectomia; con angioplastia con parche venoso	17,50	8,00
35881	Revisión abierta de bypass de extremidad superior, sin trombectomia; con interposición venosa segmentaria	22,00	8,00
35883	Revisión abierta de bypass sintético de anastomosis femoral en ingle; con parche no autógeno (dacron, pericardio bovino)	26,00	8,00
35884	Revisión abierta de bypass sintético de anastomosis femoral en ingle; con parche venoso autógeno	28,00	8,00
35901	Escisión de injerto infectado; cuello	14,00	10,00
35903	Escisión de injerto infectado; extremidad	16,00	8,00
35905	Escisión de injerto infectado; tórax	32,50	8,00
35907	Escisión de injerto infectado; abdomen	33,50	15,00

PROCEDIMIENTOS DE INYECCIÓN VASCULAR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
36000	Introducción de aguja o catéter en vena.	1,00	5,00
36002	Procedimiento de inyección para tratamiento percutáneo de pseudoaneurisma en extremidad	2,00	6,00
36005	Procedimiento de inyección de contraste para flebografia (incluyendo la introducción de la aguja o catéter).	2,50	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
36010	Introducción de catéter en vena cava superior o inferior.	2,00	5,00
36011	Colocación selectiva de catéter en el sistema venoso, ramas de primer orden (ej. Vena renal, vena yugular).	3,00	5,00
36012	Colocación selectiva de catéter en el sistema venoso, ramas de segundo orden o ramas más selectivas (ej. Vena adrenal izquierda seno petroso).	4,50	5,00
36013	Introducción de catéter en corazón derecho o arteria pulmonar principal.	3,00	7,00
36014	Colocación selectiva de catéter en arteria pulmonar izquierda o derecha.	4,50	7,00
36015	Colocación selectiva de catéter en arteria pulmonar segmentaria o subsegmentaria.	4,50	7,00
36100	Introducción de aguja o catéter en arteria carótida o vertebral.	4,00	5,00
36120	Introducción de aguja o intracateter en arteria braquial retrógrada.	4,00	5,00
36140	Introducción de aguja o intracateter en arteria de una extremidad.	3,00	5,00
36147	Introducción de aguja o catéter, para un shunt arteriovenoso creado para diálisis (injerto / fistula); acceso inicial con evaluación radiológica completa, para un acceso de diálisis, que incluye fluoroscopia, documentación de imágenes y reporte, (incluye acceso al shunt, inyección del contraste y todas las imágenes necesarias desde la anastomosis arterial y la arteria adyacente, a través del drenaje venoso, incluyendo vena cava, inferior y superior).	6,00	6,00
36148	Acceso adicional para intervención terapéutica (lístelo separadamente en adición al código primario)	3,00	0,00
36160	Introducción de aguja o intracateter, aórtico, translumbar	3,00	5,00
36200	Introducción de catéter, aorta.	4,00	5,00
36215	Colocación selectiva de catéter en sistema arterial, cada ramo de primer orden torácico o braquiocefálico, dentro de una familia vascular.	6,20	5,00
36216	Colocación selectiva de catéter en sistema arterial, ramas torácicas y braquiocefálicas iniciales de segundo orden, dentro de una familia vascular.	7,50	5,00
36217	Colocación selectiva de catéter en sistema arterial, ramas braquiocefálicas y torácicas de tercer orden y más selectivas, dentro de una familia vascular.	9,00	5,00
36218	Colocación selectiva de catéter en sistema arterial, ramas torácicas y braquiocefálicas adicionales de segundo y tercer orden y más adelante, dentro de una familia vascular (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,50	0,00
36245	Colocación selectiva de catéter en el sistema arterial; ramas de primer orden de arterias abdominales. Pélvicas o extremidades inferiores, dentro de una familia vascular.	7,00	5,00
36246	Colocación selectiva de catéter en el sistema arterial; segundo orden iniciales en ramas de arterias abdominales. Pélvicas y extremidades inferiores, dentro de una familia vascular.	7,50	5,00
36247	Colocación selectiva de catéter en el sistema arterial; tercer orden iniciales o más selectivas, en ramas de arterias abdominales, pélvicas o extremidades inferiores, dentro de una familia vascular.	9,20	5,00
36248	Colocación selectiva de catéter en el sistema arterial; adicionales de segundo, tercer orden o más selectivas, en ramas de arterias abdominales, pélvicas y extremidades inferiores (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,50	0,00
36260	Inserción intraarterial de bomba de infusión implantable (ej.: para quimioterapia de hígado).	8,50	7,00
36261	Revisión de bomba de infusión intraarterial implantada.	7,50	4,00
36262	Retiro de bomba de infusión intraarterial implantada.	5,90	4,00
36299	Procedimientos no listados, inyección intravascular	-	6,00
36400	Venopuntura en pacientes menores a 3 años, femoral, yugular, o en el seno sagital.	0,40	3,00
36405	Venopuntura en pacientes menores a 3 años, en una vena del cráneo, del cuero cabelludo.	0,60	3,00
36406	Venopuntura en pacientes menores a 3 años, otra vena	0,70	3,00
36410	Venopuntura en niños mayores de 3 años o adultos que necesiten la habilidad del médico como un procedimiento separado para diagnostico o procedimientos terapéuticos, no para ser utilizados en una venopuntura usual.	0,30	3,00
36415	Recolección de sangre venosa mediante venopuntura	0,20	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
36416	Recolección de sangre capilar mediante pinchazo en dedo, oreja, talón.	0,10	0,00
36420	Venopuntura, venodiseccion, en niños menores de 1 ano.	1,00	3,00
36425	Venopuntura, venodiseccion, en niños mayores de 1 ano.	0,80	3,00
36430	Transfusión de sangre o componentes sanguíneos.	0,40	3,00
36440	Transfusión sanguínea en menores de 2 años.	1,20	3,00
36450	Exsanguineo transfusión de la sangre en el recién nacido.	7,00	3,00
36455	Exsanguineo transfusión de la sangre; otro que no sea recién nacido.	10,00	3,00
36460	Transfusión intrauterina fetal.	10,00	6,00
36468	Inyección única o múltiples de solución esclerosante para telangectasias (arañas vasculares); miembro o tronco.	0,90	3,00
36469	Inyección única o múltiples de solución esclerosante para telangectasias (arañas vasculares); cara.	1,10	5,00
36470	Inyección de solución esclerotizante en una vena.	0,80	3,00
36471	Inyección de solución esclerotizante múltiples venas de la misma pierna	1,20	3,00
36475	Terapia de ablación endovenosa de venas incompetentes, extremidades, incluye guía por imagen y monitorización, percutáneas; con radiofrecuencia, primera vena tratada.	5,80	4,00
36476	Terapia de ablación endovenosa de venas incompetentes, extremidades, incluye guía por imagen y monitorización, percutáneas; con radiofrecuencia, segunda vena tratada y subsecuentes, en extremidad única. Cada una a través de diferentes sitios de acceso. (listar separadamente en adición al código de procedimiento primario)	2,80	0,00
36478	Terapia de ablación endovenosa de venas incompetentes, extremidades, incluye guía por imagen y monitorización, percutáneas; con láser, primera vena tratada.	5,80	4,00
36479	Terapia de ablación endovenosa de venas incompetentes, extremidades, incluye guía por imagen y monitorización, percutáneas; con láser, segunda vena tratada y subsecuentes, en extremidad única. Cada una a través de diferentes sitios de acceso. (listar separadamente en adición al código de procedimiento primario)	2,80	0,00
36481	Cateterización percutánea de vena porta, cualquier método.	9,50	4,00
36500	Cateterización venosa para tomar muestras selectivas de ciertos órganos.	3,50	4,00
36510	Cateterización de la vena umbilical para diagnostico o terapia en el recién nacido.	1,00	4,00
36511	Aféresis terapéutica para glóbulos blancos	1,30	0,00
36512	Aféresis terapéutica para glóbulos rojos	1,30	0,00
36513	Aféresis terapéutica para plaquetas	1,30	0,00
36514	Aféresis terapéutica para plasma féresis	1,30	0,00
36515	Aféresis terapéutica con reinfusion de plasma e inmunoadsorcion extracorpórea	1,30	0,00
36516	Aféresis terapéutica con reinfusion de plasma e inmunoadsorcion extracorpórea selectiva o filtración selectiva	1,30	0,00
36522	Fotoferisis extracorpórea	2,50	0,00
36555	Inserción de catéter venoso central no tunelizado, menor de 5 anos	1,30	4,00
36556	Inserción de catéter venoso central no tunelizado, mayor de 5 anos	1,20	4,00
36557	Inserción de catéter venoso central tunelizado, sin bomba o puerto subcutáneo, menor de 5 anos	2,90	4,00
36558	Inserción de catéter venoso central tunelizado, sin bomba o puerto subcutáneo, mayor de 5 anos	2,80	4,00
36560	Inserción de catéter venoso central tunelizado, con puerto subcutáneo, menor de 5 anos	3,40	4,00
36561	Inserción de catéter venoso central tunelizado, con puerto subcutáneo, mayor de 5 anos	3,30	4,00
36563	Inserción de catéter venoso central tunelizado, con bomba subcutánea	3,50	4,00
36565	Inserción de catéter venoso central tunelizado, sin bomba o puerto subcutáneo, que requiera 2 catéteres por 2 vías de acceso distintas	3,30	4,00
36566	Inserción de catéter venoso central tunelizado, con puerto subcutáneo	3,60	4,00
36568	Inserción de catéter venoso central por vía periférica sin bomba o puerto subcutáneo, menor de 5 anos	1,00	4,00
36569	Inserción de catéter venoso central por vía periférica sin bomba o puerto subcutáneo, mayor de 5 anos	0,90	4,00
36570	Colocación de catéter venoso central con reservorio subcutáneo, menor	3,00	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	de 5 años de edad		
36571	Colocación de catéter venoso central con reservorio subcutáneo, mayor de 5 años de edad	3,00	4,00
36575	Reparo de catéter venoso central tunelizado o no, sin reservorio subcutáneo	0,50	4,00
36576	Reparo de catéter venoso central tunelizado o no, con reservorio subcutáneo	1,90	4,00
36578	Cambio de catéter venoso central con reservorio subcutáneo	2,20	4,00
36580	Cambio de catéter venoso central sin reservorio subcutáneo	0,70	4,00
36581	Cambio completo de catéter venoso central sin reservorio subcutáneo a través del mismo acceso venoso	2,10	4,00
36582	Cambio completo de catéter venoso central con reservorio subcutáneo a través del mismo acceso venoso	3,00	4,00
36583	Cambio completo de catéter venoso central con bomba subcutánea a través del mismo acceso venoso	3,00	4,00
36584	Cambio completo de catéter venoso central periférico sin reservorio subcutáneo a través del mismo acceso venoso	0,70	4,00
36585	Cambio completo de catéter venoso central periférico con reservorio subcutáneo a través del mismo acceso venoso	2,80	4,00
36589	Remover catéter venoso central tunelizado sin reservorio subcutáneo	1,40	4,00
36590	Remover catéter venoso central tunelizado con reservorio subcutáneo	1,90	4,00
36591	Recolección de sangre de un reservorio subcutáneo	0,30	3,00
36592	Recolección de sangre a través de un catéter venoso	0,40	3,00
36593	Remoción de coagulo con un agente trombolitico de un reservorio, bomba o catéter implantado	0,60	4,00
36595	Remoción mecánica de material obstructivo peri catéter ej. Vaina de fibrina a través de un acceso venoso separado	1,90	4,00
36596	Remoción mecánica intraluminal de material obstructivo de un catéter venoso central	0,50	4,00
36597	Reposición del catéter venoso central bajo guía fluoroscopica	0,60	4,00
36598	Inyección de contraste para evaluación radiológica de un catéter venoso central en que incluye fluoroscopia, impresión de imagen y reporte radiológico	2,50	4,00
36600	Punción arterial y retiro de sangre para diagnóstico.	0,40	3,00
36620	Cateterización arterial o canulacion para muestras, monitoreo o transfusión como procedimiento separado percutáneo.	1,10	6,00
36625	Cateterización arterial o canulacion para muestras, monitoreo o transfusión como procedimiento separado percutáneo. Por disección directa.	1,50	6,00
36640	Cateterización arterial para infusión prolongada, quimioterapia.	1,40	4,00
36660	Cateterización de la arteria umbical en el recién nacido para diagnostico o terapia.	1,40	6,00
36680	Implantación de aguja para infusión intraósea.	1,10	3,00
36800	Inserción de cánula para hemodiálisis, otros propósitos (procedimiento separado) vena a vena.	2,10	3,00
36810	Inserción de cánula para hemodiálisis, otros propósitos (procedimiento separado). Arterio-venosa, externo (tipo scribner).	6,30	6,00
36815	Inserción de cánula para hemodiálisis, otros propósitos (procedimiento separado) arteriovenoso externo, revisión o cierre.	4,20	6,00
36818	Anastomosis arteriovenosa, abierta; por transposición de vena cefálica de brazo.	11,70	6,00
36819	Anastomosis arteriovenosa, abierta; por transposición de vena basílica de brazo.	16,80	6,00
36820	Anastomosis arteriovenosa, abierta; por transposición de vena del antebrazo.	14,40	6,00
36821	Anastomosis arteriovenosa, abierta; directa, cualquier sitio (ej.: tipo cimino) (procedimiento separado)	15,60	6,00
36822	Inserción de cánula(s) para circulación extracorpórea prolongada por insuficiencia cardiopulmonar (procedimiento separado).	13,20	6,00
36823	Inserción de cánula (s) arteriales y venosas, para circulación extracorpórea aislada y quimioterapia regional hacia una extremidad, con o sin hipertermia, con remoción de la cánula (s) y reparo de la arteriotomia	13,20	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	y sitios venosos.		
36825	Creación de fistula arteriovenosa con método diferente a la anastomosis arteriovenosa; (procedimiento separado) injerto autólogo	17,40	6,00
36830	Creación de fistula arteriovenosa con método diferente a la anastomosis arteriovenosa; con injerto no autólogo.	15,60	6,00
36831	Trombectomia, fistula arteriovenosa sin revisión, injerto de diálisis autólogo o no autólogo (procedimiento separado).	6,00	6,00
36832	Revisión de una fistula arteriovenosa, sin trombectomia, y con injerto de diálisis autólogo o no autólogo (procedimiento separado).	9,00	6,00
36833	Revisión de una fistula arteriovenosa, con trombectomia, injerto de diálisis autólogo o no autólogo (procedimiento separado).	9,50	6,00
36835	Inserción de shunt de thomas (procedimiento separado).	15,60	6,00
36838	Revascularización distal y ligadura a intervalos (dril), acceso de extremidad superior para hemodiálisis (síndrome de robo).	11,60	6,00
36860	Extracción de coágulos de cánula externa (procedimiento separado), sin catéter balón.	1,00	6,00
36861	Extracción de coágulos de cánula externa (procedimiento separado), con catéter balón.	2,00	6,00
36870	Trombectomia percutánea, fistula arteriovenosa, injerto autólogo o no autólogo (incluye extracción mecánica del trombo y trombolisis intra injerto).	7,00	6,00
37140	Anastomosis portocava.	31,00	15,00
37145	Anastomosis renoportal.	30,00	15,00
37160	Anastomosis cava - mesentérica.	31,00	15,00
37180	Anastomosis esplenorenal proximal	31,00	15,00
37181	Esplenorenal distal (descompresión selectiva de varices esofagogastricas, cualquier técnica).	40,00	15,00
37182	Inserción de shunt (s) portosistemico intrahépatico transvenoso (tips) (incluye acceso venoso, cateterización de vena porta y hepática, portografia y evaluación hemodinámica, dilatación/formación de tracto intrahépatico, colocación de stent y toda la guía de imagen y documentación asociada).	13,10	7,00
37183	Revisión de shunt (s) portosistémico intrahépatico transvenoso (tips) (incluye acceso venoso, cateterización de vena porta y hepática, portografia y evaluación hemodinámica, dilatación/formación de tracto intrahépatico, colocación de stent y toda la guía de imagen y documentación asociada).	6,20	7,00
37184	Trombectomia mecánica primaria trasluminal percutánea, no coronaria, de arteria o injerto arterial; incluye guía fluoroscopica e inyección de trombolítico farmacológico; vaso inicial	9,10	6,00
37185	Vasos subsecuentes dentro de la misma familia vascular. Anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario	3,30	0,00
37186	Trombectomia secundaria trasluminal percutánea (canastilla, técnica de succión), no coronaria, de arteria o injerto arterial; incluyendo guía fluoroscopica e inyección de trombolítico farmacológico, provista en conjunto con otra intervención percutáneo diferente a trombectomía mecánica primaria. Anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario	5,00	0,00
37187	Trombectomia mecánica primaria trasluminal percutánea, venosa, incluye guía fluoroscopica e inyección de agente fibrinolítico.	8,50	6,00
37188	Trombectomia mecánica primaria trasluminal percutánea, venosa, incluye guía fluoroscopica e inyección de agente fibrinolítico. Repetición del tratamiento o en día subsecuente durante el curso de la terapia trombolítica	6,10	6,00
37195	Trombolisis cerebral, por infusión intravenosa.	7,00	10,00
37200	Obtención de biopsia transcateter.	8,00	6,00
37201	Terapia trans-cateter, infusión para trombolisis, otra diferente a las coronarias.	12,00	6,00
37202	Terapia trans-cateter, infusión diferente a trombolisis; cualquier tipo. (Ej. Espasmolíticos, vasoconstrictores).	8,60	6,00
37203	Retiro vía trans-cateter de cuerpo extraño, percutáneo (ej.: resto de catéter venoso y arterial).	7,80	6,00
37204	Embolización, oclusión vía transcateter (ej. Para destrucción de tumor,	26,00	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	para lograr hemostasia. Para ocluir malformación vascular) percutáneo, cualquier método, cada localización. No en SNC, no cabeza, no cuello.		
37205	Colocación transcateter de stent (s) intravascular (excepto en las coronarias, carótida y vertebrales), percutáneo, vaso inicial	17,20	6,00
37206	Colocación transcateter de stent (s) intravascular (excepto en las coronarias, carótida y vertebrales), percutáneo, cada vaso adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	8,60	0,00
37207	Colocación transcateter de un stent intravascular (no coronarias), abierto; vaso inicial.	17,20	6,00
37208	Colocación transcateter de un stent intravascular (no coronarias), abierto; cada vaso adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	8,90	0,00
37209	Cambio de un catéter arterial previamente colocado durante terapia trombolítica	6,50	6,00
37210	Embolización fibroide uterina (embolización de arterias uterinas par tratamiento de fibromas y leiomiomas), vía percutánea, incluye acceso vascular, embolización, supervisión e interpretación radiológica, mapeo y guía de imagen necesaria para completar el procedimiento.	11,00	6,00
37215	Colocación transcateter de stent (s) intravascular, arteria carótida cervical, percutánea; con protección distal embolica.	17,30	10,00
37216	Colocación transcateter de stent (s) intravascular, arteria carótida cervical, percutánea; sin protección embolica distal	16,70	10,00
37220	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria iliaca, unilateral, vaso único; con angioplastia transluminal.	11,90	6,00
37221	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria iliaca, unilateral, vaso único; con colocación de stent trasluminal, incluido angioplastia del mismo vaso cuando se ha requerido	14,50	6,00
37222	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria iliaca, cada vaso adicional; con angioplastia lístelo separadamente en adición al procedimiento primario.	5,40	6,00
37224	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria femoral, poplítea unilateral con angioplastia transluminal.	13,10	6,00
37225	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria femoral, poplítea unilateral con arterectomia, incluido angioplastia en el mismo vaso si se necesita	17,70	6,00
37226	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria femoral, poplítea unilateral con stent transluminal, incluido angioplastia en el mismo vaso si se necesita.	14,60	6,00
37227	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria femoral, poplítea unilateral con stent transluminal y arterectomia, incluido angioplastia en el mismo vaso si se necesita.	21,40	6,00
37228	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria tibial, peroneal, unilateral, vaso único; con angioplastia transluminal, lístelo separadamente en adición al procedimiento primario.	16,10	6,00
37229	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria tibial, peroneal, unilateral, vaso único; con arterectomia, incluido angioplastia en el mismo vaso si se necesita	20,70	6,00
37230	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria tibial, peroneal, unilateral, vaso único; con stent transluminal, incluido angioplastia en el mismo vaso si se necesita.	20,00	6,00
37231	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria tibial, peroneal, unilateral, vaso único; con stent transluminal y arterectomia, incluido angioplastia en el mismo vaso si se necesita.	21,70	6,00
37232	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria tibial, peroneal, unilateral, cada vaso adicional; con angioplastia transluminal, lístelo separadamente en adición al procedimiento primario.	5,80	6,00
37233	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria tibial, peroneal, unilateral, cada vaso adicional; con arterectomia, incluido angioplastia en el mismo vaso si se necesita lístelo en adición al código primario	9,50	6,00
37234	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria tibial, peroneal, unilateral, cada vaso adicional; con stent transluminal, incluido angioplastia en el mismo vaso si se necesita, lístelo separadamente al	8,00	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	adición al código primario		
37235	Revascularización, endovascular, abierto o percutáneo, arteria tibial, peroneal, unilateral, cada vaso adicional; con stent transluminal y arterectomia, incluido angioplastia en el mismo vaso si se necesita.	11,30	6,00
37250	Ultrasonido intravascular (vaso no coronario) durante intervención diagnostica y/o terapéutica; vaso inicial (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	2,30	0,00
37251	Ultrasonido intravascular (vaso no coronario) durante intervención diagnostica y/o terapéutica; cada vaso adicional (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	1,50	0,00
37500	Endoscopia vascular, quirúrgica, con ligadura de venas perforantes, subfascial (seps)	8,50	3,00
37501	Procedimientos de endoscopia vascular no listados.	-	3,00
37565	Ligadura de la vena yugular interna.	12,00	5,00
37600	Ligadura de la arteria carótida externa.	9,00	5,00
37605	Ligadura de la arteria carótida interna o común.	9,60	5,00
37606	Ligadura de la arteria carótida interna o común con oclusión gradual, como con el clamp de selverstone o crutchfield.	11,00	5,00
37607	Ligadura del acceso a fistula arteriovenosa	9,60	5,00
37609	Ligadura o biopsia en la arteria temporal.	2,00	5,00
37615	Ligadura de una arteria mayor, por ejemplo, post traumática; cuello	9,60	5,00
37616	Ligadura de una arteria mayor, por ejemplo, post traumática; tórax.	22,00	15,00
37617	Ligadura de una arteria mayor, por ejemplo, post traumática; abdomen.	16,50	15,00
37618	Ligadura de una arteria mayor, por ejemplo, post traumática; extremidad.	12,00	4,00
37620	Interrupción parcial o completa de la vena cava inferior por sutura ligadura, aplicación clips, extra vascular o intravascular como los paraguas intravasculares.	15,00	10,00
37650	Ligadura de la vena femoral	8,40	3,00
37660	Ligadura de la vena común iliaca.	10,00	10,00
37700	Ligadura y división de la vena safena mayor en la unión safeno-femoral, o interrupciones distales.	4,80	3,00
37718	Ligadura, división y extracción de vena safena corta	7,90	3,00
37722	Ligadura, división y extracción de vena safena mayor desde unión safenofemoral hasta rodilla o inferior	9,50	3,00
37735	Ligadura y división con remoción completa de la vena safena mayor o menor con escisión radical de la ulcera e injerto cutáneo y/o interrupción de las venas comunicantes de la extremidad inferior, con escisión de la fascia profunda.	19,30	3,00
37760	Ligadura de perforante subfacial radical, tipo linton, con o sin injerto cutáneo.	20,00	3,00
37765	Flebectomía de venas varicosas por cortes pequeños, una extremidad, 10-20 incisiones.	4,30	3,00
37766	Flebectomía de venas varicosas por cortes pequeños, una extremidad, más de 20 incisiones.	5,30	3,00
37780	Ligadura y división de la vena safena corta a nivel de la unión safenopoplitea como procedimiento separado.	2,40	3,00
37785	Ligadura y división y/o escisión de venas varicosas recurrentes o secundarias; una pierna	1,40	3,00
37788	Revascularización pene (arteria) con o sin injerto venoso.	10,00	3,00
37790	Procedimiento oclusivo venoso del pene	20,00	3,00
37791	Ablación endotérmica con láser de la safena mayor y/o menor y/o tributarias más excéresis de varices con o sin ligadura de venas perforantes	19,30	3,00
37799	Procedimientos no listados, cirugía vascular.	CM (criterio medico)	10,00

SISTEMAS LINFÁTICO Y HEMÁTICO
BAZO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
38100	Esplenectomía total. (procedimiento separado)	18,40	7,00
38101	Esplenectomía parcial (procedimiento separado)	18,40	7,00
38102	Esplenectomía total, en bloque por enfermedad extensa, juntamente con otro procedimiento (reporte el otro procedimiento)	9,50	0,00
38115	Reparación de ruptura de bazo, con o sin esplenectomía parcial.	18,40	7,00
38120	Esplenectomía laparoscópica.	20,80	7,00
38129	Procedimientos laparoscópicos no listados del bazo.	CM (criterio medico)	7,00
38200	Inyección de contraste para esplenoportografia.	2,00	5,00

SERVICIOS DE TRANSPLANTE DE MÉDULA OSEA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
38204	Manejo de las células hematopoyéticas y adquisición de las células del donante.	1,50	0,00
38205	Células hematopoyéticas progenitoras de derivados sanguíneos por colección alogénica.	1,20	0,00
38206	Células hematopoyéticas progenitoras de derivados sanguíneos; autólogo	1,20	0,00
38207	Preparación de las células hematopoyéticas progenitoras para trasplante; criopreservacion y almacenamiento.	0,80	0,00
38208	Descongelamiento de los cultivos previamente congelados, sin lavado.	0,50	0,00
38209	Descongelamiento de los cultivos previamente congelados, con lavado.	0,40	0,00
38210	Depleción de células específicos, durante, cultivo, depleción de células t.	1,20	0,00
38211	Depleción de células tumorales.	0,60	0,00
38212	Remoción de eritrocitos.	0,50	0,00
38213	Depleción de plaquetas.	0,40	0,00
38214	Depleción de plasma (volumen)	0,40	0,00
38215	Concentración en células en plasma, mononucleares	0,70	0,00
38220	Aspiración de medula ósea, solamente.	1,00	5,00
38221	Biopsia de medula ósea, aguja o trocar	1,30	5,00
38230	Siembra de medula ósea para trasplante.	7,20	5,00
38240	Trasplante de medula ósea, o derivados sanguíneos periféricos de célula madre, alogenico.	4,60	5,00
38241	Trasplante de medula ósea, o derivados sanguíneos periféricos de célula madre, autólogo.	4,60	5,00
38242	Infusión de linfocitos donantes alogenicos	1,30	0,00

GANGLIOS Y VASOS LINFÁTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
38300	Incisión y drenaje de absceso en ganglio linfático o linfadenitis, simple.	1,30	6,00
38305	Incisión y drenaje de absceso en ganglio linfático o linfadenitis, extenso.	2,40	6,00
38308	Linfangiotomia y otras operaciones en canales linfáticos.	6,00	5,00
38380	Sutura y/o ligadura de ducto torácico, abordaje cervical.	5,80	6,00
38381	Sutura y/o ligadura de ducto torácico, abordaje torácico.	15,40	12,00
38382	Sutura y/o ligadura de ducto torácico, abordaje abdominal.	15,40	6,00
38500	Biopsia o escisión de nódulo(s) linfático(s) superficial. (procedimiento separado)	2,00	6,00
38505	Biopsia o escisión de nódulo(s) linfático(s) con aguja, superficial (ej.: cervical, inguinal, axilar).	1,50	6,00
38510	Biopsia o escisión de nódulo(s) linfático(s) nódulo cervical profundo.	4,40	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
38520	Biopsia o escisión de nódulo(s) linfático(s) nódulo cervical profundo con escisión de almohadilla de grasa del escaleno.	6,50	6,00
38525	Biopsia o escisión de nódulo(s) linfático(s) nódulos axilares profundos.	5,20	5,00
38530	Biopsia o escisión de nódulo(s) linfático(s) nódulos mamarios internos.	9,00	12,00
38542	Disección de nódulos yugulares profundos.	6,60	6,00
38550	Escisión de higroma quístico, región axilar o cervical, sin disección neurovascular profunda.	6,60	6,00
38555	Escisión de higroma quístico, región axilar o cervical, con disección neurovascular profunda.	11,00	6,00
38562	Linfadenectomia limitada pélvica o para aortica para estadiaje; pélvico y para-aortica	13,00	6,00
38564	Linfadenectomia limitada pélvica o para aortica para estadiaje; retroperitoneal (aórtico y/o esplénico).	13,20	6,00
38570	Laparoscopia, quirúrgica; con toma de muestra (biopsia) de ganglios retroperitoneal, única o múltiple.	13,20	6,00
38571	Laparoscopia, quirúrgica; con linfadenectomia pélvica total bilateral.	18,00	6,00
38572	Laparoscopia, quirúrgica; con linfadenectomia pélvica total bilateral y biopsias de ganglios periaórticos, única o múltiple.	21,00	6,00
38589	Procedimientos laparoscópicos no listados del sistema linfático.	CM (criterio medico)	6,00
38700	Linfadenectomia suprahioidea.	15,60	6,00
38720	Linfadenectomia cervical completa.	23,10	6,00
38724	Linfadenectomia cervical (modificada, disección radical del cuello).	23,10	6,00
38740	Linfadenectomia axilar superficial.	8,80	5,00
38745	Linfadenectomia axilar completa.	15,40	5,00
38746	Linfadenectomia torácica, regional, incluyendo ganglios mediastinales y peritraqueales. (anote en adición al código del procedimento primario)	6,10	0,00
38747	Linfadenectomia abdominal, regional, incluyendo ganglios celiacos, gástricos, portales, peripancreaticos, con o sin para-aórticos y de la vena cava (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	6,70	0,00
38760	Linfadenectomia inguinofemoral, superficial, incluyendo nódulos de cloquet.	8,80	3,00
38765	Linfadenectomia inguinofemoral, superficial, en continuidad con linfadenectomia pélvica incluyendo nódulos iliacos externos, hipogástricos y obturadores. (procedimiento separado)	19,80	6,00
38770	Linfadenectomia pélvica, incluyendo nódulos iliacos externos, hipogástricos y obturadores.(procedimento separado)	19,80	6,00
38780	Linfadectomia extensa retroperitoneal transabdominal incluyendo nódulos aórticos, pélvicos y renales.	29,70	6,00
38790	Inyección de contraste para linfangiografia.	3,00	3,00
38792	Inyección de contraste para identificación de nódulo centinela	2,00	3,00
38794	Inyección de contraste canulacion de ducto torácico.	5,20	6,00
38900	Identificación intraoperatoria del ganglio linfático, incluye la inyección de medio de contraste radioactivo, cuando se requiera, lístelo separadamente en adición al código primario	3,80	0,00
38999	Procedimientos no listados, sistema hemático o linfático	CM (criterio medico)	6,00

MEDIASTINO Y DIAFRAGMA
MEDIASTINO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
39000	Mediastinotomia con exploración, drenaje, o remoción de cuerpo extraño; o biopsia aproximación cervical.	7,80	8,00
39010	Mediastinotomia con exploración, drenaje, o remoción de cuerpo extraño; o biopsia; abordaje transtoracico, incluyendo esternotomia media o transtoracica.	12,00	12,00
39200	Escisión de quiste mediastinal.	18,20	12,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
39220	Escisión de tumor mediastinal.	18,20	12,00
39400	Mediastinoscopia con o sin biopsia.	8,50	8,00
39499	Procedimientos no listados del mediastino.	CM (criterio medico)	12,00

DIAFRAGMA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
39501	Reparación de laceración de diafragma, cualquier vía.	18,70	12,00
39502	Reparación de hernia hiatal para-esofágica, transabdominal, con o sin fundoplastia, vagotomía y/o piloroplastia; excepto neonatal.	17,20	7,00
39503	Reparación de hernia diafragmática en neonatos, con o sin inserción de tubo de tórax y con o sin creación de hernia ventral.	22,00	7,00
39520	Corrección hernia diafragmática (hiato esofágica) transtoraxica.	17,00	12,00
39530	Corrección hernia diafragmática (hiato esofágica) transtoraxica. Combinada, toracoabdominal	19,00	12,00
39531	Corrección hernia diafragmática (hiato esofágica) transtoraxica. Combinada toracoabdominal, con dilatación de estenosis(con o sin gastroplastia)	19,00	12,00
39540	Corrección hernia diafragmática (otras excepto neonatal) traumática aguda.	19,00	7,00
39541	Corrección hernia diafragmática (otras, excepto neonatal) traumática crónica.	19,00	7,00
39545	Imbricación de diafragma por eventración, transtoracica o transabdominal, paralitica o no paralitica.	12,00	12,00
39560	Resección diafragmática, con reparo simple (ej.: sutura primaria).	20,00	7,00
39561	Resección diafragmática, con reparo complejo (ej.: material protésico, flan de musculo local).	26,00	7,00
39599	Procedimientos no listados, diafragma	CM (criterio medico)	12,00

SISTEMA DIGESTIVO

LABIOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
40490	Biopsia de labio	0,60	5,00
40500	Vermilionectomia (afeitada de labio) con avance de mucosa.	9,80	5,00
40510	Escisión de labio, escisión transversa en cuna con cierre primario.	9,00	5,00
40520	Escisión de labio, escisión en "v" con cierre lineal directo primario.	8,30	5,00
40525	Escisión de labio, de todo el espesor, reconstrucción con colgajo local, (ej. Esthander o fan).	9,50	5,00
40527	Escisión de labio, escisión de todo el espesor de labio, reconstrucción con colgajo cruzado (abbe - estlander).	20,00	5,00
40530	Resección de más de 1/4 parte del labio, sin reconstrucción.	8,60	5,00
40650	Reparación de labio, todo el espesor, vermilion solamente.	3,60	5,00
40652	Reparación de labio, hasta la mitad del espesor vertical.	4,80	5,00
40654	Reparación de labio, sobre más de la mitad de espesor vertical o complejo	7,20	5,00
40700	Reparación plástica de labio hendido/deformidad nasal; primaria, parcial o completa, unilateral.	16,00	6,00
40701	Reparación plástica de labio hendido/deformidad nasal; primaria, bilateral, procedimiento en un estadio.	24,00	6,00
40702	Reparación plástica de labio hendido/deformidad nasal; primaria, bilateral, primero de dos estadios.	14,00	6,00
40720	Reparación plástica de labio hendido/deformidad nasal; secundario, por	16,00	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	recreación de defecto y cierre.		
40761	Reparación plástica de labio hendido/deformidad nasal; con colgajo cruzado de labio (tipo abbe-estlander), incluyendo la sección e inserción del colgajo.	25,00	6,00
40799	Procedimientos no listados	CM (criterio medico)	5,00

VESTÍBULO DE LA BOCA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
40800	Drenaje del vestíbulo de la boca, de quistes hematomas o abscesos simple.	1,00	5,00
40801	Drenaje del vestíbulo de la boca, de quistes hematomas o abscesos complicado.	2,00	5,00
40804	Remoción de cuerpo extraño impactado en el vestíbulo de la boca; simple.	1,00	5,00
40805	Remoción de cuerpo extraño impactado en el vestíbulo de la boca; complicado.	2,00	5,00
40806	Incisión de freno labial (frenotomia).	1,50	5,00
40808	Biopsia del vestíbulo de la boca.	0,90	5,00
40810	Escisión de lesión de la mucosa o submucosa del vestíbulo de la boca, sin reparación.	0,80	5,00
40812	Escisión de lesión de la mucosa o submucosa del vestíbulo de la boca, con reparación simple	1,20	5,00
40814	Escisión de lesión de la mucosa o submucosa del vestíbulo de la boca, con reparación compleja.	2,40	5,00
40816	Escisión de lesión de la mucosa o submucosa del vestíbulo de la boca, complejo con escisión de musculo subyacente.	3,30	5,00
40818	Escisión de la mucosa de la boca como tejido donante para injerto.	2,20	5,00
40819	Escisión de freno labial o bucal (frenectomia).	2,00	5,00
40820	Destrucción de lesión o cicatriz del vestíbulo de la boca con métodos físicos (ej.: laser, térmico, crio o química).	0,70	5,00
40830	Cierre de laceración del vestíbulo de la boca 2.5 0 o menos.	1,00	5,00
40831	Cierre de laceración del vestíbulo de la boca sobre 2.5 cm o complejo.	1,60	5,00
40840	Vestibuloplastia anterior.	8,00	5,00
40842	Vestibuloplastia posterior, unilateral.	8,00	5,00
40843	Vestibuloplastia posterior, bilateral.	10,00	5,00
40844	Vestibuloplastia arco entero.	12,00	5,00
40845	Vestibuloplastia complejo (incluyendo reposición de músculos).	14,00	5,00
40899	Procedimientos no listados del vestíbulo de la boca	CM (criterio medico)	5,00

LENGUA Y PISO DE LA BOCA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
41000	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quistes y hematomas de lengua y piso de la boca; lingual.	1,00	5,00
41005	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quistes y hematomas de lengua y piso de la boca; sublingual superficial.	1,00	5,00
41006	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quistes y hematomas de lengua y piso de la boca; sublingual profundo, supramiloideo	1,00	5,00
41007	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quistes y hematomas de lengua y piso de la boca; espacio submentoniano	1,00	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
41008	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quistes y hematomas de lengua y piso de la boca; espacios submandibular.	1,00	5,00
41009	Incisión intraoral y drenaje de absceso, quistes y hematomas de lengua y piso de la boca; espacio masticador.	1,00	5,00
41010	Incisión del freno lingual (frenotomia).	1,80	5,00
41015	Incisión extraoral y drenaje de abscesos, quistes y hematomas del piso de la boca; sublingual.	0,90	5,00
41016	Incisión extraoral y drenaje de abscesos, quistes y hematomas del piso de la boca; submentoniana.	1,30	5,00
41017	Incisión extraoral y drenaje de abscesos, quistes y hematomas del piso de la boca; submandibular.	1,70	5,00
41018	Incisión extraoral y drenaje de abscesos, quistes y hematomas del piso de la boca; espacio masticador.	2,30	5,00
41019	Colocación de agujas catéteres u otros instrumentos en la cabeza o región del cuello percutáneo, transoral o transnasal para aplicación subsecuente de radio elementos intersticiales	7,80	5,00
41100	Biopsia de la lengua, dos tercios anteriores.	0,90	5,00
41105	Biopsia de la lengua, tercio posterior de la lengua.	1,30	5,00
41108	Biopsia del piso de la boca.	0,90	5,00
41110	Escisión de lesión de la lengua sin cierre	0,90	5,00
41112	Escisión de lesión de la lengua en sus dos tercios anteriores, con cierre de la herida.	1,80	5,00
41113	Escisión de lesión de la lengua en el tercio posterior de la lengua.	1,80	5,00
41114	Escisión de lesión de la lengua con colgajo local de la lengua.	6,50	5,00
41115	Escisión de frenillo de la lengua (frenotomia).	0,50	5,00
41116	Escisión de lesión del piso de la boca.	5,20	5,00
41120	Glosectomia, menos de la mitad de la lengua.	9,00	5,00
41130	Hemiglosectomia.	11,00	5,00
41135	Glosectomia, parcial, con disección unilateral radical del cuello.	22,00	7,00
41140	Glosectomia, completa o total, con o sin traqueotomía y sin disección radical de cuello.	17,50	7,00
41145	Glosectomia, completa o total, con o sin traqueostomia, con disección radical unilateral de cuello	28,00	7,00
41150	Procedimiento compuesto de resección del piso de la boca y mandibular, sin disección radical de cuello.	22,00	7,00
41153	Procedimiento compuesto con resección del piso de la boca y disección del cuello suprahioidea.	28,00	7,00
41155	Procedimiento compuesto con resección del piso de la boca, resección mandibular y disección radical del cuello. (Tipo comando).	30,00	7,00
41250	Reparación de laceración del piso de la boca y dos tercios anteriores de la lengua, menor de 2.5 cm	1,40	5,00
41251	Reparación de laceración del piso de la boca y tercio posterior de la lengua, menor de 2.5 cm	2,00	5,00
41252	Reparación complicada o de más de 2.6 0, del piso de la boca y la lengua	3,90	5,00
41500	Fijación mecánica de la lengua por otro método que no sea sutura. (ej.: k-wire).	6,00	5,00
41510	Sutura de la lengua al labio por micrognatia (procedimiento tipo douglas).	12,00	5,00
41512	Suspensión de la base de la lengua con sutura permanente	8,00	5,00
41520	Frenoplastia (revisión quirúrgica del freno, ej. Con z-plastia).	2,40	5,00
41530	Ablación submucosa de la base de la lengua por radiofrecuencia 1 o más sitios cada sesión	4,00	5,00
41599	Procedimientos no enlistados, en la lengua y piso de la boca	CM (criterio medico)	5,00

ESTRUCTURAS DENTOALVEOLARES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
41800	Drenaje de abscesos, quistes y hematomas de las estructuras dento-alveolares	1,20	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
41805	Remoción de cuerpo extraño impactado en los tejidos blandos de las estructuras dento-alveolares.	1,00	5,00
41806	En el hueso.	1,30	5,00
41820	Gingivectomia; escisión de la gingiva; cada cuadrante.	4,00	5,00
41821	Operculectomia, escisión de tejido pericoronal.	0,80	5,00
41822	Escisión de las tuberosidades fibrosas de las estructuras dentoalveolares.	1,30	5,00
41823	Escisión de las tuberosidades óseas de las estructuras dento-alveolares.	2,60	5,00
41825	Escisión de lesión o tumor (no listado antes) de las estructuras dento alveolares, sin reparación.	0,80	5,00
41826	Escisión de lesión o tumor (no listado antes) de las estructuras dento alveolares, con reparación simple.	1,30	5,00
41827	Escisión de lesión o tumor (no listado antes) de las estructuras dento alveolares, con reparación compleja.	2,60	5,00
41828	Escisión de mucosa alveolar hiperplasica, especificar cada cuadrante.	2,00	5,00
41830	Alveolectomia, incluye curetaje de osteítis o secuestrectomia.	2,00	5,00
41850	Destrucción de lesiones (no escisión) de estructuras dentoalveolares.	0,60	5,00
41870	Injerto de mucosa periodontal.	2,70	5,00
41872	Gingivoplastia, especificar cada cuadrante.	2,90	5,00
41874	Alveoloplastia, especificar cada cuadrante.	2,90	5,00
41899	Procedimientos no listados, en estructuras dentoalveolares	CM (criterio medico)	5,00

ÚVULA Y PALADAR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
42000	Drenaje de absceso del paladar, úvula	1,00	5,00
42100	Biopsia del paladar, úvula	0,80	5,00
42104	Escisión, lesión del paladar, úvula, sin cierre.	1,00	5,00
42106	Escisión, lesión del paladar, úvula, con cierre primario simple.	1,80	5,00
42107	Escisión, lesión del paladar, úvula, con cierre de colgajo local.	16,00	5,00
42120	Resección del paladar o extensa resección de lesión.	15,00	5,00
42140	Uvulectomia, escisión de la úvula.	1,30	5,00
42145	Palatofaringoplastia (ej. Uvulopalatofaringoplastia, uvulafaringoplastia).	13,60	5,00
42160	Destrucción de lesiones en úvula o paladar (térmica, crio o química).	1,20	5,00
42180	Reparación de lesión del paladar hasta de 2 cm	1,60	5,00
42182	Reparación de lesión del paladar sobre 2 cm o compleja.	3,00	5,00
42200	Palatoplastia por paladar hendido; paladar blando y/o duro solamente.	16,20	6,00
42205	Palatoplastia por paladar hendido, con cierre del arco alveolar, solo tejidos blandos.	20,00	6,00
42210	Palatoplastia por paladar hendido, con injerto óseo al arco alveolar (incluye obtención del injerto).	22,50	6,00
42215	Palatoplastia por paladar hendido, revisión mayor.	16,20	6,00
42220	Palatoplastia por paladar hendido, secundario, procedimiento de alargamiento.	17,10	6,00
42225	Palatoplastia por paladar hendido, fijación de colgajo faríngeo.	17,10	6,00
42226	Alargamiento de paladar y colgajo faríngeo.	17,50	5,00
42227	Alargamiento de paladar y colgajo en isla.	17,50	5,00
42235	Reparación del paladar anterior, incluye colgajo de vómer.	5,50	5,00
42260	Reparación de fistula nasolabial.	6,00	5,00
42280	Impresión maxilar para prótesis palatina.	0,50	5,00
42281	Inserción de clavo retenedor de prótesis palatina.	0,10	5,00
42299	Procedimientos no enlistados, úvula y paladar.	CM (criterio medico)	5,00

CONDUCTOS Y GLÁNDULAS SALIVALES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
42300	Drenaje de abscesos parotídeo simple	2,30	5,00
42305	Drenaje de abscesos parotídeo complicado.	3,90	5,00
42310	Drenaje de absceso sublingual o submaxilar, intraoral.	1,60	5,00
42320	Drenaje de absceso submaxilar, vía externa.	3,30	5,00
42330	Sialolitotomia; submaxilar, sublingual o parotídea sin complicaciones, vía intraoral.	0,90	5,00
42335	Sialolitotomia, submandibular (submaxilar) complicada, intraoral.	2,90	5,00
42340	Sialolitotomia, parótida, extraoral o intraoral complicada.	7,20	5,00
42400	Biopsia glándula salival; aguja	1,00	5,00
42405	Biopsia glándula salival; incisional	2,70	5,00
42408	Escisión quiste salival sublingual (ránula).	3,90	5,00
42409	Marsupializacion quiste salival sublingual (ránula).	3,30	5,00
42410	Escisión tumor de parótida o glándula parótida; lóbulo lateral sin disección de nervio.	6,80	5,00
42415	Lóbulo lateral, con disección y preservación del nervio facial.	18,20	5,00
42420	Parotidectomia total con disección y preservación del nervio facial.	22,40	5,00
42425	Parotidectomia total; con escisión en bloque sacrificio del nervio facial.	15,00	5,00
42426	Parotidectomia total, con disección radical de cuello unilateral.	30,80	0,00
42440	Escisión glándula submandibular (submaxilar).	11,60	5,00
42450	Escisión glándula sublingual.	11,60	5,00
42500	Corrección plástica del conducto salival sialodocoplastia; primaria o simple.	7,80	5,00
42505	Corrección plástica del conducto salival sialodocoplastia; secundaria o complicada.	11,60	5,00
42507	División del conducto parotídeo, bilateral (procedimiento tipo wilke)	14,30	5,00
42508	División del conducto parotídeo, con escisión de una glándula submandibular.	14,30	5,00
42509	División del conducto parotídeo, con escisión de ambas glándulas submaxilares.	24,20	5,00
42510	División del conducto parotídeo, con ligadura de los dos ductos submandibulares. (wharton´s).	14,90	5,00
42550	Inyección de contraste para sialografía.	0,70	5,00
42600	Cierre fistula salival.	11,00	5,00
42650	Dilatación de conducto salival.	0,50	5,00
42660	Dilatación y cateterización del conducto salival con o sin inyección	0,60	5,00
42665	Ligadura conducto salival – intraoral.	1,60	5,00
42699	Procedimiento no enlistado de conductos o glándulas salivales	CM (criterio medico)	5,00

FARINGE, ADENOIDES Y AMÍGDALAS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
42700	Incisión y drenaje absceso peritonsilar.	1,70	5,00
42720	Incisión y drenaje absceso retrofaringeo o parafaringeo, vía intraoral.	2,60	5,00
42725	Incisión y drenaje absceso retrofaringeo o parafaringeo, vía externa.	6,50	5,00
42800	Biopsia de orofaringe.	0,90	5,00
42802	Biopsia de hipofaringe	1,50	5,00
42804	Biopsia de lesión visible simple en nasofaringe.	1,10	5,00
42806	Biopsia de nasofaringe con búsqueda de lesión primaria desconocida.	1,20	5,00
42808	Resección de lesión faringe, cualquier método.	2,70	5,00
42809	Extracción de cuerpo extraño faríngeo.	1,30	5,00
42810	Resección de quiste branquial o vestigios limitado a piel o tejido subcutáneo.	4,60	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
42815	Resección de quiste branquial, vestigio o fistula, extendido debajo del tejido subcutáneo y/o dentro de la faringe.	12,40	5,00
42820	Tonsilectomia y adenoidectomia en menores de 12 años.	6,10	5,00
42821	Tonsilectomia y adenoidectomia 12 años y mas	6,60	5,00
42825	Tonsilectomia, primaria o secundaria, en menores de 12 años.	5,90	5,00
42826	Tonsilectomia, primaria o secundaria, 12 años y más.	6,40	5,00
42830	Adenoidectomia primaria, en menores de 12 años.	3,50	5,00
42831	Adenoidectomia primaria, 12 años y más.	3,80	5,00
42835	Adenoidectomia secundaria, en menores de 12 años de edad.	3,20	5,00
42836	Adenoidectomia secundaria, sobre 12 años edad y más.	3,50	5,00
42842	Resección radical de amígdala, pilares amigdalares y/o trígono retromalar; sin cierre.	18,20	7,00
42844	Resección radical de amígdala, pilares amigdalares y/o trígono retromalar; cierre con colgajo local (ej. De lengua o de boca).	21,80	7,00
42845	Resección radical de amígdala, pilares amigdalares y/o trígono retromalar; cierre con otros colgajos.	21,80	7,00
42860	Resección de restos amigdalinos	3,60	5,00
42870	Resección de amígdala lingual, cualquier método (procedimiento aparte).	6,20	5,00
42890	Faringectomia limitada.	13,20	7,00
42892	Resección de pared lateral faríngea o seno piriforme. Cierre directo con avance de paredes faríngeas lateral y posterior.	17,60	7,00
42894	Resección de pared faríngea, requiriendo cierre con colgajo miocutaneo.	20,90	7,00
42900	Sutura de heridas o laceraciones de faringe.	4,70	5,00
42950	Faringoplastia (plástica o reconstructiva).	13,80	5,00
42953	Reparación faringoesofagica.	13,80	7,00
42955	Faringostomia (fistulización externa de faringe para alimentación.).	5,90	5,00
42960	Control de hemorragia orofaringea, primaria o secundaria, (ej. Postamigdalectomia); simple.	1,70	5,00
42961	Control de hemorragia orofaringea, primaria o secundaria, (ej. Postamigdalectomía); complicada, requiere hospitalización.	2,00	5,00
42962	Control de hemorragia orofaringea, primaria o secundaria, (ej. Postamigdalectomía); con intervención quirúrgica secundaria.	3,60	5,00
42970	Control de hemorragia nasofaríngea, primaria o secundaria, (ej. Postadenoidectomia); simple, con taponamiento nasal posterior, con o sin tapones anteriores y/o cauterización.	3,30	0,00
42971	Control de hemorragia nasofaríngea, primaria o secundaria, (ej. Postadenoidectomia); complicada, que requiere hospitalización.	3,90	5,00
42972	Control de hemorragia nasofaríngea, primaria o secundaria, (ej. Postadenoidectomia); requiere intervención quirúrgica secundaria.	4,80	5,00
42999	Procedimiento no listado de faringe, adenoides o amígdalas	CM (criterio medico)	5,00

ESÓFAGO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
43020	Esofagotomia, vía cervical, con remoción de cuerpo extraño.	14,00	6,00
43030	Miotomia cricofaringea.	13,00	6,00
43045	Esofagotomia con miotomia cricofaringea, vía torácica con remoción de cuerpo extraño	19,00	15,00
43100	Resección de lesión localizada en esófago con reparo primario; por vía cervical.	15,00	6,00
43101	Resección de lesión localizada en esófago con reparo primario; por vía torácica o abdominal.	22,00	15,00
43107	Esofagectomia total o casi total, sin toracotomía; con faringogastrostomia o esofagogastrostomia cervical, con o sin piloroplastia (transhiatal)	46,00	15,00
43108	Esofagectomia total o casi total, sin toracotomía; con interposición de colon o reconstrucción de intestino delgado, incluyendo movilización de intestino, preparación y anastomosis.	53,00	15,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
43112	Esofagectomia total o casi total, con toracotomía; con faringogastrostomia o esofagogastrostomia cervical, con o sin piloroplastia.	48,00	15,00
43113	Esofagectomia total o casi total, con toracotomía; con interposición de colon o reconstrucción de intestino delgado, incluyendo movilización de intestino, preparación y anastomosis.	55,00	15,00
43116	Esofagectomia parcial, cervical, con injerto intestinal libre, incluyendo anastomosis microvascular, obtención del injerto y reconstrucción intestinal.	48,00	15,00
43117	Esofagectomia parcial, los dos tercios distales, con toracotomía e incisión abdominal separada, con o sin gastrectomía proximal; con esofagogastrostomia torácica, con o sin piloroplastia. (ivor lewis)	47,00	15,00
43118	Esofagectomia parcial, los dos tercios distales, con toracotomía e incisión abdominal separada, con o sin gastrectomía proximal; con interposición de colon o reconstrucción de intestino delgado, incluyendo movilización de intestino, preparación y anastomosis.	50,00	15,00
43121	Esofagectomia parcial, dos tercios distales, con toracotomía solamente, con o sin gastrectomía proximal, con esofagogastrostomia torácica, con o sin piloroplastia.	46,50	15,00
43122	Esofagectomia parcial, vía toracoabdominal o abdominal, con o sin gastrectomía proximal; con esofagogastrostomia, con o sin piloroplastia.	46,50	15,00
43123	Esofagectomia parcial, vía toracoabdominal o abdominal, con o sin gastrectomía proximal; con interposición de colon o reconstrucción de intestino delgado, incluyendo movilización intestinal, preparación y anastomosis.	50,00	15,00
43124	Esofagectomia total o parcial, sin reconstrucción (cualquier vía), con esofagostomia cervical.	42,00	15,00
43130	Diverticulectomia de la hipofaringe o esófago con o sin miotomia; vía cervical.	13,50	6,00
43135	Diverticulectomia de la hipofaringe o esófago con o sin miotomia; vía torácica.	20,00	15,00
43200	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; diagnostica, con o sin recolección de muestras por cepillado o lavado (procedimiento separado)	3,00	5,00
43201	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; con inyección (es) directa submucosa, cualquier sustancia.	3,50	5,00
43202	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; con biopsia, simple o múltiple	3,50	5,00
43204	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; para inyección de sustancia esclerosante de varias esofágicas.	5,70	5,00
43205	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; con ligadura de varices esofágicas	6,10	5,00
43215	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; para remoción de cuerpo extraño.	4,20	5,00
43216	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; para remoción de tumores, pólipos u otras lesiones por fórceps de biopsia caliente o cauterio bipolar.	4,30	5,00
43217	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; para remoción de tumores, pólipos u otras lesiones por la técnica del lazo	4,40	5,00
43219	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; para inserción de tubo plástico o stent.	4,50	5,00
43220	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; para dilatación con balón, (menor a 30 mm de diámetro)	4,00	5,00
43226	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; para inserción de alambre y guiar la dilatación.	4,10	5,00
43227	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; para control de hemorragia, cualquier método.	5,70	5,00
43228	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; para ablación de tumor (es), pólipo (s) u otra lesión (es) que no se puede remover con fórceps de biopsia caliente, cauterio bipolar o la técnica del lazo.	5,70	5,00
44231	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; con ecoendoscopia	5,00	5,00
44232	Esofagoscopia diagnostica con fibroscopio rígido o flexible; con guía ecoendoscopia para aspiración con aguja fina o biopsia trans o intramural	7,50	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
43234	Endoscopia gastrointestinal alta; examen simple primario (ej.: con fibroscopio flexible de diámetro pequeño) (procedimiento separado)	3,10	5,00
43235	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; diagnostica, con o sin recolección de muestras por cepillado o lavado (procedimiento separado).	4,20	5,00
43236	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con inyección (es) directa submucosa, cualquier sustancia.	4,30	5,00
43237	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con ecoendoscopia limitada al esófago.	2,10	5,00
43238	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con biopsia (s)/aspiración por aguja fina trans o intramural con guía ecoendoscopica, esófago (incluye ecoendoscopia limitada al esófago).	2,50	5,00
43239	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; para obtención de biopsia simple o múltiple.	4,30	5,00
43240	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con drenaje transmural de quiste.	7,00	5,00
43241	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con colocación de tubo transendoscopico o catéter.	4,20	5,00
43242	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con biopsia (s)/aspiración por aguja fina trans o intramural con guía ecoendoscopica, (incluye ecoendoscopia limitada al esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno si es apropiado).	9,00	5,00
43243	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; para inyección de sustancia esclerosante de varices esofágicas y/o gástricas.	7,00	5,00
43244	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con ligadura de varices esofágicas y/o gástricas	7,00	5,00
43245	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; para dilatación gástrica por obstrucción de origen externo, cualquier método.	5,20	5,00
43246	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; para colocación dirigida de tubo de gastrotomia percutánea.	7,10	5,00
43247	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; para remoción de cuerpo extraño.	5,20	5,00
43248	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con inserción de alambre guía, seguido por dilatación de esófago.	5,00	5,00
43249	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con dilatación por balón en esófago (menor a 30 mm de diámetro)	4,50	5,00
43250	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con remoción de tumores, pólipos u otras lesiones por fórceps de biopsia caliente o cauterio bipolar.	5,30	5,00
43251	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con remoción de tumores, pólipos u otras lesiones por la técnica del lazo.	5,40	5,00
43255	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con control de hemorragia, cualquier método.	6,80	5,00
43256	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con colocación transendoscopica de stent (incluye predilatacion).	10,00	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
43257	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con liberación de energía térmica al musculo del esfínter esofágico inferior y/o cardias gástrico, para tratamiento de enfermedad por reflujo gastro esofágico.	4,80	5,00
43258	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con ablación de tumores, pólipos u otras lesiones que no se pueden remover con fórceps de biopsia caliente, cauterio bipolar o la técnica del lazo.	7,00	5,00
43259	Endoscopia gastrointestinal alta para diagnostico; incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno según el caso; con ecoendoscopia, incluye esófago, estómago y duodeno y/o yeyuno si es apropiado.	8,50	5,00
43260	Colangiografia endoscópica retrograda (ercp); diagnostica, con o sin recolección de muestras por cepillado o lavado (procedimiento separado)	8,50	5,00
43261	Colangiografia endoscópica retrograda (ercp); con biopsia simple o múltiple.	8,50	5,00
43262	Colangiografia endoscópica retrograda (ercp); para esfinterectomia / papilotomia.	10,50	5,00
43263	Colangiografia endoscópica retrograda (ercp); para medir presión en esfínter de oddi (conducto pancreático o conducto biliar común).	8,50	5,00
43264	Colangiografia endoscópica retrograda (ercp); con remoción endoscópica retrograda de cálculos del conducto biliar y/o pancreático.	12,50	5,00
43265	Colangiografia endoscópica retrograda (ercp); con destrucción endoscópica retrograda, litotripsia de cálculos, cualquier método.	12,50	5,00
43267	Colangiografia endoscópica retrograda (ercp); con inserción endoscópica retrograda de tubo de drenaje nasobiliar o nasopancreatico.	10,50	5,00
43268	Colangiografia endoscópica retrograda (ercp); con inserción endoscópica retrograda de tubo o stent en el conducto biliar o pancreático.	10,50	5,00
43269	Colangiografia endoscópica retrograda (ercp); con remoción endoscópica retrograda de cuerpo extraño y/o cambio de tubo o stent.	8,50	5,00
43271	Colangiografia endoscópica retrograda (ercp); con dilatación por balón endoscópica retrograda de ampolla, conducto biliar y/o pancreático.	10,50	5,00
43272	Colangiografia endoscópica retrograda (ercp); con ablación de tumor, pólipo u otra lesión que no se pueden remover con fórceps de biopsia caliente, cauterio bipolar o técnica del lazo.	10,50	5,00
43273	Canulacion endoscópica de la papila, con visualización directa del conducto biliar o conducto pancreático (listar por separado al procedimiento primario)	2,00	5,00
43279	Esofagomiotomia (tipo heller) con fundoplastia vía laparoscópica	22,00	5,00
43280	Laparoscopia, quirúrgica fundoplastia esófago gástrica (ej.: procedimientos de nissen, toupet).	18,00	7,00
43281	Laparoscopia, quirúrgica con reparo de hernia para esofágica, incluido fundoplastia, cuando se requiera, sin implantación del intestino.	26,00	7,00
43282	Con implantación del intestino	30,00	7,00
43283	Procedimiento de elongación esofágica por laparoscopia quirúrgica (ej.: gastropatía de collis o gastroplastìa en cuna) lístelo separadamente en adición al código primario.	4,50	0,00
43289	Procedimientos laparoscópicos no listados de esófago.	CM (criterio medico)	7,00
43300	Esofagoplastia (reparo o reconstrucción) vía cervical; sin reparo de fistula traqueosofagica.	19,00	6,00
43305	Esofagoplastia (reparo o reconstrucción) vía cervical; con reparo de fistula traqueosofagica.	22,00	6,00
43310	Esofagoplastia (reparo o reconstrucción) vía torácica; sin reparo de fistula traqueosofagica.	25,00	15,00
43312	Esofagoplastia (reparo o reconstrucción) vía torácica; con reparo de fistula traqueosofagica.	29,00	15,00
43313	Esofagoplastia para defecto congénito (reparo plástico o reconstrucción), acceso torácico; sin reparo de fistula congénita traqueoesofagica.	47,40	15,00
43314	Esofagoplastia para defecto congénito (reparo plástico o reconstrucción), acceso torácico; con reparo de fistula traqueoesofagica.	52,00	15,00
43320	Esofagogastrostomia (cardioplastia) con o sin vagotomía y piloroplastia; vía transabdominal o transtoraxica.	23,00	7,00
43325	Fundoplicatura esofagogastrica con parche del fondo (thal-nissen)	23,00	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
43327	Fundoplicatura esofagogastrica, parcial o completa, laparotomía	22,60	7,00
43328	Toracotomía	33,20	7,00
43330	Esofagomiotomia (heller); vía abdominal.	19,20	7,00
43331	Esofagomiotomia (heller); vía torácica.	19,20	15,00
43332	Reparo de hernia paraesofàgica, incluido funduplicatura, por laparotomía, excepto neonatos, sin implantación de intestino u otra prótesis.	32,40	7,00
43333	Con implantación de intestino u otra prótesis.	35,10	7,00
43334	Reparo de hernia hiatal paraesofàgica, incluido funduplicatura, incisión toracoabdominal, excepto neonatos, sin implantación de intestino u otra prótesis.	35,50	15,00
43335	Con implantación de intestino u otra prótesis.	38,00	15,00
43336	Reparo de hernia hiatal paraesofàgica, incluido funduplicatura, por toracotomía, excepto neonatos, sin implantación de intestino u otra prótesis.	41,00	15,00
43337	Con implantación de intestino u otra prótesis.	45,80	15,00
43338	Alargamiento de esófago (gastroplastia de collins) (lístelo separadamente en adición al código primario.	3,70	0,00
43340	Esofagoyeyunostomia (sin gastrectomía total) vía abdominal.	24,00	7,00
43341	Esofagoyeyunostomia (sin gastrectomía total) vía torácica.	25,00	15,00
43350	Esofagostomia, fistulización esofágica, externa, vía abdominal.	15,00	7,00
43351	Esofagostomia, fistulización esofágica, externa, vía torácica.	14,00	15,00
43352	Esofagostomia, fistulización esofágica, externa, vía cervical.	14,00	6,00
43360	Reconstrucción gastrointestinal por esofagectomia previa, por lesión obstructiva esofágica o fistula, o por exclusión previa de esófago; con estómago, con o sin piloroplastia	40,00	15,00
43361	Reconstrucción gastrointestinal por esofagectomia previa, por lesión obstructiva esofágica o fistula, o por exclusión previa de esófago; con interposición del colon o reconstrucción del intestino delgado, incluyendo movilización intestinal, preparación y anastomosis.	45,00	15,00
43400	Ligadura directa de varices esofágicas	20,00	15,00
43401	Transeccion del esófago con posterior sutura; por varices esofágicas	22,00	15,00
43405	Ligadura o engrapado de la unión gastroesofagica por perforación de esófago preexistente	20,00	7,00
43410	Sutura de esófago vía cervical por herida o injuria.	15,00	6,00
43415	Sutura de esófago vía torácica o transabdominal.	19,20	15,00
43420	Cierre de esofagostomia o fistula; vía cervical.	13,50	6,00
43425	Cierre de esofagostomia o fistula; vía torácica o transabdominal.	22,00	15,00
43450	Dilatación esofágica con dilatadores o bujías; uno o varios intentos	1,80	5,00
43453	Dilatación esofágica sobre una guía de alambre.	3,00	5,00
43456	Dilatación de esófago, con balón o dilatador retrógrado.	4,00	5,00
43458	Dilatación de esófago con balón (de 30mm. O mayor) por acalasia	3,60	5,00
43460	Taponamiento esofagogastrico con balón (tipo sengstaaken).	4,00	5,00
43496	Transferencia libre de yeyuno con anastomosis microvascular	50,00	15,00
43499	Procedimientos no listados de esófago	CM (criterio medico)	15,00

ESTÓMAGO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
43500	Gastrotomia con exploración o extracción de cuerpo extraño.	15,50	7,00
43501	Gastrotomia con sutura y reparación de ulcera sangrante	19,00	7,00
43502	Gastrotomia con sutura y reparación de laceración esofágica preexistente.	21,90	7,00
43510	Gastrotomia con dilatación esofágica e inserción de tubo intraluminal permanente.	16,10	7,00
43520	Piloromiotomia. (fredet ramstedt).	13,20	7,00
43605	Biopsia de estómago; por laparotomía.	15,50	7,00
43610	Escisión local de ulcera o tumor benigno de estómago.	17,30	7,00
43611	Escisión local de tumor maligno de estomago	21,00	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
43620	Gastrectomía total, con esofagoenterostomia.	28,00	7,00
43621	Gastrectomía total, con reconstrucción en y de roux	29,00	7,00
43622	Gastrectomía total, con formación de un saco intestinal, cualquier tipo.	31,00	7,00
43631	Gastrectomía parcial, distal; con gastroduodenostomia.	24,00	7,00
43632	Gastrectomía parcial, distal; con gastroyeyunostomia.	24,00	7,00
43633	Gastrectomía parcial, distal; con reconstrucción en y de roux.	25,00	7,00
43634	Gastrectomía parcial, distal; con formación de saco intestinal.	27,00	7,00
43635	Vagotomía con gastrectomía distal parcial. (liste separadamente adicionalmente a los códigos para el procedimiento primario)	3,00	0,00
43640	Vagotomía y piloroplastia con o sin gastrotomia, troncular o selectiva.	20,40	7,00
43641	Vagotomía células parietales (altamente selectiva).	22,00	7,00
43644	Laparoscopia quirúrgica, procedimiento restrictivo gástrico; con by pass en y de roux	25,30	7,00
43645	Laparoscopia quirúrgica, procedimiento restrictivo gástrico; con by pass gástrico y reconstrucción de intestino delgado para limitar la absorción.	27,30	7,00
43647	Laparoscopia quirúrgica, implantación o reemplazo de electrodos gástricos de neuroestimulcion, antro	29,00	7,00
43648	Revisión o remoción de electrodos gástricos de neuroestimulcion, antro	29,00	7,00
43651	Laparoscopia quirúrgica, transeccion de nervios vagos, tronco.	18,20	7,00
43652	Laparoscopia quirúrgica, transeccion de nervios vagos, selectiva o supraselectiva.	29,90	7,00
43653	Gastrostomía, sin reconstrucción de tubo gástrico (ej.: procedimiento tipo stamm) (procedimiento separado).	15,00	7,00
46659	Procedimientos laparoscópicos no listados de estómago.	0,00	7,00
43752	Colocación de tubo naso u orogastrico, que requiera la habilidad del médico y guía fluoroscopica. (incluye fluoroscopia, imagen y reporte)	1,00	5,00
43753	Intubación y aspiración gástrica, terapéutica (ej.: hemorragia gastrointestinal incluye lavado si se requiere).	0,60	5,00
43754	Intubación y aspiración gástrica, diagnostica, muestra única,	0,90	5,00
43755	Colección de múltiples muestras con simulación gástrica, simple o doble	1,60	5,00
43756	Intubación y aspiración duodenal, diagnostica, incluye imágenes guiadas, muestra única,	1,40	5,00
43757	Colección de múltiples muestras, con simulación pancreática, simple o doble incluido la administración de drogas.	2,10	5,00
43760	Cambio de tubo de gastrostomía.	0,80	4,00
43761	Recolocación de tubo gástrico de alimentación a través del duodeno para nutrición entérica.	2,00	4,00
43770	Laparoscopia quirúrgica, procedimiento restrictivo gástrico; colocación de banda gástrica ajustable. (banda gástrica y puerto subcutáneos)	19,30	7,00
43771	Revisión de banda gástrica ajustable, componente de banda solamente	22,20	7,00
43772	Remoción de la banda gástrica ajustable solamente, componente de banda solamente	16,90	7,00
43773	Remoción y reemplazo de banda gástrica ajustable, componente de banda solamente	22,20	7,00
43774	Remoción de banda gástrica ajustable, componente de banda y puerto subcutáneo.	16,90	7,00
43800	Piloroplastia	16,70	7,00
43810	Gastroduodenostomia.	17,50	7,00
43820	Gastroyeyunostomia, sin vagotomía.	17,50	7,00
43825	Gastroyeyunostomia, con vagotomía (cualquier clase).	21,00	7,00
43830	Gastrostomía, abierta; sin construcción de tubo gástrico (ej.: procedimiento tipo stamm) (procedimiento separado).	13,20	7,00
43831	Gastrostomía, abierta; neonatal, para alimentación.	10,70	7,00
43832	Gastrostomía, abierta; con reconstrucción de tubo gástrico (ej.: procedimiento de janeway)	18,40	7,00
43840	Gastrorrafia sutura de ulcera duodenal o gástrica perforada, herida o lesión	16,10	7,00
43842	Procedimiento gástrico restrictivo, sin by-pass gástrico, para obesidad mórbida; gastroplastia por unión vertical.	22,10	10,00
43843	Procedimiento gástrico restrictivo, sin by-pass gástrico, para obesidad mórbida; otro que no sea gastroplastia por unión vertical.	22,10	10,00
43845	Procedimiento gástrico restrictivo con gastrectomía parcial, preservando	26,20	10,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	el píloro, duodeno ileostomía e ileostomía (50 a 100 cm de canal común) para limitar absorción. (división biliopancreatica con switch duodenal).		
43846	Procedimiento gástrico restrictivo, con bypass gástrico para obesidad mórbida; sin acortamiento (150 cm o menos) gastroenterostomía en y de roux.	23,40	10,00
43847	Procedimiento gástrico restrictivo, con reconstrucción de intestino delgado para limitar absorción.	28,60	10,00
43848	Revisión de procedimiento gástrico restrictivo para obesidad mórbida (procedimiento separado).	29,90	10,00
43850	Revisión de anastomosis gastroduodenal con reconstrucción; sin vagotomía.	22,00	7,00
43855	Revisión de anastomosis gastroduodenal con reconstrucción; con vagotomía.	25,30	7,00
43860	Revisión de anastomosis gastroyeyunal con reconstrucción, con o sin gastrectomía parcial o resección intestinal; sin vagotomía.	22,00	7,00
43865	Revisión de anastomosis gastroyeyunal con reconstrucción, con o sin gastrectomía parcial o resección intestinal; con vagotomía.	25,30	7,00
43870	Cerramiento quirúrgico de gastrostomía.	11,50	7,00
43880	Cierre de fistula gastrocolica.	18,40	7,00
43881	Implantación o reemplazo de electrodos neuroestimuladores gástricos antrales, abierto	29,00	7,00
43882	Revisión o remoción de electrodos neuroestimuladores gástricos antrales, abierto	31,00	7,00
43886	Procedimiento restrictivo gástrico, abierto; revisión de puerto subcutáneo solamente	5,30	7,00
43887	Remoción de puerto subcutáneo solamente	5,20	7,00
43888	Remoción y reemplazo de puerto subcutáneo solamente	7,40	7,00
43999	Procedimientos no listados – estomago	CM (criterio medico)	7,00

INTESTINOS (EXCEPTO RECTO)

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
44005	Enterolisis (liberación de adhesión intestinal) (procedimiento separado).	14,60	6,00
44010	Duodenotomia, para exploración, biopsia (s) o remoción de cuerpo extraño.	16,40	7,00
44015	Yeyunostomia, tubo o catéter en aguja intraoperatorio para alimentación enteral, cualquier método. (anote separadamente en adición al procedimiento primario)	8,50	0,00
44020	Enterotomía, intestino delgado, que no sea duodeno, para exploración, biopsia y extracción de cuerpo extraño.	16,10	6,00
44021	Enterotomía, intestino delgado, que no sea duodeno, para descompresión (ej. Tubo baker)	15,40	6,00
44025	Colotomia, para exploración, biopsia o remoción de cuerpo extraño.	17,20	6,00
44050	Reducción de vólvulos, intususcepción hernia interna por laparotomía	14,50	6,00
44055	Corrección de malrotacion mediante destrucción de bandas duodenales y/o reducción de vólvulos de intestino medio (ej. Procedimiento de ladd).	15,40	7,00
44100	Biopsia de intestino por capsula, tubo, vía oral (una o más muestras)	2,60	5,00
44110	Resección de una o más lesiones de intestinos delgado o grueso sin anastomosis, exteriorización o fistulización, enterotomía simple.	16,60	6,00
44111	Resección de una o más lesiones de intestinos delgado o grueso sin anastomosis, exteriorización o fistulización, con múltiples enterotomías.	18,70	6,00
44120	Resección de intestino delgado, resección simple y anastomosis.	19,40	7,00
44121	Resección de intestino delgado, cada resección y anastomosis adicional. (anote separadamente en adición al procedimiento primario)	6,50	0,00
44125	Resección de intestino delgado, con enterostomía.	19,40	7,00
44126	Enterectomia, resección de intestino delgado por atresia congénita, resección única y anastomosis de segmento proximal de intestino; sin adelgazamiento	35,10	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
44127	Enterectomia, resección de intestino delgado por atresia congénita, resección única y anastomosis de segmento proximal de intestino; con adelgazamiento	40,40	7,00
44128	Enterectomia, resección de intestino delgado por atresia congénita, resección única y anastomosis de segmento proximal de intestino; cada resección adicional y anastomosis (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	4,40	0,00
44130	Enteroenteroanastomosis, anastomosis de intestino, con o sin enterostomía cutánea (procedimiento separado).	16,50	7,00
44132	Enterectomia del donante (incluye la preservación en frio), abierta; de donante cadavérico.	14,00	7,00
44133	Enterectomia del donante (incluye la preservación en frio), parcial, de donante vivo.	24,00	7,00
44135	Allotransplante intestinal; de donante cadavérico.	40,00	7,00
44136	Allotransplante intestinal; de donante vivo.	45,00	7,00
44137	Remoción de injerto de intestino trasplantado	20,00	7,00
44139	Movilización de ángulo esplénico junto con colectomia parcial (liste separadamente adicional al procedimiento primario).	3,20	0,00
44140	Colectomia parcial, con anastomosis.	18,50	7,00
44141	Colectomia parcial, con cecostomia a nivel de piel o colostomía.	20,00	7,00
44143	Colectomia parcial, con colostomía y cierre del segmento distal (hartmann).	19,00	7,00
44144	Colectomia parcial, con resección, con colostomía o ileostomía y creación de una mucofistula.	18,80	7,00
44145	Colectomia parcial, con coloproctostomia (anastomosis pélvica baja).	21,30	7,00
44146	Colectomia parcial, con coloproctostomia (anastomosis pélvica baja) con colostomía.	23,00	7,00
44147	Colectomia parcial, vía abdominal y trans-anal.	25,00	7,00
44150	Colectomia total, abdominal, sin proctectomia, con ileostomía o ileoproctostomia.	25,00	7,00
44151	Colectomia total, abdominal, sin proctectomia, con ileostomía continente.	27,00	7,00
44155	Colectomia total abdominal con proctectomia; con ileostomía.	30,00	7,00
44156	Colectomia total abdominal con proctectomia; con ileostomía continente.	32,00	7,00
44157	Colectomia total abdominal con proctectomia; con anastomosis ileoanal, con ileostomía en asa y mucosectomia rectal si se realiza	31,00	7,00
44158	Colectomia total abdominal con proctectomia; con anastomosis ileoanal, creación de un reservorio ileal (s o j), con ileostomía en asa, con o sin mucosectomia rectal.	32,00	7,00
44160	Colectomia con resección de íleo terminal e ileocolostomia.	20,90	7,00
44180	Laparoscopia quirúrgica, enterolisis (liberación de adherencias intestinales) (procedimiento separado)	16,30	7,00
44186	Laparoscopia quirúrgica, yeyunostomia (ej. Para descompresión o alimentación)	11,50	7,00
44187	Laparoscopia quirúrgica, ileostomía o yeunostomia sin tubo	18,90	7,00
44188	Laparoscopia quirúrgica, colostomía o cecostomia a nivel cutáneo	20,80	7,00
44202	Laparoscopia quirúrgica; enterectomia, resección de intestino delgado; resección simple y anastomosis	22,90	6,00
44203	Laparoscopia quirúrgica; enterectomia, resección de intestino delgado; cada resección y anastomosis de intestino delgado adicional (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	4,20	0,00
44204	Colectomia parcial con anastomosis	24,30	6,00
44205	Colectomia parcial con remoción de íleo terminal con ileocolostomia.	21,60	6,00
44206	Colectomia parcial, con colostomía terminal y cierre del segmento distal (procedimiento tipo hartmann).	19,00	7,00
44207	Colectomia parcial con anastomosis con coloproctostomia (anastomosis pélvica baja)	21,30	7,00
44208	Colectomia parcial con anastomosis con coloproctostomia (anastomosis pélvica baja) con colostomía.	23,00	7,00
44210	Colectomia total abdominal, sin proctectomia, con ileostomía o ileoproctostomia.	25,00	7,00
44211	Colectomia total abdominal con proctectomia, con anastomosis ileoanal, creación de un reservorio ileal (s o j), con ileostomía en asa, con o sin	42,50	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	mucosectomia rectal.		
44212	Colectomia total abdominal, con proctectomia, con ileostomía.	30,00	7,00
44213	Laparoscopia quirúrgica, de la flexura esplénica realizada en conjunto con colectomia parcial. Anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario	3,70	0,00
44227	Laparoscopia quirúrgica, cierre de enterostomía, intestino delgado o grueso, con resección y anastomosis	29,30	7,00
44238	Procedimientos laparoscópicos no listados de intestino (excepto recto).	CM (criterio medico)	7,00
44300	Enterostomía o cecostomia, por tubo (ej. Para descompresión o alimentación) (procedimiento separado).	9,90	6,00
44310	Ileostomía o yeyunostomia, no tubo (procedimiento separado).	16,00	6,00
44312	Revisión de ileostomía; simple (liberación de cicatriz superficial).	3,10	6,00
44314	Revisión de ileostomía; complicada (reconstrucción profunda).(procedimiento separado)	17,60	6,00
44316	Ileostomía continente (procedimiento de kock).	24,20	6,00
44320	Colostomía o cecostomia a nivel de piel. (procedimiento separado)	12,70	6,00
44322	Colostomía o cecostomia a nivel de piel. (Procedimiento separado) con biopsias múltiples (ej.: para enfermedad de hirschsprung).	13,20	6,00
44340	Revisión de colostomía; simple (liberación de cicatriz superficial).	2,80	6,00
44345	Revisión de colostomía; complicada (reconstrucción profunda).	13,20	6,00
44346	Con reparación de hernia de paracolostomia (procedimiento separado).	13,80	6,00
44360	Endoscopia diagnostica de intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir íleon, con o sin recolección de muestras por cepillado o lavado. (procedimiento separado)	4,50	5,00
44361	Endoscopia diagnostica de intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir íleon, con biopsia simple o múltiple.	5,20	5,00
44363	Endoscopia diagnostica de intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir íleon, con remoción de cuerpo extraño.	5,40	5,00
44364	Endoscopia diagnostica de intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir íleon, con remoción de tumores, pólipos u otras lesiones por la técnica del lazo.	5,70	5,00
44365	Endoscopia diagnostica de intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir íleon, con remoción de tumores, pólipos u otras lesiones por fórceps de biopsia caliente, cauterio bipolar	5,60	5,00
44366	Endoscopia diagnostica de intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir íleon, con control de hemorragia, cualquier método.	6,50	5,00
44369	Endoscopia diagnostica de intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir íleon, con ablación de tumor, pólipo u otra lesión que no se puede remover por biopsia caliente, cauterio bipolar o técnica del lazo.	6,90	5,00
44370	Endoscopia diagnostica de intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir íleon, con colocación transendoscopica de stent (incluye predilatacion).	8,00	5,00
44372	Endoscopia diagnostica de intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir íleon, con colocación de tubo para yeyunostomia percutáneo.	7,10	5,00
44373	Endoscopia diagnostica de intestino delgado, enteroscopia más allá de la segunda porción del duodeno, sin incluir íleon, con conversión de un tubo para gastrotomia percutáneo a un tubo para yeyunostomia percutáneo.	7,10	5,00
44376	Endoscopia de intestino delgado, enteroscopia hasta después de la segunda porción del duodeno, incluyendo íleon, diagnostica, con o sin recolección de muestras por cepillado o lavado.	9,50	5,00
44377	Endoscopia de intestino delgado, enteroscopia hasta después de la segunda porción del duodeno, incluyendo íleon, diagnostica, con biopsia, simple o múltiple.	10,00	5,00
44378	Endoscopia de intestino delgado, enteroscopia hasta después de la segunda porción del duodeno, incluyendo íleon, diagnostica, con control de hemorragia, cualquier método.	11,30	5,00
44379	Endoscopia de intestino delgado, enteroscopia hasta después de la	8,00	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	segunda porción del duodeno, incluyendo íleon, diagnostica, con colocación transendoscopica de stent (incluye predilatacion).		
44380	Ileoscopia, a través de orificio; diagnostica, con o sin colección de muestras por cepillado o lavado.	3,30	5,00
44382	Ileoscopia, a través de orificio; diagnostica, con biopsia simple o múltiple.	3,60	5,00
44383	Ileoscopia, a través de orificio; diagnostica, con colocación transendoscopica de stent (incluye predilatacion).	8,00	5,00
44385	Evaluación endoscópica de intestino delgado, (saco abdominal o pélvico); diagnostico, con o sin recolección de muestras por cepillado o lavado.	3,60	5,00
44386	Evaluación endoscópica de intestino delgado, (saco abdominal o pélvico); diagnostico, con biopsia simple o múltiple.	3,90	5,00
44388	Colonoscopia a través de estoma, diagnostica, con o sin recolección de muestras por cepillado o lavado.	4,50	5,00
44389	Colonoscopia a través de estoma, diagnostica, con biopsia simple o múltiple.	4,90	5,00
44390	Colonoscopia a través de estoma, diagnostica, con remoción de cuerpo extraño.	5,80	5,00
44391	Colonoscopia a través de estoma, diagnostica, con control de hemorragia, cualquier método.	6,50	5,00
44392	Colonoscopia a través de estoma, diagnostica, con remoción de tumores, pólipos u otras lesiones con biopsia caliente o cauterio bipolar.	5,70	5,00
44393	Colonoscopia a través de estoma, diagnostica, con ablación de tumores, pólipos u otras lesiones que no se pueden remover con biopsia caliente, cauterio bipolar o técnica del lazo.	7,00	5,00
44394	Colonoscopia a través de estoma, diagnostica, con remoción de tumores, pólipos u otras lesiones con la técnica del lazo.	6,50	5,00
44397	Colonoscopia a través de estoma, diagnostica, con colocación transendoscopica de stent (incluye predilatacion).	8,00	5,00
44500	Introducción de un tubo gastrointestinal largo (ej. Miller-abbott). (procedimiento separado)	1,30	5,00
44602	Sutura de intestino delgado (enterorrafia) para ulcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura; perforación simple.	14,90	6,00
44603	Sutura de intestino delgado (enterorrafia) para ulcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura; perforaciones múltiples.	19,30	6,00
44604	Sutura de intestino grueso (colorrafia) para ulcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura (perforaciones simples o múltiples); sin colostomía.	19,30	6,00
44605	Sutura de intestino grueso (colorrafia) para ulcera perforada, divertículo, herida, lesión o ruptura (perforaciones simples o múltiples); con colostomía.	17,30	6,00
44615	Plastia de estrechez intestinal (enterotomía y enterorrafia) con o sin dilatación, para obstrucción intestinal.	19,50	6,00
44620	Cierre de enterostomía, intestino delgado o grueso.	11,00	6,00
44625	Cierre de enterostomía, intestino delgado o grueso con resección y anastomosis, diferente a colorectal.	16,00	6,00
44626	Cierre de enterostomía, intestino delgado o grueso con resección y anastomosis colorectal (ej.: cierre de procedimiento tipo hartmann).	28,60	6,00
44640	Cierre fistula enterocutanea.	14,30	6,00
44650	Cierre de fistula entérica o enterocolica.	15,40	6,00
44660	Cierre de fistula enterovesical; sin resección intestinal o de vejiga.	15,40	6,00
44661	Cierre de fistula enterovesical; con resección de intestino y/o vejiga.	24,20	6,00
44680	Plicatura intestinal (procedimiento separado).	19,80	6,00
44700	Exclusión de intestino delgado desde la pelvis por malla u otra prótesis, tejido nativo (ej.: vejiga u omento).	21,00	6,00
44701	Lavado colonico intraoperatorio. Anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario	2,40	0,00
44715	Preparación estándar de injerto de intestino de donante cadavérico o vivo, previo al trasplante, incluye movilización y acondicionamiento de la arteria y vena mesentéricas superiores.	22,00	0,00
44720	Reconstrucción de injerto de intestino de donante cadavérico o vivo, previo al trasplante, cada anastomosis venosa.	4,20	0,00
44721	Cada anastomosis arterial.	6,20	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
44799	Procedimiento no listados intestino	CM (criterio medico)	6,00

DIVERTÍCULO DE MECKEL Y MESENTERIO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
44800	Resección de divertículo de meckel (diverticulectomia) o ducto onfalomesenterico.	13,80	6,00
44820	Resección de lesiones en el mesenterio. (procedimiento separado)	11,50	6,00
44850	Sutura del mesenterio. (procedimiento separado)	12,10	6,00
44899	Procedimiento no listado. Divertículo de meckel y mesenterio.	CM (criterio medico)	6,00

APÉNDICE

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
44900	Incisión y drenaje de absceso apendicular, abierto.	11,50	6,00
44901	Incisión y drenaje de absceso apendicular, percutáneo	3,50	4,00
44950	Apendicetomía.	11,50	6,00
44955	Apendicetomía. Cuando se realiza a propósito al mismo tiempo que otra intervención mayor (no como procedimiento separado). (anote en adición al procedimiento primario)	0,60	0,00
44960	Apendicetomía. Por ruptura de apéndice con absceso o peritonitis generalizada.	12,70	6,00
44970	Apendicetomía laparoscópica	19,50	6,00
44979	Procedimientos laparoscópicos no listados de apéndice.	CM (criterio medico)	6,00

RECTO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
45000	Drenaje transrectal de absceso pélvico	4,60	5,00
45005	Incisión y drenaje de absceso submucoso rectal.	2,40	5,00
45020	Incisión y drenaje de absceso en el supraelevador profundo, pelvirectal o retrorectal.	5,40	5,00
45100	Biopsia de la pared anorectal por vía anal (ej. Megacolon congénito).	5,20	5,00
45108	Miomectomia anorectal.	8,00	5,00
45110	Proctectomia; completa, abdominoperineal con colostomía	28,00	7,00
45111	Proctectomia; resección parcial del recto, vía transabdominal.	21,00	7,00
45112	Proctectomia, resección abdominoperineal "operación de pull-through" (ej., anastomosis colo-anal).	30,00	7,00
45113	Proctectomia parcial, con mucosectomia rectal, anastomosis ileoanal, creación de reservorio ileal (s o j), con o sin ileostomía en curva.	34,00	7,00
45114	Proctectomia parcial con anastomosis por vía abdominal y transacral	26,00	7,00
45116	Proctectomia parcial con anastomosis por vía trans-sacral solamente (kraske).	21,00	7,00
45119	Proctectomia, procedimiento de jalar combinado (ej.: anastomosis colo-anal) con creación de reservorio colonico (ej.: pouch en j), con o sin ostomia proximal	34,00	7,00
45120	Proctectomia completa por megacolon congénito, vía abdominal y perineal, con procedimiento de halar a través y anastomosis (swenson, duhamel o soave)	31,00	7,00
45121	Proctectomia completa por megacolon congénito, vía abdominal y perineal,	27,50	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	con colectomia total o subtotal, con biopsia múltiples.		
45123	Proctectomia, parcial, sin anastomosis, vía perineal.	20,00	7,00
45126	Exanteracion pélvica por malignidad colorectal, con proctectomia (con o sin colostomía), con remoción de vejiga y trasplante ureteral, y/o histerectomía, o cervicectomia, con sin remoción de trompas, con o sin remoción de ovarios, o cualquier combinación	36,00	8,00
45130	Resección de procedencia rectal con anastomosis por vía perineal.	15,00	5,00
45135	Resección de procedencia rectal con anastomosis por vía abdominal y perineal.	25,00	7,00
45136	Escisión de reservorio íleo anal con ileostomía.	27,50	6,00
45150	División de estenosis rectal.	10,00	5,00
45160	Resección de tumor rectal por proctectomia trans-sacra o trans-coxígea.	19,00	5,00
45171	Escisión de tumor rectal, transanal	3,00	5,00
45172	Incluye musculo.	3,60	5,00
45190	Destrucción de tumor rectal, cualquier método (ej. Electrocoagulación) vía trans anal.	12,00	5,00
45300	Proctosigmoidoscopia rígida, diagnostica, con o sin recolección de muestras por cepillado o lavado. (procedimiento separado)	0,70	5,00
45303	Proctosigmoidoscopia rígida, diagnostica, con dilatación, cualquier método.	0,70	5,00
45305	Proctosigmoidoscopia rígida, diagnostica, con biopsia, simple o múltiple.	1,20	5,00
45307	Proctosigmoidoscopia rígida, diagnostica, con remoción de cuerpo extraño.	2,50	5,00
45308	Proctosigmoidoscopia rígida, diagnostica, con remoción de tumor, pólipo u otra lesión por biopsia caliente, o cauterio bipolar.	2,20	5,00
45309	Proctosigmoidoscopia rígida, diagnostica, con remoción de tumor, pólipo u otra lesión por la técnica del lazo.	2,70	5,00
45315	Proctosigmoidoscopia rígida, diagnostica, con remoción de múltiples tumores, pólipos u otras lesiones con biopsia caliente, cauterio bipolar o la técnica del lazo.	2,80	5,00
45317	Proctosigmoidoscopia rígida, diagnostica, con control de hemorragia, cualquier método.	3,00	5,00
45320	Proctosigmoidoscopia rígida, diagnostica, con ablación de tumores, pólipos, u otras lesiones que no se pueden remover con biopsia caliente, cauterio bipolar, o técnica del lazo (ej. Laser).	3,10	5,00
45321	Proctosigmoidoscopia rígida, diagnostica, con descompresión de vólvulos.	3,00	5,00
45327	Proctosigmoidoscopia rígida, diagnostica, con colocación transendoscopica de stent (incluye predilatacion).	6,00	5,00
45330	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con o sin recolección de muestras por cepillado o lavado. (procedimiento separado)	1,30	5,00
45331	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con biopsia simple o múltiple.	1,80	5,00
45332	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con remoción de cuerpo extraño.	2,00	5,00
45333	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con remoción de tumores, pólipos u otras lesiones por biopsia caliente o cauterio bipolar.	2,00	5,00
45334	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con control de hemorragia. Cualquier método	3,50	5,00
45335	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con inyección (es) submucosa directa, cualquier sustancia.	1,80	5,00
45337	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con descompresión de vólvulo, cualquier método	2,60	5,00
45338	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con extracción de tumor(es), pólipo(s), u otras lesión(es) por técnica del lazo	2,70	5,00
45339	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con ablación de tumor(es), pólipo(s), u otras lesión(es) no removibles por pinza caliente, cauterio bipolar o lazo	3,70	5,00
45340	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con dilatación por balón, una o más estenosis.	2,00	5,00
45341	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con ecoendoscopia.	5,00	5,00
45342	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con aspiración/biopsia (s) transendoscopica, por aguja fina transmural o intramural guiado por ultrasonido endoscópico.	6,00	5,00
45345	Sigmoideoscopia diagnostica con fibroscopia flexible, con colocación	5,50	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	transendoscopica de stent (incluye predilatacion).		
45355	Colonoscopia rígida o flexible, vía colotomia transabdominal, única o múltiple	4,00	5,00
45378	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico, diagnostica, con o sin toma de muestras, por cepillado o lavado, con o sin descompresión del colon. (procedimiento separado)	5,10	5,00
45379	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico, diagnostica, con o sin toma de muestras, por cepillado o lavado, con extracción de cuerpo extraño	8,50	5,00
45380	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico, diagnostica, con o sin toma de muestras, por cepillado o lavado, con biopsia, única o múltiple.	6,60	5,00
45381	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico, diagnostica, con o sin toma de muestras, por cepillado o lavado, con inyección (es) submucosa directa, cualquier sustancia.	6,60	5,00
45382	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico, diagnostica, con o sin toma de muestras, por cepillado o lavado, con control de sangrado, cualquier método.	8,00	5,00
45383	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico, diagnostica, con o sin toma de muestras, por cepillado o lavado, con ablación de tumor(es), pólipo(s), u otras lesión(es) no removibles con fórceps de biopsia calientes o cauterio bipolar.	8,50	5,00
45384	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico, diagnostica, con o sin toma de muestras, por cepillado o lavado, con extracción de tumor(es), pólipo(s), u otras lesión(es) con fórceps de biopsia caliente, o cauterio bipolar	7,40	5,00
45385	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico, diagnostica, con o sin toma de muestras, por cepillado o lavado, con extracción de tumor(es), pólipo(s), u otras lesión(es) con técnica de lazo	8,00	5,00
45386	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico, diagnostica, con o sin toma de muestras, por cepillado o lavado, con dilatación por balón, una o más estenosis.	8,50	5,00
45387	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico, diagnostica, con o sin toma de muestras, por cepillado o lavado, con colocación transendoscopica de stent (incluye predilatacion).	8,00	5,00
45391	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico, diagnostica, con o sin toma de muestras, por cepillado o lavado, con ecoendoscopia.	4,50	5,00
45392	Colonoscopia, flexible, proximal al ángulo esplénico, diagnostica, con o sin toma de muestras, por cepillado o lavado, con aspiración/biopsia (s) transendoscopica, por aguja fina transmural o intramural guiado por ultrasonido endoscópico.	5,70	5,00
45395	Laparoscopia quirúrgica; proctectomia completa, abdominoperoneal combinada, con colostomía	34,60	7,00
45397	Laparoscopia quirúrgica; proctectomia abdominoperineal combinada, técnica "pull through" (ej.: anastomosis colo-anal) con creación de reservorio colonico (ej.: parche en j) con enterostomía de derivación si se realiza.	37,60	7,00
45400	Laparoscopia quirúrgica; proctopexia (para prolapso)	20,20	7,00
45402	Laparoscopia quirúrgica; proctopexia (para prolapso), con resección sigmoidea	27,40	7,00
45499	Procedimientos laparoscópicos de recto no listados	CM (criterio medico)	7,00
45500	Proctoplastia por estenosis	10,00	5,00
45505	Proctoplastia por prolapso de membrana mucosa	11,00	5,00
45520	Inyección perirectal de solución esclerosante por prolapso	0,80	5,00
45540	Proctopexia por prolapso, vía abdominal	17,50	6,00
45541	Proctopexia por prolapso, por vía perineal	17,80	5,00
45550	Proctopexia combinada con resección sigmoidea, vía abdominal	21,60	7,00
45560	Reparación de rectocele (procedimiento separado)	7,00	5,00
45562	Exploración, reparación y drenaje presacral por lesión rectal	17,00	5,00
45563	Exploración, reparación y drenaje presacral por lesión rectal con colostomía	26,00	6,00
45800	Cierre de fistula rectovesical	19,00	6,00
45805	Cierre de fistula rectovesical con colostomía	21,00	6,00
45820	Cierre de fistula rectouretral	19,00	6,00
45825	Cierre de fistula rectouretral con colostomía	21,00	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
45900	Reducción de prolapso (procedimiento separado) bajo anestesia	2,90	5,00
45905	Dilatación de esfínter anal (procedimiento separado) bajo anestesia diferente a local	2,00	5,00
45910	Dilatación de estenosis rectal (procedimiento separado) bajo anestesia diferente a local	2,00	5,00
45915	Extracción de impactación fecal o cuerpo extraño (procedimiento separado) bajo anestesia	3,30	5,00
45990	Examen diagnostico anorectal, quirúrgico, que requiera anestesia (general, espinal o epidural)	2,00	5,00
45999	Procedimientos no listados, recto	CM (criterio medico)	5,00

ANO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
46020	Colocación de seton	3,60	5,00
46030	Extracción de sedal anal, otro marcador	0,80	5,00
46040	Incisión y drenaje de absceso isquiorectal y/o perirectal (procedimiento separado)	3,00	5,00
46045	Incisión y drenaje de absceso intramural, intramuscular o submucoso, vía transanal, bajo anestesia	3,00	5,00
46050	Incisión y drenaje, de absceso perianal, superficial	1,00	5,00
46060	Incisión y drenaje de absceso intramural o isquiorectal con fistulectomia o fistulotomia, submuscular, con emplazamiento de sedal	8,50	5,00
46070	Incisión de septum anal en niño	2,10	5,00
46080	Esfinterectomia anal	1,60	5,00
46083	Incisión de hemorroides trombosadas externas	1,00	5,00
46200	Fisurectomia, con o sin esfinterectomia	4,40	5,00
46220	Papilectomia o escisión de colgajo único del ano (procedimiento separado)	0,60	3,00
46221	Hemorroidectomia, por ligadura simple	1,70	5,00
46230	Hemorroidectomia, escisión de colgajos de hemorroides externas y/o múltiples papilas	1,20	5,00
46250	Hemorroidectomia externa completa	5,00	5,00
46255	Hemorroidectomia interna y externa, simple	8,00	5,00
46257	Hemorroidectomia interna y externa, con fisurectomia	8,50	5,00
46258	Hemorroidectomia interna y externa, con fistulectomia, con o sin fisurectomia	9,00	5,00
46260	Hemorroidectomia, interna y externa, compleja o extensa	8,50	5,00
46261	Hemorroidectomia, interna y externa, compleja o extensa con fisurectomia	8,50	5,00
46262	Hemorroidectomia, interna y externa, compleja o extensa con fistulectomia , con o sin fisurectomia	9,00	5,00
46270	Tratamiento quirúrgico de fistula anal subcutánea (fistulectomia/fistulotomia)	6,00	5,00
46275	Tratamiento quirúrgico de fistula anal submuscular	8,30	5,00
46280	Tratamiento quirúrgico de fistula anal compleja o múltiple, con o sin colocación de seton.	9,00	5,00
46285	Tratamiento quirúrgico de fistula anal segunda etapa	2,40	5,00
46288	Cierre de fistula anal con avance de colgajo anal	12,60	5,00
46320	Enucleación o escisión de hemorroides externas trombosadas	1,60	5,00
46500	Inyección de solución esclerosante, hemorroides	0,70	5,00
46505	Quimodenervacion del esfínter anal interno	3,60	5,00
46600	Anoscopia, diagnostica, con o sin toma de muestras, por lavado o cepillado (procedimiento separado)	0,70	5,00
46604	Anoscopia, diagnostica, con dilatación, cualquier método	1,80	5,00
46606	Anoscopia, diagnostica, con biopsia, una o mas	1,10	5,00
46608	Anoscopia, diagnostica, con extracción de cuerpo extraño	2,10	5,00
46610	Anoscopia, diagnostica, con extracción de un tumor, pólipo, u otra lesión	1,80	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	con fórceps calientes o cauterio bipolar		
46611	Anoscopia, diagnostica, con extracción de tumor, pólipo, u otra lesión con lazo	2,30	5,00
46612	Anoscopia, diagnostica, con extracción de múltiples tumores, pólipos, u otras lesiones con fórceps calientes, cauterio bipolar o lazo	2,50	5,00
46614	Anoscopia, diagnostica, con control de sangrado, cualquier método	2,80	5,00
46615	Anoscopia, diagnostica, con ablación de tumor(res), pólipo(s), u otras lesiones no removibles con fórceps calientes, cauterio bipolar o lazo	3,80	5,00
46700	Anoplastia, cirugía plástica por estenosis, adultos	9,00	5,00
46705	Anoplastia, cirugía plástica por estenosis, niños	10,00	5,00
46706	Reparo de fistula anal con pegante de fibrina.	1,80	5,00
46710	Reparo de fistula/seno se saco ileanal (ej. Perineal o vaginal), acceso transperienal.	18,20	5,00
46712	Reparo de fistula/seno se saco ileanal (ej. Perineal o vaginal), acceso combinado transabdominal y transperineal	38,20	5,00
46715	Reparación de ano imperforado bajo; con fistula anoperineal	12,00	5,00
46716	Reparación de ano imperforado bajo; con transposición de fistula anoperineal o anovestibular	13,50	7,00
46730	Reparación de ano imperforado alto sin fistula; vía perineal o sacroperineal	28,50	7,00
46735	Reparación de ano imperforado alto sin fistula; vías combinadas transabdominal y sacroperineal	32,00	7,00
46740	Reparación de ano imperforado alto con fistula rectouretral o rectovaginal; vía perineal o sacroperineal	27,00	7,00
46742	Reparación de ano imperforado alto con fistula rectouretral o rectovaginal; vías combinadas, transabdominal y sacroperineal	36,00	7,00
46744	Reparación de anormalidad cloacal por plastia anorectovaginal y uretroplastia, vía sacroperineal	41,00	7,00
46746	Reparación de anormalidad cloacal por plastia anorectovaginal y uretroplastia, vías combinadas anoperineal y sacroperineal	45,00	7,00
46748	Reparación de anormalidad cloacal por plastia anorectovaginal y uretroplastia, vías combinadas anoperineal y sacroperineal con alargamiento vaginal por injerto intestinal y colgajos pediculados	50,00	7,00
46750	Esfinteroplastia, anal, por incontinencia o prolapso; adulto	10,50	5,00
46751	Esfinteroplastia, anal, por incontinencia o prolapso; niño	10,90	5,00
46753	Injerto para incontinencia rectal y/o prolapso	15,00	7,00
46754	Extracción de alambre de thiersch o sutura, canal anal	2,70	5,00
46760	Esfinteroplastia, anal, por incontinencia, adulto, trasplante muscular	14,00	5,00
46761	Imbricación del musculo elevador	20,00	5,00
46762	Implantación de esfínter artificial	25,50	5,00
46900	Destrucción de lesiones en ano (ejem. Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; química	0,70	3,00
46910	Destrucción de lesiones en ano (ejem. Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; electrodisecacion	1,00	3,00
46916	Destrucción de lesiones en ano (ejem. Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple; criocirugía	0,70	3,00
46917	Destrucción de lesiones en ano (ejem. Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple, cirugía por laser	1,20	3,00
46922	Destrucción de lesiones en ano (ejem. Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple, resección quirúrgica	1,00	5,00
46924	Destrucción de lesiones en ano (ejem. Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), extensa, cualquier método	4,50	5,00
46930	Destrucción de hemorroides internas con energía térmica (coagulación infrarroja, cauterio o radiofrecuencia)	2,20	5,00
46940	Curetaje o cauterización de fisura anal, incluyendo dilatación de esfínter anal, (procedimiento separado); inicial	2,00	5,00
46942	Curetaje o cauterización de fisura anal, incluyendo dilatación de esfínter anal, (procedimiento separado); subsecuente	2,00	5,00
46945	Ligadura de hemorroides internas; procedimiento simple	2,20	5,00
46946	Ligadura de hemorroides internas; procedimientos múltiples	4,40	5,00
46947	Hemorroidopexia (ej.: por prolapso de hemorroides internas) por egrapado.	5,20	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
46999	Procedimientos no listados, ano	CM (criterio medico)	5,00

HÍGADO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
47000	Biopsia de hígado, aguja percutánea	2,00	4,00
47001	Biopsia de hígado, cuando se realiza a propósito al momento de cirugía mayor. (anote separadamente en adición al procedimiento primario)	1,30	0,00
47010	Hepatotomia para drenaje de absceso o quiste, una o dos etapas	17,60	7,00
47011	Hepatotomia para drenaje percutáneo de absceso o quiste, una o dos etapas	7,00	7,00
47015	Laparotomía, con aspiración y/o inyección de quistes o abscesos parasitarios	15,40	7,00
47100	Biopsia en cuna de hígado	11,50	7,00
47120	Hepatectomia, lobectomía parcial	33,40	13,00
47122	Hepatectomia, trisegmentectomia	44,90	13,00
47125	Hepatectomia, lobectomía izquierda total	44,90	13,00
47130	Hepatectomia, lobectomía derecha total	44,90	13,00
47133	Hepatectomia del donante, con preparación y mantenimiento de aloinjerto; de donante cadavérico	46,00	7,00
47135	Alotransplante de hígado; ortotopico, parcial o total, de donante cadavérico o vivo, cualquier edad	180,00	30,00
47136	Alotransplante de hígado; heterotopico, parcial o completo, de donante cadavérico o vivo, cualquier edad	156,00	30,00
47140	Hepatectomia del donante (incluye preservación en frio), de donante vivo, segmento lateral izquierdo solamente (segmentos ii y iii).	29,00	13,00
47141	Hepatectomia del donante (incluye preservación en frio), de donante vivo, lobectomía total izquierda (segmentos ii, iii y iv).	35,00	13,00
47142	Hepatectomia del donante (incluye preservación en frio), de donante vivo, lobectomía total derecha (segmentos v, vi, vii y viii).	38,50	13,00
47143	Preparación estándar de injerto de hígado completo de donante cadavérico previo a alotransplante, incluye colecistectomía, si es necesario, y disección y remoción de los tejidos blandos adyacentes para preservar la vena cava, vena porta, arteria hepática, ducto biliar común para el implante; sin trisegmentacion o partición de lóbulos.	46,00	0,00
47144	Preparación estándar de injerto de hígado completo de donante cadavérico previo a alotransplante, incluye colecistectomía, si es necesario, y disección y remoción de los tejidos blandos adyacentes para preservar la vena cava, vena porta, arteria hepática, ducto biliar común para el implante; con trisegmentacion de todo el injerto hepático en dos injertos hepáticos parciales (ej.: segmento lateral izquierdo (segmentos ii y iii) y trisegmentacion derecha (segmentos i y iv a través del viii))	44,00	0,00
47145	Preparación estándar de injerto de hígado completo de donante cadavérico previo a alotransplante, incluye colecistectomía, si es necesario, y disección y remoción de los tejidos blandos adyacentes para preservar la vena cava, vena porta, arteria hepática, ducto biliar común para el implante; con partición lobular del injerto hepático en dos injertos hepáticos parciales (ej.: lóbulo izquierdo (segmentos ii, iii y iv) y lóbulo derecho (segmentos i y v a través del viii)).	43,00	0,00
47146	Reconstrucción de injerto de donante vivo o cadavérico, previo a alotransplante; cada anastomosis venosa.	5,30	0,00
47147	Reconstrucción de injerto de donante vivo o cadavérico, previo a alotransplante; cada anastomosis arterial.	6,20	0,00
47300	Marsupializacion de quiste o absceso hepático	17,00	7,00
47350	Manejo de hemorragia hepática, sutura simple de herida o lesión hepática	17,00	13,00
47360	Manejo de hemorragia hepática, sutura complicada de herida o lesión hepática con o sin ligadura de arteria hepática	22,00	13,00
47361	Exploración de herida hepática, debridacion extensa, coagulación y/o sutura, con o sin empaquetamiento de hígado	40,00	13,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
47362	Reexploracion de herida hepática para extracción de empaquetamiento.	14,50	13,00
47370	Laparoscopia quirúrgica, ablación de uno o más tumores hepáticos, por radiofrecuencia.	17,00	7,00
47371	Laparoscopia quirúrgica, ablación de uno o más tumores hepáticos, por criocirugía	16,00	7,00
47379	Procedimientos laparoscópicos no listado de hígado.	-	7,00
47380	Ablación abierta, de uno o más tumores hepáticos por radiofrecuencia.	19,90	7,00
47381	Ablación abierta, de uno o más tumores hepáticos por criocirugía.	19,70	7,00
47382	Ablación percutánea, de uno o más tumores hepáticos por radiofrecuencia.	11,90	7,00
47399	Procedimientos no listados, hígado	CM (criterio medico)	7,00

TRACTO BILIAR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
47400	Hepaticotomia o hepaticostomia con exploración, drenaje, o extracción de cálculos	24,20	7,00
47420	Coledocotomia o coledocostomia con exploración, drenaje o extracción de cálculos, con o sin colecistotomia; sin esfinterectomia o esfinteroplastia transduodenal	21,90	7,00
47425	Coledocotomia o coledocostomia con exploración, drenaje o extracción de cálculos, con o sin colecistotomia; con esfinterectomia o esfinteroplastia transduodenal	25,90	7,00
47460	Esfinterectomia o esfinteroplastia transduodenal; con o sin extracción transduodenal de cálculos (procedimiento separado)	24,20	7,00
47480	Colecistotomia o colecistostomia con exploración, drenaje o extracción de cálculos (procedimiento separado)	14,40	7,00
47490	Colecistostomia percutánea	5,90	4,00
47500	Inyección para colangiografia transparietohepatica	2,40	4,00
47505	Inyección para colangiografia a través de catéter previo	2,70	3,00
47510	Introducción de catéter transhepatico percutáneo para drenaje biliar	8,10	4,00
47511	Introducción de stent transhepatico percutáneo para drenaje biliar interno o externo	11,70	4,00
47525	Cambio de catéter percutáneo para drenaje biliar	3,30	3,00
47530	Revisión y/o reinserción de tubo transhepatico	7,40	3,00
47550	Endoscopia biliar, intraoperatoria, coledocoscopia. (anote separadamente en adición al procedimiento primario)	5,50	0,00
47552	Endoscopia biliar, vía percutánea a través de tubo t u otro; diagnostica con o sin toma de muestras por cepillado y/o lavado (procedimiento separado)	4,80	4,00
47553	Endoscopia biliar, vía percutánea a través de tubo t u otro; con biopsia simple o múltiple	5,10	5,00
47554	Endoscopia biliar, vía percutánea a través de tubo t u otro; con extracción de cálculos	7,60	5,00
47555	Endoscopia biliar, vía percutánea a través de tubo t u otro; con dilatación de estenosis de conductos biliares, sin stent	6,30	5,00
47556	Endoscopia biliar, vía percutánea a través de tubo t u otro; con dilatación de estenosis de conductos biliares, con stent	7,00	5,00
47560	Laparoscopia quirúrgica, con guía por colangiografia transhepatica, sin biopsia.	5,00	7,00
47561	Laparoscopia quirúrgica, con guía por colangiografia transhepatica, con biopsia.	5,80	7,00
47562	Colecistectomía	18,50	7,00
47563	Colecistectomía con colangiografia.	20,80	7,00
47564	Colecistectomía con exploración del conducto biliar común.	26,00	7,00
47570	Colecistoenterostomia.	27,30	7,00
47579	Procedimientos laparoscópicos no listados del tracto biliar.	0,00	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
47600	Colecistectomía	16,30	7,00
47605	Colecistectomía con colangiografia	18,40	7,00
47610	Colecistectomía con exploración de conducto común	23,00	7,00
47612	Colecistectomía con coledocoenterostomia	24,20	7,00
47620	Colecistectomía con esfinterotomia o esfinteroplastia transduodenal, con o sin colangiografia	25,30	7,00
47630	Extracción de cálculos en conducto biliar, percutáneo, a través de tubo-t, con canasta o lazo	9,10	4,00
47700	Exploración de atresia congénita de conductos biliares, sin reparación, con o sin biopsia biliar, con o sin colangiografia	20,70	7,00
47701	Portoenterostomia	48,30	7,00
47711	Resección de tumor de conducto biliar, con o sin reparación primaria de conducto biliar, extrahepatico	27,50	7,00
47712	Resección de tumor de conducto biliar, con o sin reparación primaria de conducto biliar, intrahépatico	38,50	7,00
47715	Resección de quiste de colédoco	22,00	7,00
47720	Colecistoenterostomia; directa	16,50	7,00
47721	Colecistoenterostomia; con gastroenterostomía	20,90	7,00
47740	Colecistoenterostomia; en y de roux	18,70	7,00
47741	Colecistoenterostomia; en y de roux con gastroenterostomía	27,50	7,00
47760	Anastomosis de conductos biliares extrahepaticos y tracto gastrointestinal	23,10	7,00
47765	Anastomosis de conductos intrahepaticos y tracto gastrointestinal	22,00	7,00
47780	Anastomosis en y de roux, de conductos biliares extrahepaticos y tracto gastrointestinal	26,40	7,00
47785	Anastomosis en y de roux de conductos biliares intrahepaticos y tracto gastrointestinal	39,60	7,00
47800	Reconstrucción plástica, de conductos biliares extrahepaticos con anastomosis termino-terminal	24,20	7,00
47801	Colocación de stent en colédoco	12,10	7,00
47802	Hepaticoenterostomia con tubo en u	19,80	7,00
47900	Sutura de conducto biliar extrahepatico por lesión preexistente (procedimiento separado)	25,30	7,00
47999	Procedimientos no listados, tracto biliar	CM (criterio medico)	7,00

PÁNCREAS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
48000	Colocación de drenajes peripancreaticos por pancreatitis aguda	18,70	7,00
48001	Colocación de drenajes peripancreaticos por pancreatitis aguda con colecistostomia, gastrostomía y yeyunostomia	20,90	7,00
48020	Extracción de cálculos pancreáticos.	22,00	7,00
48100	Biopsia de páncreas, abierta, cualquier método (ejem. Aspiración por aguja fina, biopsia en cuna)	16,50	7,00
48102	Biopsia de páncreas con aguja percutánea.	3,90	4,00
48105	Resección o debridamiento de páncreas y tejido peripancreatico por pancreatitis aguda necrosante	40,00	7,00
48120	Resección de lesión de páncreas como quiste o adenoma.	19,30	7,00
48140	Pancreatectomia distal subtotal con o sin esplenectomía; sin pancreaticoyeyunostomia	22,00	8,00
48145	Pancreatectomia distal subtotal con o sin esplenectomía; con pancreaticoyeyunostomia.	26,40	8,00
48146	Pancreatectomia, distal, subtotal, con preservación de duodeno	33,00	8,00
48148	Resección simple de la ampolla de váter.	19,80	8,00
48150	Pancreatectomia proximal subtotal con duodenectomia total, gastrectomía parcial, coledocoenterostomia y gastroyeyunostomia (whipple); con pancreatoyeyunostomia	38,50	8,00
48152	Pancreatectomia proximal subtotal con duodenectomia total, gastrectomía	36,30	8,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	parcial, coledocoenterostomia y gastroyeyunostomia (whipple); sin pancreatoyeyunostomia		
48153	Pancreatectomia, proximal, subtotal con duodenectomia subtotal, coledocoenterostomia y duodenoyeyunostomia con pancreatoyeyunostomia	38,50	8,00
48154	Pancreatectomia, proximal, subtotal con duodenectomia subtotal, coledocoenterostomia y duodenoyeyunostomia sin pancreatoyeyunostomia	36,30	8,00
48155	Pancreatectomia total	26,40	8,00
48160	Pancreatectomia total o subtotal con trasplante autólogo de páncreas o islotes pancreáticos	-	8,00
48400	Inyección para pancreatografia intraoperatoria (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	2,40	0,00
48500	Marsupializacion de quiste pancreático.	16,50	7,00
48510	Drenaje externo de pseudoquiste del páncreas, abierto.	22,00	7,00
48511	Drenaje externo de pseudoquiste del páncreas, percutáneo	8,00	7,00
48520	Anastomosis interna de quiste pancreático al tracto gastrointestinal, directamente.	18,70	7,00
48540	Anastomosis interna de quiste pancreático al tracto gastrointestinal, directamente. Con una y - de - roux.	22,00	7,00
48545	Pancreatorrafia por trauma	20,40	7,00
48547	Exclusión duodenal con gastroyeyunostomia por trauma pancreático	28,10	7,00
48548	Pancreaticoyeyunostomia con anastomosis latero lateral (operación de puestow).	30,00	7,00
48550	Pancreatectomia de donante, (incluye preservación en frio) con o sin segmento duodenal para trasplante	30,00	7,00
48551	Preparación estándar de injerto de páncreas de donante cadavérico previo al trasplante, incluye disección de los tejidos blandos circundantes al trasplante, esplenectomía, duodenotomia, ligadura del conducto biliar, ligadura de los vasos mesentéricos, anastomosis arterial en y del injerto desde la arteria iliaca a la arteria mesentérica superior y la arteria esplénica.	36,00	0,00
48552	Reconstrucción de injerto de páncreas de donante cadavérico previo al trasplante, cada anastomosis venosa.	3,60	0,00
48554	Trasplante de aloinjerto pancreático	61,10	7,00
48556	Remoción de aloinjerto pancreático trasplantado	32,50	7,00
48999	Procedimientos no listados, páncreas	0,00	7,00

ABDOMEN, PERITÓNEO Y OMENTO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
49000	Laparotomía exploratoria, celiotomia exploratoria, con o sin biopsia, (procedimiento separado).	13,00	6,00
49002	Laparotomía exploratoria, reoperacion de laparotomía reciente.	13,50	6,00
49010	Laparotomía exploratoria, exploración del espacio retroperitoneal, con o sin biopsias. (Procedimiento separado).	15,50	6,00
49020	Drenaje de absceso peritoneal o peritonitis localizada, exclusivo de absceso apendicular, transabdominal.	12,00	6,00
49021	Drenaje de absceso peritoneal o peritonitis localizada, exclusivo de absceso apendicular, percutáneo	9,10	4,00
49040	Drenaje de absceso subdiafragmatico o subfrenico. Abierto	14,00	7,00
49041	Drenaje de absceso subdiafragmatico o subfrenico. Percutáneo	6,00	7,00
49060	Drenaje de absceso retroperitoneal; abierto.	12,00	6,00
49061	Drenaje de absceso retroperitoneal; percutáneo	5,50	3,00
49062	Drenaje de linfocele extraperitoneal a la cavidad peritoneal, abierto	15,60	6,00
49080	Peritoneocentesis, paracentesis abdominal o lavado peritoneal, (diagnostico, terapéutico), inicial.	1,50	4,00
49081	Peritoneocentesis, paracentesis abdominal o lavado peritoneal, (diagnostico, terapéutico), subsecuente.	1,30	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
49180	Biopsia con agua percutánea de masa retroperitoneal o abdominal.	3,00	5,00
49203	Remoción o destrucción abierta de tumores, quistes o endometriomas intraabdominales siendo el tumor más grande de 5 0 o menos	18,30	7,00
49204	Remoción o destrucción abierta de tumores, quistes o endometriomas intraabdominales siendo el tumor más grande de 5 a 10 0 de diámetro	23,30	7,00
49205	Remoción o destrucción abierta de tumores, quistes o endometriomas intraabdominales siendo el tumor más grande más de 10 0 de diámetro	26,70	7,00
49215	Escisión de tumor presacro o sacrococcigeo.	18,20	10,00
49220	Laparotomía para estadiaje por enfermedad de hodgking o linfoma (incluye esplenectomía, biopsias con aguja o abiertas de hígado y de nódulos abdominales y/o medula ósea, reposicionamiento de ovario).	24,20	7,00
49250	Onfalectomia, resección del ombligo.(procedimiento separado)	8,80	6,00
49255	Omentectomia o resección de omento.	11,00	7,00
49320	Laparoscopia diagnostica de abdomen, peritoneo, omento, con o sin colección de espécimen (es), por cepillado o lavado (procedimiento separado).	10,40	6,00
49321	Laparoscopia quirúrgica con biopsia (única o múltiple).	10,00	6,00
49322	Laparoscopia quirúrgica con aspiración de cavidad o quiste (ej.: quiste de ovario) (única o múltiple).	10,00	6,00
49323	Laparoscopia quirúrgica con drenaje de linfocele a la cavidad peritoneal.	15,60	6,00
49324	Laparoscopia quirúrgica con inserción de cánula/catéter intraperitoneal permanente	10,20	6,00
49325	Laparoscopia quirúrgica con revisión de catéter insertado previamente y remoción de material intraluminal obstructivo si se realiza.	10,40	6,00
49326	Laparoscopia quirúrgica con omentopexia. Anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario.	5,00	6,00
49327	Laparoscopia quirúrgica: con implante	3,60	6,00
49329	Procedimientos laparoscópicos no listados de abdomen peritoneo y omento.	CM (criterio medico)	6,00
49400	Inyección de aire o contraste dentro de la cavidad peritoneal (procedimiento separado)	1,20	4,00
49402	Extracción de cuerpo extraño en cavidad peritoneal.	15,00	6,00
49411	Colocación de instrumento intersticial para terapia de radiación guiada, (ej.: marcadores fiduciales dosímetro), percutánea intraabdominal, intrapèlvica (excepto próstata) y/o retro peritoneo simple o múltiple.	3,00	6,00
49412	Colocación de instrumento intersticial para terapia de radiación guiada, (ej., marcadores fiduciales y dosímetro) abierta intraabdominal, intrapèlvica y/o retroperitoneal, incluye imágenes guidas, si requiere simple o múltiple (lístelo separadamente en adición al código primario).	2,30	0,00
49418	Inserción de catéter intraperitoneal (ej.: diálisis intraperitoneal, quimioterapia, manejo de ascitis) procedimiento completo, incluye imágenes guiadas, localización del catéter, inyección de contraste cuando se requiera, supervisión radiológica e interpretación, percutáneo.	6,40	6,00
49419	Inserción de cánula o catéter intraperitoneal, con reservorio subcutáneo, permanente (ej.: totalmente implantable).	5,10	6,00
49421	Inserción de cánula o catéter para drenaje o diálisis; permanente.	3,90	6,00
49422	Remoción de cánula o catéter intraperitoneal permanente	3,70	4,00
49423	Cambio de catéter de drenaje de absceso o quiste previamente puesto, bajo guía radiológica	3,50	4,00
49424	Inyección de contraste para exploración de absceso o quiste a través de catéter previamente puesto	2,00	4,00
49425	Inserción de shunt peritoneovenoso.	15,00	7,00
49426	Revisión de shunt peritoneo-venoso.	24,00	7,00
49427	Inyección (contraste para evaluación de shunt peritoneo-venoso colocado previamente	2,60	4,00
49428	Ligadura de shunt peritoneo-venoso	5,70	7,00
49429	Remoción de shunt peritoneo-venoso	9,20	7,00
49435	Inserción de extensión subcutánea a catéter intraperitoneal con salida en tórax. Anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario.	3,00	0,00
49436	Creación diferida de orificio de salida par segmento de catéter intraperitoneal.	5,00	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
49440	Inserción percutánea de tubo de gastrostomía, con guía fluoroscopia que incluye la inyección de contraste, impresión de imagen y reporte	4,00	6,00
49441	Inserción percutánea de tubo de duodenostomia o yeynostomia, con guía fluoroscopia que incluye la inyección de contraste, impresión de imagen y reporte	4,30	6,00
49442	Inserción percutánea de tubo de cecostomia u otro tubo colonico, con guía fluoroscopia que incluye la inyección de contraste, impresión de imagen y reporte	3,60	6,00
49446	Conversión de tubo de gastrostomía a tubo de gastroyeyunostomia con guía fluoroscopia que incluye la inyección de contraste, impresión de imagen y reporte	2,80	6,00
49450	Cambio de tubo de gastrostomía o yeyunostomia con guía fluoroscopia que incluye la inyección de contraste, impresión de imagen y reporte	1,10	6,00
49451	Cambio de tubo de duodenostomia o yeyunostomia con guía fluoroscopia que incluye la inyección de contraste, impresión de imagen y reporte	1,60	6,00
49452	Cambio de tubo de gastroyeyunostomia con guía fluoroscopia que incluye la inyección de contraste, impresión de imagen y reporte	2,50	6,00
49460	Remoción mecánica de material obstructivo de tubo de gastrostomía, dudonestonomia yeyunostomia gastroyeyunostomia o cecostomia con guía fluoroscopia que incluye la inyección de contraste, impresión de imagen y reporte	0,80	6,00
49465	Inyección de contraste para evaluación radiológica de tubo de gastrostomía, duodenostomia, yeyunostomia, gastro yeyunostomia, o cecostomia con guía fluoroscopia que incluye la inyección de contraste, impresión de imagen y reporte	0,50	6,00
49491	Reparación de hernia inguinal inicial, infante pretermito (menos de 37 semanas de gestación al nacimiento), realizado desde el nacimiento hasta las 50 semanas post concepción, con o sin hidrocelectomia, reductible.	11,60	6,00
49492	Reparación de hernia inguinal inicial, infante pretermito (menos de 37 semanas de gestación al nacimiento), realizado desde el nacimiento hasta las 50 semanas post concepción, con o sin hidrocelectomia, incarcerada o estrangulada.	14,20	6,00
49495	Reparación de hernia inguinal inicial, niños a término, menores de 6 meses, o pretermito mayores de 50 semanas post concepción y menos de 6 meses al momento de la cirugía, con o sin hidrocelectomia, reducible	13,70	5,00
49496	Reparación de hernia inguinal inicial, niños a término, menores de 6 meses, o pretermito mayores de 50 semanas post concepción y menos de 6 meses al momento de la cirugía, con o sin hidrocelectomia, incarcerada o estrangulada	17,30	5,00
49500	Reparo de hernia inguinal, inicial de 6 meses a menos de 5 años, con o sin hidroselectomia; reducible	10,40	5,00
49501	Reparo de hernia inguinal, inicial de 6 meses a menos de 5 años, con o sin hidroselectomia; incarcerada o estrangulada	14,00	5,00
49505	Reparo de hernia inguinal inicial, de 5 años o más, reducible	9,80	4,00
49507	Reparo de hernia inguinal inicial, de 5 años o más, incarcerada o estrangulada	13,00	4,00
49520	Reparación de hernia inguinal recurrente, cualquier edad, reducible	12,70	4,00
49521	Reparación de hernia inguinal recurrente, cualquier edad, incarcerada o estrangulada	15,90	4,00
49525	Reparación de hernia inguinal por deslizamiento, cualquier edad	10,40	4,00
49540	Reparo de hernia lumbar.	11,80	6,00
49550	Reparo de hernia femoral , inicial, cualquier edad, reducible	10,20	4,00
49553	Reparo de hernia femoral , inicial, cualquier edad, incarcerada o estrangulada	13,50	4,00
49555	Reparo de hernia femoral , reducible	12,10	4,00
49557	Reparo de hernia femoral , incarcerada o estrangulada	15,30	4,00
49560	Reparo de hernia incisional, inicial, reducible.	13,20	6,00
49561	Reparo de hernia incarcerada o estrangulada	16,40	7,00
49565	Reparación de hernia incisional recurrente, reducible	15,00	6,00
49566	Reparación de hernia incarcerada o estrangulada	18,20	7,00
49568	Implantación de malla u otra prótesis para reparación de hernia incisional o ventral, o malla para cierre de debridamiento para remoción de tejido	2,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	necrótico infectado. (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario)		
49570	Reparo de hernia epigástrica, reducible, (procedimiento separado).	4,60	4,00
49572	Reparo de hernia epigástrica, incarcerada o estrangulada	7,80	4,00
49580	Reparación de hernia umbilical, menores de 5 años, reducible.	8,10	4,00
49582	Reparación de hernia umbilical, menores de 5 años, incarcerada o estrangulada	11,30	4,00
49585	Reparo de hernia umbilical, edad 5 años o más, reducible	9,20	4,00
49587	Reparo de hernia umbilical, edad 5 años o más, incarcerada o estrangulada	12,40	4,00
49590	Reparo de hernia spigeliana.	10,40	4,00
49600	Reparo de onfalocele pequeño con cierre primario.	12,10	7,00
49605	Reparo de onfalocele grande o gastroquisis con o sin prótesis.	29,90	7,00
49606	Reparo de onfalocele grande o gastroquisis con o sin prótesis. Con cierre escalonado con prótesis y reducción en la sala de operaciones	24,20	7,00
49610	Reparación de onfalocele, primer estadio. (tipo gross).	13,20	7,00
49611	Reparación de onfalocele. Segundo estadio.	13,20	7,00
49650	Laparoscopia quirúrgica para reparo de hernia inguinal inicial.	11,10	6,00
49651	Laparoscopia quirúrgica para reparo de hernia inguinal recurrente.	13,70	6,00
49652	Reparo laparoscópico de hernia ventral, umbilical, espigelian o epigástrica que es reducible (incluye la inserción de malla)	11,90	6,00
49653	Reparo laparoscópico de hernia ventral, umbilical, espigelian o epigástrica que es incarcelada o estrangulada	14,90	6,00
49654	Reparo laparoscópico de hernia incisional que es reducible (incluye la inserción de malla)	13,70	6,00
49655	Reparo laparoscópico de hernia incisional que es incarcelada o estrangulada (incluye la inserción de malla)	16,50	6,00
49656	Reparo laparoscópico de hernia incisional recurrente que es reducible (incluye la inserción de malla)	13,80	6,00
49657	Reparo laparoscópico de hernia incisional recurrente que es incarcelada o estrangulada (incluye la inserción de malla)	19,90	6,00
49659	Procedimientos laparoscópicos no listados, hernioplastia, herniorrafia, herniotomia.	0,00	6,00
49900	Sutura secundaria de pared abdominal por evisceración o dehiscencia.	7,40	6,00
49904	Flap de omento, extraabdominal, (ej. Para reconstrucción del esternón y defectos de la pared torácica)	15,40	13,00
49905	Flap de omento intraabdominal (para reconstrucción de defectos de pared torácica esternal). (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario)	12,60	0,00
49906	Colgajo libre de omento con anastomosis microvascular	32,00	7,00
49999	Procedimientos no listados de abdomen peritoneo y omento	CM (criterio medico)	7,00

SISTEMA URINARIO

RIÑÓN

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
50010	Exploración renal, sin otro procedimiento específico.	15,00	7,00
50020	Drenaje de absceso renal o perirrenal, abierto.	13,50	7,00
50021	Drenaje de absceso renal o perirrenal, percutáneo	5,00	6,00
50040	Nefrostomia, nefrotomia con drenaje.	18,00	7,00
50045	Nefrotomia, con exploración.	18,00	7,00
50060	Nefrolitotomia, extracción del cálculo.	20,00	7,00
50065	Reintervencion por cálculo.	25,00	7,00
50070	Complicada por anomalía renal congénita.	25,00	7,00
50075	Calculo coraliforme (incluye pielolitotomia anatrofica).	26,00	7,00
50080	Nefrostolitotomia o pielostolitotomia percutánea con o sin dilatación, endoscopia, litotripsia con canasta de extracción; hasta 2 cm	20,00	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
50081	Nefrostolitotomia o pielostolitotomia percutánea con o sin dilatación, endoscopia, litotripsia con canasta de extracción, sobre los 2 cm	23,00	7,00
50100	Sección o reubicación de vasos renales aberrantes (procedimientos separados).	16,30	15,00
50120	Pielotomia; con exploración.	19,00	7,00
50125	Pielotomia, con drenaje, pielostomia.	19,00	7,00
50130	Pielotomia, con extracción de cálculo (pielolitotomia, pelviolitotomia, incluyendo litotomía con coagulo).	20,00	7,00
50135	Pielotomia, complicada (ej. Reintervencion, anomalía renal congénita).	25,00	7,00
50200	Biopsia renal, percutánea; con trocar o aguja.	2,80	6,00
50205	Biopsia renal, percutánea; con exposición quirúrgica del riñón. (a cielo abierto)	9,60	7,00
50220	Nefrectomía, incluyendo ureterectomia parcial, cualquier vía de acceso incluyendo resección de costilla.	21,00	7,00
50225	Nefrectomía; complicada por reintervencion en el mismo riñón.	23,70	7,00
50230	Nefrectomía; radical, con linfadenectomia regional y/o trombectomia de vena cava.	32,50	7,00
50234	Nefrectomía con ureterectomia total y segmento vesical, por una misma incisión.	24,00	7,00
50236	Nefrectomía con ureterectomia total y segmento vesical; a través de una incisión separada.	28,00	7,00
50240	Nefrectomía parcial	24,00	7,00
50250	Ablación abierta de una o más masas renales crioquirurgica incluido ultrasonido intraoperatorio si se realiza	22,10	7,00
50280	Escisión o marsupializacion de quiste (s).	16,00	7,00
50290	Escisión de quiste perirenal.	16,00	6,00
50300	Nefrectomía de donante, (incluye preservación en frio) de donante cadavérico, unilateral o bilateral.	30,00	7,00
50320	Nefrectomía de donante, (incluye preservación en frio); abierta, de donante vivo,	32,50	7,00
50323	Preparación estándar de injerto de donante renal cadavérico, previo a trasplante, incluye disección y remoción de grasa perinefritica, sugesiones diafragmáticas y retroperitoneales, escisión de glándula suprarrenal, y preparación de uréter (es), vena (s) renal (es), y arteria (s) renal (es), con ligadura de las ramas que sean necesarias.	28,00	0,00
50325	Preparación estándar de injerto de donante renal vivo (abierta o laparoscópica), previo a trasplante, incluye disección y remoción de grasa perinefritica, preparación de uréter (es), vena (s) renal (es), y arteria (s) renal (es), ligadura de las ramas que sean necesarias.	30,00	0,00
50327	Reconstrucción de injerto renal de donante vivo o cadavérico, previo al trasplante, cada anastomosis venosa.	3,40	0,00
50328	Reconstrucción de injerto renal de donante vivo o cadavérico, previo al trasplante; cada anastomosis arterial	3,00	0,00
50329	Reconstrucción de injerto renal de donante vivo o cadavérico, previo al trasplante; cada anastomosis ureteral	2,80	0,00
50340	Nefrectomía del receptor (procedimiento separado).	25,00	7,00
50360	Alotransplante renal, implantación de injerto, sin incluir nefrectomía del donante o receptor.	37,50	10,00
50365	Alotransplante renal, implantación de injerto; con nefrectomía del receptor.	50,00	10,00
50370	Remoción del riñón trasplantado	20,00	7,00
50380	Autotransplante renal, reimplantación de riñón.	37,50	10,00
50382	Remoción (mediante asa) y recolocación de stent ureteral permanente a través de acceso percutáneo, incluido supervisión e interpretación radiológico	5,60	6,00
50384	Remoción (mediante asa) de stent ureteral mediante acceso percutáneo, incluido supervisión e interpretación radiológica	5,10	6,00
50385	Remoción y cambio de stent ureteral vía transuretral sin el uso de cistoscopia incluye supervisión radiológica e interpretación	4,10	6,00
50386	Remoción de stent ureteral vía transuretral sin el uso de cistoscopia incluye supervisión radiológica e interpretación	3,10	6,00
50387	Remoción y recolocación de stent ureteral transnefrico de acceso externo	2,00	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	(stent externo/interno), que requiere guía fluoroscopica, incluido supervisión e interpretación radiológica		
50389	Remoción de tubo de nefrostomia, que requiere fluoroscopia	1,10	6,00
50390	Aspiración y/o inyección de quiste renal o de la pelvis con aguja, percutánea.	2,50	6,00
50391	Instilación (es) de agente terapéutico en la pelvis renal y/o uréter, a través de nefrostomia establecida, pielostomia o tubo de ureterostomia (ej.: agente anticarcinogenico o antifungico).	1,60	5,00
50392	Introducción de catéter en la pelvis para drenaje y/o inyección, percutánea.	3,00	6,00
50393	Introducción de catéter o stent ureteral a través de la pelvis para drenaje y/o inyección percutáneo.	4,00	6,00
50394	Procedimiento de inyección para pielografia a través de tubo nefrostomia o pielostomia, o catéter ureteral.	0,30	5,00
50395	Introducción percutánea de guía dentro de la pelvis renal y/o uréter con dilatación para establecer un tracto para nefrostomia, percutánea.	5,00	6,00
50396	Estudios manométricos a través de tubo de nefrostomia o pielostomia, o catéter ureteral.	0,40	5,00
50398	Cambio de tubo de nefrostomia o pielostomia.	0,60	5,00
50400	Pieloplastia, (pieloplastia foley y)con o sin plastia de uréter, nefropexia, nefrostomia, pielostomia, o intubación ureteral; simple	23,50	7,00
50405	Complicada (anomalía renal congénita reintervencion, riñón único, calycoplastia).	26,00	7,00
50500	Nefrorrafia, sutura de herida o lesión renal.	22,00	7,00
50520	Cierre de fistula nefrocutanea o pielocutanea	22,50	6,00
50525	Cierre de fistula nefro-visceral (ej. Renocolica), incluyendo reparo de la víscera; vía abdominal.	24,00	7,00
50526	Cierre de fistula nefro-visceral (ej. Renocolica), incluyendo reparo de la víscera; vía de acceso torácica.	24,00	12,00
50540	Sinfisiotomia de riñón en herradura con o sin pieloplastia y/u otro procedimiento plástico, unilateral o bilateral (una operación)	27,50	7,00
50541	Laparoscopia quirúrgica, ablación de quistes renales.	23,40	7,00
50542	Laparoscopia quirúrgica; ablación de lesión (es) tipo masa renal.	15,40	7,00
50543	Laparoscopia quirúrgica; nefrectomía parcial	19,60	7,00
50544	Laparoscopia quirúrgica; pieloplastia	30,60	7,00
50545	Laparoscopia quirúrgica; nefrectomía radical (incluye la remoción de la fascia de gerota y el tejido graso circundante, remoción de los ganglios linfáticos regionales y adrenalectomía).	23,90	7,00
50546	Laparoscopia quirúrgica; nefrectomía, incluye ureterectomia parcial.	27,30	7,00
50547	Laparoscopia quirúrgica; nefrectomía del donante (incluye preservación en frio) de donante vivo.	42,30	7,00
50548	Laparoscopia quirúrgica; nefrectomía con ureterectomia total.	31,20	7,00
50549	Procedimientos laparoscópicos no listados del riñón.	CM (criterio medico)	7,00
50551	Endoscopia renal a través de nefrostomia o pielostomia establecidas, con o sin irrigación, instilación o ureteropielografia, excluye el servicio de radiología.	7,00	5,00
50553	Endoscopia renal a través de nefrostomia o pielostomia establecidas; con cateterización ureteral, con o sin dilatación de uréter.	7,60	5,00
50555	Endoscopia renal a través de nefrostomia o pielostomia establecidas; con biopsia.	7,80	5,00
50557	Endoscopia renal a través de nefrostomia o pielostomia establecidas; con fulguración y/o incisión, con o sin biopsia.	7,20	5,00
50561	Endoscopia renal a través de nefrostomía o pielostomia establecidas; con remoción de cuerpo extraño o cálculo.	9,10	5,00
50562	Endoscopia renal a través de nefrostomia o pielostomia establecidas; con resección de tumor.	8,40	7,00
50570	Endoscopia renal a través de nefrotomia o pielotomia, con o sin irrigación, instilación o ureteropielografia, excluye de servicio radiológico.	11,70	6,00
50572	Endoscopia renal a través de nefrotomia o pielotomia; con cateterización de uréter, con o sin dilatación de uréter.	12,70	6,00
50574	Endoscopia renal a través de nefrotomia o pielotomia; con biopsia.	13,70	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
50575	Endoscopia renal a través de nefrotomia o pielotomia; con endopielotomia (incluye cistoscopia, ureteroscopia, dilatación de uréter y unión pélvico ureteral, incisión de unión pélvico ureteral e inserción de stent de endopielotomia).	14,70	6,00
50576	Endoscopia renal a través de nefrotomia o pielotomia; con fulguración y/o incisión, con o sin biopsia.	13,60	6,00
50580	Endoscopia renal a través de nefrotomia o pielotomia; con remoción de cuerpo extraño o cálculo.	14,70	6,00
50592	Ablación de uno o más tumores renales, percutáneo, unilateral por radio frecuencia	7,40	6,00
50593	Ablación de uno o más tumores renales, percutáneo, unilateral por crioterapia	8,00	6,00

URETER

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
50600	Ureterotomia con exploración o drenaje (procedimientos separados)	18,50	7,00
50605	Ureterotomia para inserción de stent, todos los tipos.	18,50	7,00
50610	Ureterolitotomia; tercio superior	19,60	7,00
50620	Ureterolitotomia; tercio medio	18,50	6,00
50630	Ureterolitotomia; tercio inferior.	20,00	6,00
50650	Ureterectomia, con seguimiento vesical (procedimiento separado).	20,00	7,00
50660	Ureterectomia, total, uréter ectópico combinación de vía de acceso abdominal vaginal y/o perineal.	28,00	7,00
50684	Procedimiento de inyección para ureterografia o ureteropielografia a través de ureterostomia o catéter ureteral.	0,40	5,00
50686	Estudios manométricos a través de ureterostomia o catéter ureteral.	0,50	5,00
50688	Cambio de tubo de ureterostomia.	1,30	6,00
50690	Procedimiento de inyección para visualización del conducto ileal y/o ureteropielografia, exclusivo de servicio de radiología.	0,50	4,00
50700	Ureteroplastia, ej. : Estrechez.	20,00	7,00
50715	Ureterolisis, con o sin reubicación del uréter por fibrosis retroperitoneal.	18,00	7,00
50722	Ureterolisis por síndrome de la vena ovárica.	14,00	6,00
50725	Ureterolisis por uréter retrocavo, con reanastomosis del tracto urinario superior o de la vena cava.	25,00	7,00
50727	Revisión de anastomosis urinario-cutánea (cualquier tipo de urostomia)	14,10	6,00
50728	Revisión de anastomosis urinario-cutánea (cualquier tipo de urostomia); con reparación de defecto fascial y hernia.	16,10	6,00
50740	Ureteropielostomia, anastomosis de uréter y pelvis renal.	22,00	7,00
50750	Ureterocalicostomia, anastomosis de uréter a cáliz renal.	25,00	7,00
50760	Ureteroureterostomia	23,00	6,00
50770	Transureteroureterostomia, anastomosis de uréter a uréter contralateral.	24,50	7,00
50780	Ureteroneocistostomia, anastomosis de uréter único a vejiga.	22,30	6,00
50782	Anastomosis de los dos uréteres vejiga.	26,40	6,00
50783	Anastomosis de los dos uréteres vejiga; con tallado ureteral extenso.	27,70	6,00
50785	Anastomosis de los dos uréteres vejiga; con ligadura psoas-vesical o flap vesical.	24,50	6,00
50800	Ureteroenterostomia, anastomosis directa de uréter a intestino.	22,30	6,00
50810	Ureterosigmoidostomia; con creación de neovejiga con sigmoide además de colostomía abdominal o perineal incluyendo anastomosis del intestino.	31,50	6,00
50815	Ureterocolon, con anastomosis de intestino.	28,50	6,00
50820	Operación de bricker, conducto uretroileal (vejiga ileal), incluye anastomosis intestinal.	29,00	6,00
50825	Continente diverso, incluye anastomosis usando cualquier segmento de intestino delgado o grueso (kock pouch o camey entercistoplastia.	40,00	6,00
50830	Reversión derivación urinaria (bajada de conducto ureteroileal, ureterosigmoideostomia o ureteroenterostomia con ureteroureterostomia o ureteroneocistostomia.)	50,00	6,00
50840	Reemplazo de todo o parte de uréter por segmento de intestino,	29,00	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	incluyendo la anastomosis intestinal.		
50845	Apendice-vesicostomia cutánea.	29,00	6,00
50860	Ureterostomia cutánea.	18,10	7,00
50900	Ureterorrafia, sutura de uréter (procedimiento separado).	20,00	7,00
50920	Cierre de fistula ureterocutanea.	20,00	7,00
50930	Cierre de fistula uretero – visceral (incluye reparo visceral).	23,00	6,00
50940	Liberación de ligadura de uréter.	13,00	6,00
50945	Laparoscopia quirúrgica; ureterolitotomia.	25,40	6,00
50947	Ureteroneocistostomia con cistoscopia y colocación de stent ureteral.	25,70	6,00
50948	Ureteroneocistostomia sin cistoscopia y colocación de stent ureteral.	23,50	6,00
50949	Procedimientos laparoscópicos no listados de uréter.	0,00	6,00
50951	Endoscopia ureteral a través de ureterostomia establecida con o sin irrigación, instilación o ureteropielografia, exclusivo para servicio radiológico.	2,20	5,00
50953	Endoscopia ureteral a través de ureterostomia establecida con o sin irrigación, instilación o ureteropielografia, exclusivo para servicio radiológico; con cateterización ureteral, con o sin dilatación de uréter.	2,50	5,00
50955	Con biopsia.	2,50	5,00
50957	Endoscopia ureteral a través de ureterostomia establecida con o sin irrigación, instilación o ureteropielografia, exclusivo para servicio radiológico; con fulguración y/o incisión con o sin biopsia.	2,60	5,00
50961	Endoscopia ureteral a través de ureterostomia establecida con o sin irrigación, instilación o ureteropielografia, exclusivo para servicio radiológico; con remoción de cuerpo extraño o cálculo.	2,60	5,00
50970	Endoscopia ureteral a través de ureterotomia con o sin irrigación, instilación o uriteropielografia, exclusivo para uso radiológico.	2,30	6,00
50972	Endoscopia ureteral a través de ureterostomia establecida con o sin irrigación, instilación o ureteropielografia, exclusivo para servicio radiológico; con cateterización ureteral, con o sin dilatación de uréter.	2,60	6,00
50974	Endoscopia ureteral a través de ureterostomia establecida con o sin irrigación, instilación o ureteropielografia, exclusivo para servicio radiológico; con biopsia.	2,60	6,00
50976	Endoscopia ureteral a través de ureterostomia establecida con o sin irrigación, instilación o ureteropielografia, exclusivo para servicio radiológico; con fulguración y/o incisión, con o sin biopsia.	2,60	6,00
50980	Endoscopia ureteral a través de ureterostomia establecida con o sin irrigación, instilación o ureteropielografia, exclusivo para servicio radiológico; con remoción de cuerpo extraño o cálculo.	2,60	6,00

VEJIGA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
51020	Cistotomia; con fulguración y/o implantación de material radioactivo.	13,00	5,00
51030	Cistotomia; con criocirugía, destrucción de la lesión intravesical.	13,30	6,00
51040	Cistotomia con drenaje.	12,00	6,00
51045	Cistotomia con inserción de catéter ureteral o stent.	10,50	6,00
51050	Cistolitotomia, cistotomia con extracción de cálculos, sin resección de cuello vesical.	12,00	5,00
51060	Ureterolitotomia transvesical.	22,00	6,00
51065	Cistotomia, con extracción de cálculo con canastilla y/o fragmentación por ultrasonido o electrohidráulica.	22,00	6,00
51080	Drenaje de absceso peri o prevesical.	8,00	6,00
51100	Aspiración de vejiga con aguja	0,70	6,00
51101	Aspiración de vejiga con trocar o catéter	0,90	6,00
51102	Aspiración de vejiga con inserción de catéter suprapubico	4,20	6,00
51500	Extracción de quiste del uraco, con o sin reparo de hernia umbilical	14,00	6,00
51520	Cistotomia; escisión de cuello vesical. (procedimiento separado)	15,00	6,00
51525	Corrección de divertículo vesical, uno o múltiples (procedimiento separado	20,00	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
51530	Escisión de tumor vesical	15,00	6,00
51535	Cistotomia para extracción, incisión o reparo de ureterocele.	15,00	6,00
51550	Cistectomía, parcial simple.	17,00	6,00
51555	Cistectomía; complicado (post-irradiación reintervencion, localización difícil).	20,00	6,00
51565	Cistectomía, parcial, con reimplantación de uréter (es). En la vejiga	24,50	6,00
51570	Cistectomía, total (procedimiento separado).	25,50	8,00
51575	Cistectomía, total (procedimiento separado); con linfadenectomia pélvica bilateral incluyendo cadena iliaca externa, hipogástrica y obturadores.	37,50	8,00
51580	Cistectomía, total, con ureterosigmoidostomia o ureterostomia cutánea.	42,70	8,00
51585	Cistectomía, total, con ureterosigmoidostomia o ureterostomia cutánea; con linfadenectomia pélvica bilateral, incluyendo ganglios iliacos externos, hipogástricos y obturadores.	45,00	8,00
51590	Cistectomía total, con conducto ureteroilelal o vejiga sigmoidea, incluyendo anastomosis intestinal	45,00	8,00
51595	Cistectomía total, con conducto ureteroilelal o vejiga sigmoidea, incluyendo anastomosis intestinal; con linfadenectomia pélvica bilateral, incluyendo ganglios iliacos externos, hipogástricos y obturadores.	50,00	8,00
51596	Cistectomía completa con diversión continente, cualquier técnica usando cualquier segmento del intestino delgado o grueso para construir la nueva vejiga.	55,00	8,00
51597	Exenteracion pélvica completa, para cáncer vesical, prostático o uretral con extracción de vejiga y derivación urinaria, con o sin histerectomía y/o resección abdomino-perineal de recto con colostomía	48,00	8,00
51600	Inyección de sustancia de contraste para cistografía o uretrocistografia miccional.	0,30	3,00
51605	Inyección de sustancia y colocación de cadena para contraste de uretrocistografia.	0,40	3,00
51610	Inyección de contraste para uretrocistografia retrógrada	0,30	3,00
51700	Irrigación de la vejiga, única, lavado y/o instilación.	0,30	3,00
51701	Inserción de catéter vesical sin guía (ej.: cateterización para residuo urinario).	0,30	3,00
51702	Inserción de catéter vesical temporal, simple, (ej.: foley).	0,30	3,00
51703	Inserción de catéter vesical temporal, simple, (ej.: foley); complicada (ej.: anatomía alterada, catéter o balón fracturados).	0,60	3,00
51705	Cambio de tubo de cistostomia, simple.	0,70	4,00
51710	Cambio de tubo de cistostomia, complicado	3,30	4,00
51715	Introducción endoscópica de implante dentro de tejidos submucosos de la uretra y/o cuello vesical	5,00	3,00
51720	Instilación de agente anticarcinogeno en vejiga (incluye tiempo de detención).	0,80	3,00
51725	Cistometograma simple (0g) (ej. Manómetro espinal).	1,30	3,00
51726	Cistometrograma complejo (ej.: equipo electrónico calibrado).	1,60	0,00
51736	Uroflujometria simple	0,30	0,00
51741	Uroflujometria compleja. (ej.: equipo electrónico calibrado).	0,60	3,00
51784	Electromiografía para esfínter uretral o anal, diferente que con aguja	2,10	0,00
51785	Estudios electromiograficos (emg) del esfínter anal o uretral, con aguja	2,10	3,00
51792	Respuesta a estímulos evocados (ej.: medida del reflejo y tiempo latencia del reflejo bulbo-cavernoso).	3,00	0,00
51797	Medida de la presión intraabdominal (rectal, gástrica, intraperitoneal).	1,90	0,00
51798	Medición de residuo post-miccional y/o capacidad vesical por ultrasonido, sin imágenes.	0,20	0,00
51800	Cistoplastia o cistouretroplastia, operación plástica en vejiga y/o cuello vesical, cualquier procedimiento, con o sin resección en cuna de cuello vesical posterior	20,00	6,00
51820	Plastia de vejiga y uretra con reimplante uretral uni o bilateral.	30,00	6,00
51840	Vesicouretropexia anterior o uretropexia; simple	15,00	6,00
51841	Vesicouretropexia anterior o uretropexia; complicada (reintervencion).	18,00	6,00
51845	Suspensión del cuello vesical abdominal-vaginal, con o sin control endoscópico (ej.: cirugía pereira) stamey, raz.	20,00	6,00
51860	Cistorrafia, sutura de una herida de vejiga con ruptura, simple.	15,00	6,00
51865	Cistorrafia, sutura de una herida de vejiga con ruptura; complicada.	18,00	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
51880	Cierre de cistostomia.(procedimiento separado)	6,50	6,00
51900	Cierre de fistula vesico-vaginal, vía de acceso abdominal.	30,00	6,00
51920	Cierre de fistula vesico - uterina.	19,00	6,00
51925	Cierre de fistula vesico - uterina; con histerectomía.	27,50	6,00
51940	Corrección extrofia vesical.	45,00	6,00
51960	Enterocistoplastia, incluye anastomosis intestinal.	30,00	6,00
51980	Vesicostomia cutánea.	18,00	6,00
51990	Laparoscopia quirúrgica; suspensión uretral por incontinencia de esfuerzo.	15,60	6,00
51992	Operación en cabestrillo para incontinencia de esfuerzo (ej.: fascia o sintético).	18,20	6,00
51999	Procedimiento vesicales laparoscópicos no listados	CM (criterio medico	3,00
52000	Cistouretroscopia.	2,00	3,00
52001	Cistouretroscopia con irrigación y evacuación de múltiples coágulos obstructivos.	2,10	3,00
52005	Cistouretroscopia con cateterización uretral, con o sin irrigación, instilación, o ureteropielografia, en el servicio radiológico	3,00	3,00
52007	Cistouretroscopia con cateterización uretral, con o sin irrigación, instilación, o ureteropielografia, en el servicio radiológico; con biopsia por cepillado de uréter y/o pelvis renal	4,00	3,00
52010	Cistouretroscopia, con cateterización de conducto eyaculador, con o sin irrigación, instilación, o radiografía de conductos, en el servicio de radiología	3,00	3,00
52204	Cistouretroscopia con biopsia.	2,10	3,00
52214	Cistouretroscopia con fulguración, (incluyendo criocirugía o cirugía láser) de trígono, cuello de vejiga, fosa prostática, uretra y glándulas periuretrales.	2,10	3,00
52224	Cistouretroscopia, con fulguración o tratamiento de lesiones menores (menos de 0.5 cm con o sin biopsia).	2,10	3,00
52234	Cistouretroscopia, con fulguración (incluye criocirugía o cirugía láser) y/o resección de pequeños tumor (es) de vejiga (0.5 a 2 cm).	4,90	5,00
52235	Cistouretroscopia, con fulguración (incluye criocirugía o cirugía láser) y/o resección de medianos tumor (es) de vejiga (2 a 5 cm).	10,20	5,00
52240	Cistouretroscopia, con fulguración (incluye criocirugía o cirugía láser) y/o resección de grandes tumor (es) de vejiga	15,20	5,00
52250	Cistouretroscopia con implantación de material radioactivo con o sin fulguración o biopsia.	2,80	3,00
52260	Cistouretroscopia, con dilatación de vejiga por cistitis intersticial, con anestesia general o espinal	2,10	3,00
52265	Cistouretroscopia, con dilatación de vejiga por cistitis intersticial; con anestesia local.	2,10	3,00
52270	Cistouretroscopia con uretrotomia interna bajo visión directa, mujer.	2,10	3,00
52275	Cistouretroscopia con uretrotomia interna bajo visión directa; hombre.	2,50	3,00
52276	Cistouretroscopia con visión directa uretrotomia interna.	5,60	3,00
52277	Esfinterotomia interna.	6,00	3,00
52281	Cistouretroscopia con calibración y/o dilatación de estenosis uretral, con o sin meatotomia e inyección de contraste para cistografía; hombre o mujer.	3,00	3,00
52282	Cistouretroscopia , con inserción de stent uretral	6,00	3,00
52283	Cistouretroscopia con inyección de esteroides en la estenosis	2,80	3,00
52285	Cistouretroscopia para el tratamiento del síndrome uretral femenino con uno o todos de los siguientes procedimientos; meatotomia uretral dilatación uretral, uretrotomia interna, liberación de septum uretro-vaginal, incisiones laterales sobre el cuello vesical y fulguración de pólipos uretrales, cuello vesical y trígono.	2,10	3,00
52290	Cistouretroscopia; con meatotomia ureteral, unilateral o bilateral.	2,80	3,00
52300	Cistouretroscopia; con meatotomia ureteral, unilateral o bilateral; con resección o fulguración de ureteroceles uni o bilateral.	4,20	3,00
52301	Cistouretroscopia; con meatotomia ureteral, unilateral o bilateral; con resección o fulguración de ureterocele (s) ectópico (s) uni o bilateral.	4,60	3,00
52305	Cistouretroscopia; con meatotomia ureteral, unilateral o bilateral ; con incisión o resección del orificio de divertículo vesical, único o múltiple	4,20	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
52310	Cistouretroscopia, con extracción de cuerpo extraño, stent o cálculo de uretra o vejiga; simple. (procedimiento separado)	2,80	3,00
52315	Cistouretroscopia, con extracción de cuerpo extraño, stent o cálculo de uretra o vejiga; complicado.	5,30	3,00
52317	Litolapaxia, fragmentación de cálculos por cualquier método en vejiga y remoción de fragmentos, simple, (pequeños, menos de 2.5 0).	7,00	3,00
52318	Litolapaxia, fragmentación de cálculos por cualquier método en vejiga y remoción de fragmentos; complicado, grandes más de 2.5 cm	9,70	3,00

URETER Y PELVIS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
52320	Cistouretroscopia (incluyendo cateterización ureteral) extracción endoscópica de cálculo ureteral.	5,30	5,00
52325	Cistouretroscopia (incluyendo cateterización ureteral) extracción endoscópica de cálculo ureteral; con fragmentación de cálculos ureterales. (Ej. Ultrasonido o técnica electrohidráulica).	5,60	5,00
52327	Cistouretroscopia (incluyendo cateterización ureteral) extracción endoscópica de cálculo ureteral; con inyección subureterica de material de implante.	4,20	5,00
52330	Cistouretroscopia (incluyendo cateterización ureteral) extracción endoscópica de cálculo ureteral ; manipulación sin lograr extraer el calculo	3,50	5,00
52332	Cistouretroscopia, con implantación de férula ureteral (doble j. Gibbons).	5,00	3,00
52334	Cistouretroscopia con inserción ureteral de alambre guía a través del riñón para establecer una nefrostolitotomia percutánea retrograda.	4,20	6,00

CUELLO VESICAL Y PRÓSTATA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
52341	Cistouretroscopia; con tratamiento de estenosis ureteral (ej.: dilatación con balón, laser, electrocauterio e incisión).	9,10	3,00
52342	Cistouretroscopia; con tratamiento de estenosis de unión uretero pélvica (ej.: dilatación con balón, laser, electrocauterio e incisión).	9,20	3,00
52343	Cistouretroscopia; con tratamiento de estenosis intra renal. (ej.: dilatación con balón, laser, electrocauterio e incisión).	9,70	3,00
52344	Cistouretroscopia; cistouretroscopia con ureteroscopia; con tratamiento de estenosis ureteral (ej.: dilatación con balón, laser, electrocauterio e incisión).	9,80	3,00
52345	Cistouretroscopia; con tratamiento de estenosis de unión uretero pélvica (ej.: dilatación con balón, laser, electrocauterio e incisión).	9,90	3,00
52346	Cistouretroscopia; con tratamiento de estenosis intra renal. (ej.: dilatación con balón, laser, electrocauterio e incisión).	11,20	3,00
52351	Cistouretroscopia, con ureteroscopia y /o pieloscopia diagnostica.	10,65	3,00
52352	Cistouretroscopia; con remoción o manipulación de cálculo (cateterización ureteral incluida).	13,60	5,00
52353	Cistouretroscopia; con litotripsia (cateterización ureteral incluida).	15,30	5,00
52354	Cistouretroscopia; con biopsia y/o fulguración de lesión ureteral o en pelvis renal.	14,90	3,00
52355	Cistouretroscopia; con resección de tumor ureteral o en pelvis renal.	12,60	3,00
52400	Cistouretroscopia con incisión, fulguración o resección de valvas uretrales, posteriores congénitas o lechos mucosos hipertróficos obstructivos congénitos.	16,90	3,00
52402	Cistouretroscopia con resección transuretral o incisión de conductos eyaculadores.	4,40	3,00
52450	Incisión transuretral de la próstata.	11,00	3,00
52500	Resección transureteral de cuello vesical, (procedimiento separado).	10,00	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
52601	Resección transuretral electroquirurgica de la próstata, incluye control post-operatorio de sangrado, completo (vasectomía, meatotomia, cistouretroscopia, calibración ureteral y/o dilatación, uretrotomia interna, todo incluido)	20,00	5,00
52630	Resección transuretral de restos prostáticos; de reproducción de tejido obstructivo incluye el control de sangrado post operatorio, completo (vasectomía, meatotomia, cistouretroscopia, calibración uretral y/o dilatación, y uretrotomia interna).	20,00	5,00
52640	Resección transuretral de restos prostáticos; de contractura de cuello vesical post operatorio.	10,00	5,00
52647	Coagulación con láser de no-contacto, incluyendo control de sangrado posoperatorio, completa (vasectomía, meatotomia, cistouretroscopia, calibración uretral y/o dilatación y uretrotomia interna, todo incluido).	16,00	5,00
52648	Vaporización con láser de contacto con o sin resección transuretral de próstata, incluyendo control de sangrado posoperatorio, completo (vasectomía, meatotomia, cistouretroscopia, calibración uretral y/o dilatación y uretrotomia interna, todo incluido).	18,00	5,00
52649	Enucleación de próstata con láser incluye control de sangrado postoperatorio (vasectomía, meatotomia, cistouretroscopia, calibración uretral y/o dilatación, uretrotomia interna y resección transuretral de la próstata si es que se realiza	17,00	5,00
52700	Drenaje transuretral de absceso de próstata.	8,80	3,00

URETRA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
53000	Uretrotomia o uretrostomia, externa, uretra pendular (procedimiento separado).	2,40	3,00
53010	Uretrotomia o uretrostomia, externa; uretra perineal, externa.	7,20	3,00
53020	Meatotomia, (procedimiento separado), excepto en niños.	1,40	3,00
53025	Meatotomia, (procedimiento separado), infante.	0,50	3,00
53040	Drenaje de absceso periuretral profundo.	3,60	3,00
53060	Drenaje de absceso o quiste de la glándula de skene.	1,30	3,00
53080	Drenaje de extravasación urinaria perineal, no complicado (procedimiento separado)	5,20	3,00
53085	Drenaje de extravasación urinaria perineal; complicado.	15,60	3,00
53200	Biopsia de uretra.	1,40	3,00
53210	Uretrectomia total, incluyendo cistostomia, femenino.	15,40	3,00
53215	Uretrectomia total, incluyendo cistostomia; masculino.	20,10	3,00
53220	Extirpación o fulguración de carcinoma de la uretra.	11,00	3,00
53230	Extirpación de divertículo uretral; femenino. (procedimiento separado)	14,30	3,00
53235	Extirpación de divertículo uretral; masculino.	14,30	3,00
53240	Marsupializacion divertículo uretral masculino o femenino.	5,20	3,00
53250	Extirpación de glándula bulbo-uretral.	5,20	3,00
53260	Extirpación o fulguración de pólipos uretrales, uretra distal.	1,00	3,00
53265	Extirpación o fulguración de pólipos uretrales; carúncula uretral.	2,00	3,00
53270	Extirpación o fulguración de pólipos uretrales; glándula de skene.	2,00	3,00
53275	Prolapso uretral.	3,10	3,00
53400	Uretroplastia; primer tiempo para corrección de fistula, divertículo o estrechez ej.: tipo johannsen.	11,00	3,00
53405	Uretroplastia; segundo tiempo (formación de la uretra) incluyendo derivación urinaria	16,00	3,00
53410	Uretroplastia, reconstrucción de uretra anterior masculina.	17,60	3,00
53415	Uretroplastia para reconstrucción de uretra membranosa o prostática, transpubica o perineal, un estadio.	26,40	3,00
53420	Reconstrucción uretra prostática o membranosa; primer tiempo.	22,00	3,00
53425	Reconstrucción uretra prostática o membranosa; segundo tiempo.	20,00	3,00
53430	Uretroplastia reconstrucción de uretra femenina.	14,10	3,00
53431	Uretroplastia con tubularizacion de uretra posterior y/o vejiga baja por	18,90	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	incontinencia (ej.: procedimientos tipo tenago, leadbetter)		
53440	Cirugía para corrección de incontinencia urinaria masculina, con o sin implantación de prótesis.	20,00	6,00
53442	Extracción de prótesis perineal usada para incontinencia.	5,50	6,00
53444	Inserción de manguito en tandem (dual cuff)	13,60	3,00
53445	Operación para corrección de incontinencia urinaria con colocación de esfínter inflable uretral o vesical, incluye colocación de bomba y/o reservorio.	27,00	3,00
53446	Remoción de un esfínter de cuello vesical/uretral inflable, incluyendo bomba, reservorio y manguito.	12,60	3,00
53447	Remoción, reparación o recolocación de esfínter inflable, incluye bomba y reservorio.	14,00	3,00
53448	Remoción y recolocación de un esfínter de cuello vesical/uretral inflable, incluyendo bomba, reservorio y manguito, a través de un campo infectado, en el mismo momento operatorio, incluyendo irrigación y debridamiento del tejido infectado.	22,70	3,00
53449	Corrección quirúrgica de una anormalidad hidráulica del dispositivo del esfínter.	9,00	3,00
53450	Uretromeatoplastia con movilización de mucosa.	4,80	3,00
53460	Uretromeatoplastia con extirpación parcial de segmento distal de uretra (tipo richardson).	6,00	3,00
53500	Uretrolisis, transvaginal, secundaria, abierta, incluye cistouretroscopia (ej.: obstrucción postquirúrgica).	6,80	3,00
53502	Uretrorrafia, sutura de herida o lesión uretral; femenina.	12,20	3,00
53505	Uretrorrafia, sutura de herida o lesión, uretra peneana.	12,20	3,00
53510	Uretrorrafia, sutura de herida o lesión, uretra perineal.	13,50	3,00
53515	Uretrorrafia, sutura de herida o lesión, prostatomembranosa	20,00	3,00
53520	Cierre de uretrostomia o fistula uretrocutanea; masculino (procedimiento separado).	6,00	3,00
53600	Dilatación uretral por paso de sonda o dilatador uretral, masculino; primera vez.	0,50	3,00
53601	Dilatación uretral por paso de sonda o dilatador uretral, masculino; subsiguientes.	0,40	3,00
53605	Dilatación de estrechez uretral o cuello vesical con sonda o dilatadores uretrales, masculino; con anestesia general o espinal	1,70	3,00
53620	Dilatación de estrechez uretral masculina con filiforme, primera vez, masculino.	0,90	3,00
53621	Dilatación de estrechez uretral masculina con filiforme; subsiguientes.	0,60	3,00
53660	Dilatación de uretra femenina incluyendo supositorio y/o instilación, inicial.	0,50	3,00
53661	Dilatación de uretra femenina incluyendo supositorio y/o instilación, subsiguientes.	0,40	3,00
53665	Dilatación de uretra femenina, con anestesia, general o espinal.	1,30	3,00
53850	Destrucción transuretral de tejido prostático, por termoterapia con microondas	11,00	5,00
53852	Destrucción transuretral de tejido prostático, con termoterapia de radiofrecuencia	11,50	5,00
53855	Inserción de catéter uretral temporal,	1,80	5,00
53860	Radiofrecuencia transuretral, con micro remodelación de cuello de la vejiga femenino y uretra proximal para incontinencia urinaria por estrés	6,40	6,00
53899	Procedimientos no listados - sistema urinario	CM (criterio medico)	3,00

SISTEMA GENITAL MASCULINO

PENE

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
54000	Corte dorsal o ventral del prepucio recién nacido (procedimiento separado).	1,00	3,00
54001	Corte dorsal o ventral del prepucio; excepto recién nacido	1,80	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
54015	Incisión y drenaje de pene, profundo	1,70	3,00
54050	Destrucción de lesiones en pene (ej. Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple, por medio químico	0,50	3,00
54055	Destrucción de lesiones en pene (ej. Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple, por medio electrodisecación.	1,00	3,00
54056	Destrucción de lesiones en pene (ej. Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple, por medio criocirugía	1,00	3,00
54057	Destrucción de lesiones en pene (ej. Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple, por medio cirugía láser.	2,00	3,00
54060	Destrucción de lesiones en pene (ej. Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), simple, por medio extirpación quirúrgica.	2,00	3,00
54065	Destrucción de lesiones en pene (ej. Condiloma, papiloma, molusco contagioso, vesícula herpética), extenso, cualquier método.	2,70	3,00
54100	Biopsia pene, (procedimiento separado).	0,70	3,00
54105	Estructuras profundas.	1,40	3,00
54110	Extirpación de placa peneana (enfermedad de peyroine).	10,00	3,00
54111	Extirpación de placa peneana (enfermedad de peyroine); con injerto a 5 cm de extensión.	22,20	3,00
54112	Extirpación de placa peneana (enfermedad de peyroine); con injerto mayor que 5 cm en extensión.	24,60	3,00
54115	Extracción de cuerpo extraño de tejido peneano profundo ej. Prótesis.	6,60	3,00
54120	Penectomia parcial.	12,00	3,00
54125	Penectomia total.	20,00	4,00
54130	Penectomia, radical; con linfadenectomia inguino-femoral bilateral.	28,00	6,00
54135	Incluye linfadenectomia pélvica bilateral, ganglios iliacos externos, hipogástricos y obturadores.	34,00	8,00
54150	Circuncisión, usando clamp u otro medio, recién nacido.	1,70	3,00
54160	Circuncisión en recién nacido; escisión quirúrgica. Diferente a clamp o dispositivo dorsal.	0,70	3,00
54161	Circuncisión escisión quirúrgica. Diferente a clamp o dispositivo dorsal. Excepto recién nacido.	2,70	3,00
54162	Lisis o escisión de adherencias peniles post circuncisión.	4,00	3,00
54163	Reparo de circuncisión incompleta.	3,70	3,00
54164	Frenulotomia del pene.	3,30	3,00
54200	Inyección para enfermedad de peyronie	0,70	3,00
54205	Inyección para enfermedad de peyronie; con exposición quirúrgica de placa.	6,50	3,00
54220	Irrigación de cuerpos cavernosos por priapismo.	1,80	3,00
54230	Inyección de contraste para cavernosografia corporal.	1,00	3,00
54231	Cavernosometria dinámica, incluye inyección intracavernosa de drogas vasoactivas (ej. Papaverina, fentolamina).	2,80	3,00
54235	Inyección del cuerpo cavernoso con agentes farmacológicos (ej.: papaverina, fentolamina).	1,00	3,00
54240	Pletismografia peneana.	1,00	0,00
54250	Tumescencia nocturno del pene y/o test de rigidez.	2,00	0,00
54300	Cirugía plástica de pene para enderezamiento de chordee con (ej. Hipospadias) con o sin movilización de uretra.	9,60	3,00
54304	Cirugía plástica del pene para corrección de chordee o para el primer paso en la corrección de hipospadias, con o sin trasplante de prepucio y/o colgajos de piel.	14,00	3,00
54308	Uretroplastia para segundo estadio de reparación de hipospadias, menos de 3 0 (incluye derivación urinaria)...	14,00	3,00
54312	Uretroplastia para segundo estadio de reparación de hipospadias; mayor que 3 0s.	16,00	3,00
54316	Uretroplastia para reparación en segundo estadio de hipospadias (incluye derivación urinaria) con injerto libre de piel obtenida de otra parte que no sea genital.	18,00	3,00
54318	Uretroplastia reparación de tercer estadio de hipospadias para liberación del pene de escroto (ej. Tercer estadio de la reparación de cecil).	10,00	3,00
54322	Reparación en un solo paso de hipospadias distal (con o sin circuncisión o cordee), con avance simple meatal (ej. Maggi, v-flap).	12,00	3,00
54324	Reparación en un solo paso de hipospadias distal (con o sin circuncisión	14,00	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	o cordee); con uretroplastia por colgajos de piel locales (ej.: flip-flap, colgajo prepucial).		
54326	Reparación en un solo paso de hipospadias distal (con o sin circuncisión o cordee), con uretroplastia por colgajos de piel local y movilización de uretra.	16,00	3,00
54328	Reparación en un solo paso de hipospadias distal (con o sin circuncisión o cordee); con disección extensa y uretroplastia con colgajos de piel locales, parche con injerto de piel, y/o islas de colgajos.	20,50	3,00
54332	Reparación de hipospadias proximal de pene o penoescrotal, un estadio, requiriendo disección extensa para corregir cordee y uretroplastia con uso de injertos de piel en tubo y/o en isla.	23,00	3,00
54336	Reparación de hipospadias perineal, un estado, requiriendo extensa disección para corregir cordee y uretroplastia, usando injertos de piel en tubo y colgajos en isla.	26,50	3,00
54340	Reparación de complicaciones de hipospadias, (ej. Fistula, divertículo) por cierre, incisión o escisión, simple.	10,50	3,00
54344	Reparación de complicaciones de hipospadias, (ej. Fistula, divertículo) por cierre, incisión o escisión, simple.; requiriendo movilización de colgajos de piel y uretroplastia con injertos o colgajos.	16,00	3,00
54348	Requiriendo disección extensa y uretroplastia con colgajos o injertos en tubo. (incluye derivación urinaria)	20,00	3,00
54352	Reparación de hipospadias cripple requiriendo disección extensa y escisión de estructuras construidas previamente, incluyendo reliberacion de cordee y reconstrucción de pene y uretra usando piel como injertos locales y en isla y piel traída como colgajos e injertos.	33,50	3,00
54360	Corrección de angulación peneana.	6,00	3,00
54380	Reparación de hipospadias cripple requiriendo disección extensa y escisión de estructuras construidas previamente, incluyendo reliberacion de cordee y reconstrucción de pene y uretra usando piel como injertos locales y en isla y piel traída como colgajos e injertos. Corrección de epispadias, distal al esfínter externo.	9,60	3,00
54385	Reparación de hipospadias cripple requiriendo disección extensa y escisión de estructuras construidas previamente, incluyendo reliberacion de cordee y reconstrucción de pene y uretra usando piel como injertos locales y en isla y piel traída como colgajos e injertos.; con incontinencia.	12,00	3,00
54390	Con extrofia de la vejiga.	12,00	6,00
54400	Implantación de prótesis peneana, no inflable (semi rígida).	14,40	4,00
54401	Implantación de prótesis peneana; inflable.	16,80	4,00
54405	Inserción de prótesis de pene inflable (multi-componente), incluyendo colocación de bomba, cilindros y reservorios.	25,00	4,00
54406	Remoción de todos los componentes de una prótesis peneana inflable, multicomponente sin recolocación de prótesis.	12,40	3,00
54408	Reparo de componente (s) de una prótesis peneana inflable multicomponente.	13,00	4,00
54410	Remoción y recolocación de todos los componente (s) de una prótesis peneana inflable multicomponente, en el mismo acto operatorio.	15,40	4,00
54411	Remoción y recolocación de todos los componentes una prótesis peneana inflable multicomponente a través de un campo infectado, en el mismo acto operatorio, incluyendo irrigación y debridamiento del tejido infectado.	16,80	4,00
54415	Remoción de prótesis peneana no inflable (semi rígida) o inflable (autocontenido), sin recolocación de prótesis.	9,20	3,00
54416	Remoción y recolocación de prótesis peneana no inflable (semi rígida) o inflable (autocontenido), en el mismo acto operatorio	12,00	4,00
54417	Remoción y recolocación de prótesis peneana no inflable (semi rígida) o inflable (autocontenido), a través de un campo infectado, en el mismo acto operatorio, incluyendo irrigación y debridamiento del tejido infectado.	14,70	4,00
54420	Shunt safeno-cavernoso (priapismo) para priapismo uni o bilateral).	15,00	3,00
54430	Shunt caverno-esponjoso uni o bilateral para priapismo.	15,00	3,00
54435	Fistulización de las glándulas del cuerpo cavernoso por priapismo.	3,60	3,00
54440	Cirugía plástica de pene por trauma.	0,00	3,00
54450	Lisis de adherencias prepuciales.	0,80	3,00

TESTÍCULO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
54500	Biopsia de testículo con aguja. (Procedimiento separado).	0,40	3,00
54505	Biopsia de testículo, abierta (procedimiento separado).	4,00	3,00
54512	Extirpación de lesión extraparenquimatosa de testículo.	9,30	3,00
54520	Orquiectomia simple, (incluye subcapsular) con o sin prótesis testicular, vía escrotal o inguinal.	7,60	3,00
54522	Orquiectomia parcial.	10,60	3,00
54530	Orquiectomia radical por tumor; entrada inguinal.	11,40	4,00
54535	Orquiectomia radical por tumor; entrada inguinal.; con exploración abdominal.	14,40	6,00
54550	Exploración por testículo no descendido (entrada inguinal y escrotal).	10,00	4,00
54560	Exploración abdominal por criptorquidea unilateral.	13,80	6,00
54600	Corrección de torsión testicular, quirúrgica, con o sin fijación de testículo contralateral	13,00	4,00
54620	Fijación de testículo contralateral. (procedimiento separado)	3,70	4,00
54640	Orquidopexia, con o sin corrección de hernia	13,20	4,00
54650	Orquidopexia, abordaje abdominal, para testículo intrabdominal	22,80	6,00
54660	Implantación de prótesis testicular unilateral.	4,60	3,00
54670	Sutura o reparación por trauma testicular	9,20	3,00
54680	Trasplantación de testículo(s) en el muslo por destrucción del escroto.	11,50	3,00
54690	Laparoscopia quirúrgica, orquiectomia.	16,30	6,00
54692	Orquidopexia por testículo intraabdominal.	14,30	6,00
54699	Procedimientos laparoscópicos no listados de testículo.	CM (criterio medico)	6,00

EPIDÍDIMO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
54700	Incisión y drenaje de absceso o hematoma de epidídimo, testículo y/o escroto.	1,40	3,00
54800	Biopsia del epidídimo, aguja	0,30	3,00
54830	Extirpación de lesión local del epidídimo.	7,20	3,00
54840	Espermatocelectomia con o sin epididimectomia	9,20	3,00
54860	Epididimectomia unilateral.	9,20	3,00
54861	Epididimectomia; bilateral.	13,80	3,00
54865	Exploración del epidídimo con o sin biopsia.	8,00	3,00
54900	Epididimovasostomia (anastomosis de epidídimo a deferente) unilateral.	20,00	3,00
54901	Epididimovasostomia (anastomosis de epidídimo a deferente) bilateral.	30,00	3,00

TÚNICA VAGINALIS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
55000	Punción aspiración de hidrocele, túnica vaginalis, con o sin inyección de medicación.	0,30	3,00
55040	Hidrocelectomia, unilateral.	9,20	3,00
55041	Hidrocelectomia, bilateral.	13,80	3,00
55060	Reparación de túnica vaginales por hidrocele	7,00	3,00

ESCROTO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
55100	Drenaje de absceso escrotal.	0,80	3,00
55110	Exploración escrotal	6,50	3,00
55120	Retiro de cuerpo extraño escrotal.	3,30	3,00
55150	Resección de escroto.	3,60	3,00
55175	Escrotoplastia simple.	9,60	3,00
55180	Escrotoplastia complicada.	14,40	3,00

VASO DEFERENTE

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
55200	Vasotomia, canalización con o sin incisión del deferente uni o bilateral. (procedimiento separado)	4,30	3,00
55250	Vasectomía.	5,40	3,00
55300	Vasotomia para vasogramas, vesiculograma seminal o epididimograma, unilateral o bilateral.	2,50	3,00
55400	Vaso – vasostomia, vaso – vasorrafia.	20,00	3,00
55450	Ligadura percutánea del deferente uni o bilateral. (procedimiento separado)	1,00	3,00

CORDÓN ESPERMÁTICO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
55500	Escisión de hidrocele de cordón espermática, unilateral. (procedimiento separado)	7,80	6,00
55520	Extirpación de lesión de cordón espermático. (procedimiento separado)	7,80	6,00
55530	Escisión de varicocele o ligadura de venas espermáticas por varicocele (procedimiento separado)	9,20	3,00
55535	Escisión de varicocele o ligadura de venas espermáticas por varicocele (procedimiento separado); entrada o aproximación abdominal.	10,90	6,00
55540	Escisión de varicocele o ligadura de venas espermáticas por varicocele (procedimiento separado); con herniorrafia.	10,90	4,00
55550	Laparoscopia quirúrgica con ligadura de venas espermáticas por varicocele.	10,40	6,00
55559	Procedimientos laparoscópicos no listados de cordón espermático.	CM (criterio medico)	6,00

VESÍCULAS SEMINALES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
55600	Vesiculotomia;	7,70	6,00
55605	Vesiculotomia; complicada.	9,20	6,00
55650	Vesiculectomia; cualquier vía	23,00	6,00
55680	Extirpación de quiste conducto de muller.	23,00	6,00

PRÓSTATA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
55700	Biopsia prostática, aguja, única o múltiple, cualquier vía.	1,40	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
55705	Biopsia prostática, incisional, cualquier vía.	8,20	3,00
55706	Biopsia de la próstata con aguja transperineal, estereotáxica incluye la guía de imagen	6,60	3,00
55720	Prostatomia, drenaje externo e absceso prostático, cualquier vía, simple.	11,10	3,00
55725	Prostatomia, drenaje externo e absceso prostático, cualquier vía, complicada.	18,20	3,00
55801	Prostatectomía, perineal, subtotal (incluyendo control de hemorragia en el post-operatorio, vasectomía, meatotomia, calibración uretral, y/o dilatación o uretrotomia interna	22,00	6,00
55810	Prostatectomía, perineal, radical.	26,00	7,00
55812	Prostatectomía, perineal, radical.; con biopsia de nódulo linfático (linfadenectomia pélvica limitada).	28,50	7,00
55815	Prostatectomía, perineal, radical.; con linfadenectomia pélvica bilateral, incluyendo iliacos externos, hipogástricos y nódulos del obturador.	35,00	7,00
55821	Prostatectomía, suprapubica, subtotal (incluyendo control de hemorragia en el post-operatorio, vasectomía, meatotomia, calibración uretral, y/o dilatación o uretrotomia) una o dos etapas.	20,00	7,00
55831	Prostatectomía, retropubica, subtotal.	20,00	7,00
55840	Prostatectomía, retropubica, radical, con o sin respeto de nervios.	26,00	7,00
55842	Prostatectomía, retropubica, radical, con o sin respeto de nervios. Con biopsia de nódulo linfático (linfadenectomia pélvica limitada).	27,50	7,00
55845	Prostatectomía, retropubica, radical, con o sin respeto de nervios, retropubica, radical con linfadenectomia pélvica bilateral incluyendo cadenas iliacas externas, hipogástricas y obturadora.	35,00	7,00
55860	Exposición de la próstata por cualquier método para inserción de sustancia radioactiva.	14,00	6,00
55862	Exposición de la próstata por cualquier método para inserción de sustancia radioactiva. Con biopsia de nódulos linfáticos (linfadenectomia pélvica limitada).	20,00	6,00
55865	Exposición de la próstata por cualquier método para inserción de sustancia radioactiva. Con linfadenectomia pélvica bilateral, incluyendo nódulos iliacos externos, hipogástricos y obturadores.	30,00	6,00
55866	Laparoscopia quirúrgica, prostatectomía, retropubica radical, incluye debridamiento nervioso.	26,00	7,00
55870	Electroeyaculacion.	1,40	3,00
55873	Ablación crio quirúrgica de la próstata (incluye guía por ultrasonido para colocación de sonda intersticial crio quirúrgica).	32,00	3,00
55875	Colocación transperineal de agujas o catéteres dentro de la próstata para aplicación de radioisótopos intersticiales con o sin cistoscopia	20,00	3,00
55876	Colocación de dispositivo prostático intersticial para guía con terapia radioactiva (ej. Marcadores fiduciales, dosímetros) simples o múltiples	1,90	3,00
55899	Procedimientos no listados, sistema genital masculino	0,00	3,00
55920	Colocación de agujas o catéteres en órganos pélvicos o genitales excluyendo próstata, para la aplicación subsecuente de radioelementos intersticiales	7,30	3,00
55970	Cirugía de cambio de sexo masculino a femenino.	CM (criterio medico)	7,00
55980	Cirugía de cambio de sexo femenino a masculino.	CM (criterio medico)	7,00

SISTEMA GENITAL FEMENINO
VULVA, PERINÉ E INTROITO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
56405	Incisión y drenaje de abscesos perineales o de vulva	2,60	3,00
56420	Incisión y drenaje de abscesos de la glándula de bartolino	1,30	3,00
56440	Marsupializacion de quiste de glándula de bartolino.	5,20	3,00
56441	Lisis de lesiones labiales.	1,30	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
56442	Himenotomia, incisión simple	1,00	3,00
56501	Destrucción de lesiones vulva, simple, cualquier método	1,30	3,00
56515	Destrucción de lesiones vulva, extensa, cualquier método	5,20	3,00
56605	Biopsia de vulva o periné (procedimiento separado), una lesión	1,20	3,00
56606	Biopsia de vulva o periné (procedimiento separado), cada lesión adicional. (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario)	0,60	0,00
56620	Vulvectomia simple, parcial.	12,10	4,00
56625	Vulvectomia simple, completa.	17,10	4,00
56630	Vulvectomia radical parcial	16,10	7,00
56631	Vulvectomia radical parcial con linfadenectomia inguinofemoral unilateral	22,00	7,00
56632	Vulvectomia radical parcial, con linfadenectomia inguinofemroal bilateral	26,00	7,00
56633	Vulvectomia radical parcial, vulvectomia radical total	19,20	7,00
56634	Vulvectomia radical parcial, con linfadenectomia inguinofemoral unilateral	24,00	7,00
56637	Vulvectomia radical parcial, con linfadenectomia inguinofemroal bilateral	25,30	7,00
56640	Vulvectomia total más linfadenectomia inguino-pélvica bilateral, con vaciamiento inguinal y pélvica.	29,00	7,00
56700	Himenectomia parcial o revisión de anillo himenal	3,20	3,00
56740	Resección de glándula o quiste de bartolino	4,00	3,00
56800	Reparación plástica de introito.	4,50	3,00
56805	Clitoroplastia por intersexualidad	12,00	3,00
56810	Perineoplastia, reparación de perineo no obstétrico (procedimiento separado)	5,50	3,00
56820	Colpotomia con exploración.	1,20	4,00
56821	Colpotomia con exploración. Con biopsia (s)	1,60	3,00

VAGINA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
57000	Colpotomia exploratoria.	4,20	3,00
57010	Colpotomia para drenaje absceso pélvico.	6,60	4,00
57020	Colpocentesis (procedimiento separado)	0,80	3,00
57022	Incisión y drenaje de hematoma vaginal; obstétrico/post parto.	4,20	3,00
57023	Incisión y drenaje de hematoma vaginal; no obstétrico (ej.: post trauma, sangrado espontaneo)	4,20	3,00
57061	Destrucción de lesiones vaginales, simple cualquier método.	1,00	3,00
57065	Destrucción de lesiones vaginales; extensas, cualquier método.	4,20	3,00
57100	Biopsia de mucosa vaginal simple como procedimiento separado.	0,80	3,00
57105	Biopsia de mucosa vaginal extensa que requiere sutura, (incluye quistes).	1,60	3,00
57106	Vaginectomia, remoción parcial de la pared de la vagina	10,00	4,00
57107	Vaginectomia, con remoción de tejido paravaginal (vaginectomia radical)	18,00	4,00
57109	Vaginectomia, con remoción de tejido paravaginal (vaginectomia radical) con lifadenectomia pélvica bilateral total y muestras de ganglio paraaortico	22,00	6,00
57110	Vaginectomia completa, remoción completa de la pared vaginal	14,00	4,00
57111	Vaginectomia completa; con remoción de tejido paravaginal (vaginectomia radical)	22,00	4,00
57112	Vaginectomia completa; con remoción de tejido paravaginal (vaginectomia radical) con lifadenectomia pélvica bilateral total y muestras de ganglio paraaortico	24,00	6,00
57120	Colpoclisis de le fort.	13,50	4,00
57130	Extirpación de tabique vaginal.	5,00	3,00
57135	Extirpación de quiste o tumor vaginal.	3,70	3,00
57150	Irrigación de vagina y/o aplicación de medicamentos para el tratamiento de enfermedades : bacterianas, parasitarias y hongos	0,30	3,00
57155	Inserción de tandems uterinos y/o óvulos vaginales para braquiterapia clínica.	6,90	3,00
57156	Inserción de aparato vaginal, antes de la radiación, para braquiterapia	2,80	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	clínica.		
57160	Inserción de pesario vaginal u otro dispositivo de soporte vaginal	0,80	3,00
57170	Colocación de diafragma o gorra cervical.	1,00	3,00
57180	Introducción de algún agente hemostático por sangrado vaginal espontaneo o traumático, no obstétrico (procedimiento separado).	1,60	3,00
57200	Colporrafia sutura de laceración vaginal simple (no obstétrica).	7,80	4,00
57210	Colpoperineorrafia sutura de laceración de vagina y/o periné (no obstétrica)	8,50	4,00
57220	Plastia de esfínter uretral, vía vaginal, (kelly).	9,80	3,00
57230	Reparación plástica de uretrocele.	9,10	4,00
57240	Colporrafia anterior, corrección cistocele con o sin uretrocele	9,50	4,00
57250	Colporrafia posterior corrección rectocele con o sin perineorrafia.	8,80	4,00
57260	Colporrafia anterior y posterior.	14,30	4,00
57265	Colporrafia anterior y posterior; con corrección de enterocele.	16,00	4,00
57267	Inserción de prótesis para reparo de defecto en el piso pélvico, cada sitio (compartimiento anterior, posterior), acceso vaginal (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	4,50	0,00
57268	Reparación de enterocele, aproximación vaginal (procedimiento separado).	11,00	4,00
57270	Corrección de enterocele vía abdominal (muskowich), (procedimiento separado).	13,80	6,00
57280	Colpopexia, vía abdominal.	15,40	6,00
57282	Colpopexia, vaginal, acceso extra peritoneal (sacroespinoso, iliocoxigeo)	15,40	6,00
57283	Colpopexia, vaginal, acceso; acceso intra-peritoneal (uterosacro, miorrafia del elevador).	10,70	6,00
57284	Reparación de defecto paravaginal (incluye reparación de cistocele, incontinencia urinaria de estrés, y/o prolapso vaginal incompleto.	17,50	4,00
57285	Reparación de defecto paravaginal (incluye reparación de cistocele, incontinencia urinaria de estrés, y/o prolapso vaginal incompleto. Vía vaginal	10,60	4,00
57287	Remoción o revisión de suspensión para incontinencia urinaria de stress (ej.: fascia o sintética).	17,00	6,00
57288	Suspensión uretral para incontinencia urinaria de stress (ej.: fascia o sintética	18,20	6,00
57289	Operación de Pereira, incluye colporrafia anterior.	13,80	4,00
57291	Construcción de vagina artificial; sin injerto.	27,50	7,00
57292	Construcción de vagina artificial; con injerto.	34,00	7,00
57295	Revisión de injerto prostético vaginal; acceso vaginal	9,30	7,00
57296	Acceso abdominal abierto	19,00	7,00
57300	Cierre de fistula recto – vaginal, vía vaginal o transanal.	13,50	5,00
57305	Cierre de fistula recto – vaginal, vía abdominal.	17,50	6,00
57307	Cierre de fistula recto – vaginal, vía abdominal con concomitante colostomía.	19,50	6,00
57308	Cierre de fistula rectovaginal; vía transperineal, con reconstrucción de cuerpo perineal, con o sin plicacion del elevador.	15,00	5,00
57310	Cierre de fistula uretro - vaginal.	18,90	4,00
57311	Cierre de fistula uretro - vaginal; con trasplante bulbocavernoso.	6,10	4,00
57320	Cierre de fistula vesico – vaginal, vía vaginal.	19,50	6,00
57330	Aproximación vaginal y transvesical.	18,70	6,00
57335	Vaginoplastia para estado intersexual.	27,50	3,00
57400	Dilatación de vagina bajo anestesia.	2,00	3,00
57410	Examen pélvico bajo anestesia.	2,00	3,00
57415	Extracción de cuerpo extraño impactado en vagina bajo anestesia, (procedimiento separado).	1,70	3,00
57420	Colposcopia de toda la vagina, con cerviz, si está presente.	2,30	3,00
57421	Colposcopia de toda la vagina, con cerviz, si está presente. Con biopsia (s)	2,60	3,00
57423	Reparo de defecto paravaglnal laparoscópico (incluye reparo de cistocele si es que se realiza)	14,80	6,00
57425	Laparoscopia quirúrgica, colpopexia (suspensión del apex vaginal).	8,50	5,00
57452	Colposcopia de cerviz incluyendo vagina adyacente	2,30	6,00
57454	Colposcopia de cerviz incluyendo vagina adyacente, con biopsia (s) de	2,60	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	cérvix y/o curetaje endocervical.		
57455	Colposcopia de cerviz incluyendo vagina adyacente, con biopsia (s) de cérvix	2,60	3,00
57456	Colposcopia de cerviz incluyendo vagina adyacente, con curetaje endocervical	2,60	3,00
57460	Colposcopia de cerviz incluyendo vagina adyacente, con biopsia (s) por electrodo de asa, de cérvix.	4,10	3,00
57461	Colposcopia de cerviz incluyendo vagina adyacente, con conización de cérvix por electrodo de asa.	4,10	3,00

CERVIX UTERINO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
57500	Biopsia sencilla o múltiple con o sin fulguración o extirpación local de una lesión (procedimiento separado).	0,80	3,00
57505	Curetaje endocervical (no hecho como parte de dilatación y curetaje).	1,60	3,00
57510	Curetaje endocervical; con cauterización eléctrica o térmica del cuello.	0,80	3,00
57511	Criocauterio inicial o repetido.	2,00	3,00
57513	Ablación laser.	3,20	3,00
57520	Conizacion del cuello, con o sin fulguración, con o sin dilatación y curetaje, con o sin reparación; cuchillo frio o laser.	5,80	3,00
57522	Escisión por electrodo de asa	5,20	3,00
57530	Traquelectomia (cervicectomia) amputación de cérvix (procedimiento separado.)	5,80	3,00
57531	Cervicectomia radical, con linfadenectomia pélvica total bilateral y biopsia de ganglio paraaortico, con o sin remoción de trompas, con o sin remoción de ovarios	24,00	8,00
57540	Extirpación de muñón cervical, vía abdominal.	13,80	6,00
57545	Extirpación de muñón cervical, vía abdominal. Con reparación del piso pélvico.	17,30	6,00
57550	Extirpación de muñón cervical, vía vaginal.	13,80	6,00
57555	Extirpación de muñón cervical, vía vaginal. Con reparación anterior y/o posterior.	17,30	6,00
57556	Extirpación de muñón cervical, vía vaginal; con corrección de enterocele.	17,30	6,00
57558	Dilatación y curetaje del muñón cervical.	3,50	4,00
57700	Cerclaje de cérvix uterino, no obstétrico.	10,90	4,00
57720	Traquelorrafia, reparación plástica de cuello uterino, vía vaginal.	5,80	4,00
57800	Dilatación instrumental del canal cervical (procedimiento separado).	0,60	3,00

CUERPO UTERINO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
58100	Biopsia de endometrio, con o sin biopsia endocervical, sin dilatación cervical, cualquier método (procedimiento separado).	1,00	3,00
58110	Toma de biopsia endometrial realizada en conjunto con colposcopia. (Anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario).	0,50	0,00
58120	Dilatación y raspado, diagnostico o terapéutico (no obstétrico).	5,20	3,00
58140	Miomectomia, escisión de tumor (es) fibroide de útero, 1 a 4 mioma (s) intramural con un peso total de 250 gr o menos y/o remoción de miomas superficiales; vía abdominal.	13,80	6,00
58145	Miomectomia, escisión de tumor (es) fibroide de útero, 1 a 4 mioma (s) intramural con un peso total de 250 gr o menos y/o remoción de miomas superficiales; vía vaginal.	11,70	6,00
58146	Miomectomia, escisión de tumor (es) fibroide de útero, 5 o más mioma (s) intramural con un peso total de más de 250 gr; vía abdominal.	17,40	6,00
58150	Histerectomía total abdominal (cuerpo y cérvix), con o sin remoción de trompa (s), con o sin remoción de ovario (s).	19,60	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
58152	Histerectomía total abdominal (cuerpo y cérvix) con colpo uretrocistopexia (marshall marchetti- krantz, burch).	26,50	6,00
58180	Histerectomía supracervical abdominal (histerectomía subtotal)), con o sin remoción de trompa (s), con o sin remoción de ovario (s).	17,30	6,00
58200	Histerectomía abdominal total, incluye vaginectomia parcial, con toma de muestras de ganglios pélvicos y para-aórticos,), con o sin remoción de trompa (s), con o sin remoción de ovario (s).	30,00	6,00
58210	Histerectomía abdominal radical, con linfadenectomia pélvica bilateral total y toma de muestras de ganglios para-aórticos, con o sin salpingooforectomia uni o bilateral.	35,00	8,00
58240	Exenteracion pélvica por malignidad ginecológica, con histerectomía o cervicectomia abdominal total, con o sin salpingooforectomia uni o bilateral, con extirpación de vejiga y trasplantes ureterales y/o extirpación abdominoperineal de recto y colon y colostomía, o cualquier otra combinación.	44,00	8,00
58260	Histerectomía vaginal, útero de 250 gr o menos.	21,90	6,00
58262	Histerectomía vaginal, útero de 250 gr o menos. Con o sin remoción de trompa (s), con o sin remoción de ovario (s).	23,00	6,00
58263	Histerectomía vaginal, útero de 250 gr o menos. Con o sin remoción de trompa (s), con o sin remoción de ovario (s)., con reparo de enterocele	25,30	6,00
58267	Histerectomía vaginal, útero de 250 gr o menos. Con colpo-uretrocistopexia. (Marshall, marchetti, krantz Pereyra, con o sin control endoscópico).	25,30	6,00
58270	Histerectomía vaginal, útero de 250 gr o menos. Con corrección de enterocele.	23,00	6,00
58275	Histerectomía vaginal, con colpectomia parcial o total.	23,00	6,00
58280	Histerectomía vaginal, con colpectomia parcial o total. Con reparación de enterocele.	23,00	6,00
58285	Histerectomía vaginal radical (schauta).	24,00	6,00
58290	Histerectomía vaginal para útero mayor a 250 gr.	26,50	6,00
58291	Histerectomía vaginal para útero mayor a 250 gr. Con remoción de trompa (s) y/o ovario (s)	27,80	6,00
58292	Histerectomía vaginal para útero mayor a 250 gr. Con remoción de trompa (s) y/o ovario (s), con reparo de enterocele	30,40	6,00
58293	Histerectomía vaginal para útero mayor a 250 gr. Con colpouretrocistopexia (tipo marshall-marchetti-krantz, Pereyra) con o sin control endoscópico.	30,40	6,00
58294	Histerectomía vaginal para útero mayor a 250 gr. Con reparo de enterocele	27,80	6,00
58300	Inserción de dispositivos intrauterinos DIU.	1,50	3,00
58301	Retiro de dispositivo intrauterino DIU.	0,50	3,00
58321	Inseminación artificial; intracervical.	1,10	0,00
58322	Inseminación artificial; intrauterina.	1,40	0,00
58323	Lavado de esperma para inseminación artificial.	0,40	0,00
58340	Cateterización e introducción de solución salina o material de contraste para sonohisterografia o histerosalpongografia.	1,00	4,00
58345	Introducción transcervical de catéter en trompa de Falopio para diagnóstico y/o re-establecimiento de permeabilidad (cualquier método) con o sin histerosalpingografia.	6,40	4,00
58346	Inserción de capsulas de heyman para braquiterapia clínica.	7,30	4,00
58350	Cromointubacion de oviducto, incluye materiales.	2,00	4,00
58353	Ablacionendometrial térmica, sin guía histeroscopica.	4,50	3,00
58356	Crioablacion endometrial con guía de ultrasonido, incluye curetaje endometrial, cuando se realiza.	5,90	3,00
58400	Suspensión uterina con o sin acortamiento de ligamento redondo, con o sin acortamiento del ligamento sacro uterino, (procedimiento separado)	13,90	6,00
58410	Suspensión uterina con o sin acortamiento de ligamento redondo, con o sin acortamiento del ligamento sacro uterino, (procedimiento separado) con simpatectomia presacra.	19,00	6,00
58520	Histerorrafia, reparación de ruptura uterina (no-obstétrica).	12,70	6,00
58540	Histeroplastia, reparación de anomalía uterina (tipo strassman).	20,70	6,00
58541	Laparoscopia quirúrgica, histerectomía cervical para úteros de 250	17,00	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	gramos o menos		
58542	Laparoscopia quirúrgica, histerectomía cervical para úteros de 250 gramos o menos con remoción de trompa (s) y/o ovario (s).	18,50	6,00
58543	Laparoscopia quirúrgica, histerectomía cervical para úteros mayores de 250 gramos	19,00	6,00
58544	Laparoscopia quirúrgica, histerectomía cervical para úteros mayores de 250 gramos con remoción de trompa (s) y/o ovario (s).	20,00	6,00
58545	Laparoscopia quirúrgica, miomectomia; 1 a 4 miomas intramurales con un peso total de 250 gr o menos y/o remoción de miomas superficiales.	28,00	6,00
58546	Laparoscopia quirúrgica, miomectomia; 5 o más miomas intramurales y/o miomas intramurales con un peso mayor a 250 gr.	23,00	6,00
58548	Laparoscopia quirúrgica, con histerectomía radical, con linfadenectomia pélvica bilateral total y biopsia de nódulos paraaorticos; con remoción de trompas y ovarios si se realiza	35,00	6,00
58550	Laparoscopia quirúrgica, con histerectomía vaginal, para úteros de 250 gr o menos.	20,00	6,00
58552	Laparoscopia quirúrgica, con histerectomía vaginal, para úteros de 250 gr o menos. Con remoción de trompa (s) y/o ovario (s).	23,70	6,00
58553	Laparoscopia quirúrgica, con histerectomía vaginal, para úteros de más de 250 gr.	21,80	6,00
58554	Laparoscopia quirúrgica, con histerectomía vaginal, para úteros de más de 250 gr. Con remoción de trompa (s) y/o ovario (s).	25,70	6,00
58555	Histeroscopia diagnostica (procedimiento separado)	2,80	4,00
58558	Histeroscopia quirúrgica con toma de biopsias de endometrio y/o polipectomia con o sin d&c	4,20	4,00
58559	Histeroscopia quirúrgica con toma de biopsias de endometrio y/o polipectomia con o sin d&c con lisis de adherencias intrauterinas (cualquier método).	4,60	4,00
58560	Histeroscopia quirúrgica con toma de biopsias de endometrio y/o polipectomia con o sin d&c con división o resección de septum intrauterino (cualquier método).	5,20	4,00
58561	Histeroscopia quirúrgica con toma de biopsias de endometrio y/o polipectomia con o sin d&c con remoción de leiomioma.	5,70	4,00
58562	Histeroscopia quirúrgica con toma de biopsias de endometrio y/o polipectomia con o sin d&c con remoción de cuerpo extraño impactado	4,60	4,00
58563	Histeroscopia quirúrgica con toma de biopsias de endometrio y/o polipectomia con o sin d&c con ablación endometrial (ej.: resección endometrial, ablación electroquirurgica, termo ablación).	14,00	4,00
58565	Histeroscopia quirúrgica con toma de biopsias de endometrio y/o polipectomia con o sin d&c con canulacion bilateral de trompas para inducir oclusión mediante la colocación de implantes permanentes.	7,30	4,00
58570	Histerectomía total laparoscópica para útero de menos de 250 grs	14,70	4,00
58571	Histerectomía total laparoscópica para útero de menos de 250 grs con remoción de trompas y/o ovarios	16,00	4,00
58572	Histerectomía total laparoscópica para útero de más de 250 grs	18,20	4,00
58573	Histerectomía total laparoscópica para útero de más de 250 grs con remoción de trompas y/o ovarios	20,60	4,00
58578	Procedimientos laparoscópicos no listados de útero.	CM (criterio medico)	6,00
58579	Procedimientos histeroscopicos no listados de útero.	CM (criterio medico)	4,00

TROMPAS DE FALOPIO (OVIDUCTOS)

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
58600	Ligadura o sección de trompa (s) de Falopio, vía vaginal o abdominal, uni o bilateral.	11,50	6,00
58605	Corte o ligadura de las trompas de Falopio, vía abdominal o vaginal; durante el post-parto, unilateral o bilateral, durante la misma hospitalización (procedimiento separado).	8,60	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
58611	Ligadura o corte de las trompas de Falopio al realizar una cesárea o cirugía intraabdominal (no como procedimiento separado).(anote separadamente en adición al código del procedimiento primario)	4,00	0,00
58615	Oclusión de las trompas por medio de bandas, anillos, ganchos, vía vaginal o suprapubica.	9,70	6,00
58660	Laparoscopia quirúrgica; con lisis de adherencias (salpingolisis, ovariolisis) (procedimiento separado).	13,00	6,00
58661	Laparoscopia quirúrgica; con lisis de adherencias (salpingolisis, ovariolisis) (procedimiento separado). Con remoción de las estructural anexiales (ooforectomia parcial o total y/o salpingectomia).	14,70	6,00
58662	Laparoscopia quirúrgica; con lisis de adherencias (salpingolisis, ovariolisis) (procedimiento separado). Con fulguración o escisión de lesiones del ovario, víscera pélvica o superficie peritoneal, por cualquier método.	13,00	6,00
58670	Laparoscopia quirúrgica; con lisis de adherencias (salpingolisis, ovariolisis) (procedimiento separado). Con fulguración de oviductos (con o sin sección).	13,00	6,00
58671	Laparoscopia quirúrgica; con lisis de adherencias (salpingolisis, ovariolisis) (procedimiento separado). Con oclusión de oviductos por dispositivo (ej.: banda, clip o anillo).	13,00	6,00
58672	Laparoscopia quirúrgica; con lisis de adherencias (salpingolisis, ovariolisis) (procedimiento separado). Con fimbrioplastia.	13,70	6,00
58673	Laparoscopia quirúrgica; con lisis de adherencias (salpingolisis, ovariolisis) (procedimiento separado). Con salpingostomia (salpingoneostomia).	13,00	6,00
58679	Procedimientos laparoscópicos no listados de trompas, ovarios.	0,00	6,00
58700	Salpingectomia total o parcial, unilateral o bilateral (procedimiento separado)	11,40	6,00
58720	Salpingo - ooforectomia - total o parcial unilateral o bilateral (procedimiento separado)	17,00	6,00
58740	Lisis de adherencias (salpingolisis, ovariolisis)	19,00	6,00
58750	Reanastomosis tubarica.	24,20	6,00
58752	Implantación tubouterina.	19,00	6,00
58760	Fimbrioplastia.	19,60	6,00
58770	Salpingostomia (salpingoneostomia)	19,60	6,00

OVARIO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
58800	Drenaje de quiste de ovario, uni o bilateral, vía vaginal (procedimiento separado).	6,50	6,00
58805	Drenaje de quiste de ovario, uni o bilateral, vía abdominal.	13,80	6,00
58820	Drenaje de absceso ovárico, vía vaginal. Abierto.	6,50	6,00
58822	Drenaje de absceso ovárico, vía abdominal.	11,50	6,00
58823	Drenaje de absceso pélvico, con acceso transvaginal o transrectal , percutáneo (ej.: ovárico, pericolico)	4,00	4,00
58825	Transposición ovario (s).	13,80	6,00
58900	Biopsia de ovario unilateral o bilateral (procedimiento separado).	12,10	6,00
58920	Resección cuneiforme de ovario unilateral o bilateral.	12,70	6,00
58925	Cistectomía ovárica unilateral o bilateral.	12,70	6,00
58940	Ooforectomia parcial o total unilateral o bilateral.	12,70	6,00
58943	Ooforectomia parcial o total unilateral o bilateral. Para malignidad de ovarios, con biopsia de nódulos linfáticos pélvicos y para-aórticos, lavado peritoneal, biopsias peritoneales y valoración diafragmática con o sin salpingectomia, con o sin omentectomía.	23,00	6,00
58950	Resección de cáncer de ovario, tubaria o peritoneal primaria, con salpingooforectomia bilateral y omentectomía.	17,60	6,00
58951	Resección de cáncer de ovario, tubaria o peritoneal primaria, con salpingooforectomia bilateral y omentectomía. Con histerectomía abdominal total y linfadenectomia pélvica y para-aortica parcial.	27,50	8,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
58952	Resección de cáncer de ovario, tubaria o peritoneal primaria, con salpingooforectomia bilateral y omentectomía. Con disección radical por debulcacion (ej.: escisión radical o destrucción, tumores intraabdominales o retroperitoneales).	25,90	8,00
58953	Salpingoooforectomia bilateral con omentectomía, histerectomía total abdominal y disección radial para debulcacion.	33,10	8,00
58954	Salpingoooforectomia bilateral con omentectomía, histerectomía total abdominal y disección radial para debulcacion. Con linfadenectomia pélvica y linfadenectomia para aortica limitada	36,00	8,00
58956	Salpingoooforectomia bilateral con omentectomía, histerectomía total abdominal por cáncer.	26,00	8,00
58957	Resección (citoreduccion tumoral) de malignidad recurrente ovárica tubaria peritoneal primaria o uterina (tumores retroperitoneales, intraabdominales) con omentectomía si se realiza.	30,00	8,00
58958	Resección (citoreduccion tumoral) de malignidad recurrente ovárica tubaria peritoneal primaria o uterina (tumores con linfadenectomia pélvica y linfadenectomia para aortica limitada	32,00	8,00
58960	Laparotomía para "segunda mirada" de cáncer de ovarios, con o sin omentectomía, lavado peritoneal, biopsia de peritoneo abdominal y pélvico; valoración diafragmática y linfadenectomia paraaortica limitada.	26,70	6,00
58970	Punción de folículo y retiro del oocito, cualquier método.	11,00	6,00
58974	Transferencia del embrión, intrauterina.	9,00	3,00
58976	Transferencia de gameto o cigote a la trompa de Falopio, cualquier método.	12,00	6,00
58999	Procedimientos no listados, aparato genital femenino (no-obstétricos)	CM (criterio medico)	3,00

CUIDADO PRENATAL y PARTO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
59000	Amniocentesis; diagnostica.	1,00	4,00
59001	Amniocentesis; reducción terapéutica de líquido amniótico (incluye guía por ultrasonido)	3,00	4,00
59012	Cordocentesis (intrauterino) cualquier método.	4,00	4,00
59015	Muestra de vellocidades corionicas, cualquier método.	3,00	4,00
59020	Prueba con stress para contracción fetal	1,00	0,00
59025	Prueba sin stress	1,00	0,00
59030	Toma de muestra de sangre del cuero cabelludo fetal.	1,00	6,00
59050	Monitoreo fetal durante la labor de parto por medico consultado, con reporte escrito (procedimiento separado); supervisión e interpretación.	1,80	6,00
59051	Monitoreo fetal durante la labor de parto por medico consultado, con reporte escrito (procedimiento separado); solo interpretación.	1,40	6,00
59070	Amniotransfusion transabdominal, incluye guía por ultrasonido.	2,80	6,00
59072	Oclusión de cordón umbilical fetal, incluye guía por ultrasonido.	4,50	6,00
59074	Drenaje de líquido fetal (ej.: vesicocentesis, toracocentesis, paracentesis), incluye guía por ultrasonido.	2,80	6,00
59076	Colocación de shunt fetal, incluye guía por ultrasonido.	4,50	6,00
59100	Histerotomía, abdominal (ej. Para mola hidatiforme, aborto).	18,40	6,00
59120	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; tubarico u ovárico necesitándose salpingectomia y/o ooforectomia, vía abdominal o vaginal.	16,10	6,00
59121	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; embarazo tubarico u ovárico sin salpingectomia y/o ooferectomia.	16,10	6,00
59130	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; embarazo abdominal.	16,70	6,00
59135	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; embarazo intersticial o embarazo uterino que requiere histerectomía total.	20,10	6,00
59136	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; embarazo intersticial, uterino, con resección parcial de útero.	23,00	6,00
59140	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; cervical, con evacuación.	16,10	3,00
59150	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico; sin salpingectomia y/o	12,70	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	ooforectomia.		
59151	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico; con salpingectomia y/o ooforectomia	20,70	6,00
59160	Curetaje post parto, (procedimiento separado).	4,20	3,00
59200	Inserción de dilatador cervical (ej.: laminaria, prostaglandinas) (procedimiento separado).	2,40	3,00
59300	Episiotomía o reparación vaginal por otro que no es el médico que atiende.	2,10	3,00
59320	Cerclaje de cérvix durante el embarazo; vía vaginal	3,60	4,00
59325	Cerclaje de cérvix durante el embarazo; vía abdominal.	6,00	6,00
59350	Histerorrafia por ruptura uterina.	10,50	6,00
59400	Cuidado obstétrico de rutina incluyendo preparto, parto vaginal (con o sin episiotomía y/o uso de fórceps) y ciudado del post. Parto.	20,00	5,00
59409	Parto vaginal únicamente (con o sin episiotomía y/o fórceps)	10,50	5,00
59410	Parto vaginal únicamente (con o sin episiotomía y/o fórceps) incluye cuidado posparto	12,50	5,00
59412	Versión cefálica externa, con o sin tocolisis (lístelo en adición a códigos para parto.).	3,50	5,00
59414	Salida de la placenta (procedimiento separado).	2,50	3,00
59430	Atención post parto, solamente (procedimiento separado).	2,00	0,00
59510	Cuidado obstétrico de rutina incluyendo cuidado antes del parto, cesárea y cuidado del post parto.	25,00	7,00
59514	Parto por cesárea solamente.	14,50	7,00
59515	Parto por cesárea solamente; con ciudado post parto o postoperatorio.	17,50	7,00
59525	Histerectomía total o subtotal luego de la cesárea.(lístela adicionalmente en adición al código del procedimiento primario)	8,50	10,00
59610	Cuidado obstétrico de rutina incluyendo cuidado antes del parto, durante el parto vaginal (con o sin episiotomía y/o fórceps) y cuidado posparto, luego de cesárea anterior.	24,00	5,00
59612	Parto vaginal solamente, después de cesárea anterior (con o sin episiotomía y/o fórceps).	14,50	5,00
59614	Parto vaginal solamente, después de cesárea anterior (con o sin episiotomía y/o fórceps). Incluye cuidado posparto.	16,50	5,00
59618	Cuidado obstétrico de rutina, incluyendo cuidado antes del parto, cesárea y cuidado posparto, luego de parto vaginal fallido luego de cesárea anterior.	29,00	7,00
59620	Cesárea solamente, luego de parto vaginal fallido luego de cesárea anterior.	18,50	7,00
59622	Cesárea solamente, luego de parto vaginal fallido luego de cesárea anterior. Incluye cuidado posparto.	21,50	7,00
59812	Tratamiento quirúrgico de aborto incompleto, cualquier trimestre.	5,20	4,00
59820	Tratamiento quirúrgico de aborto retenido en primer trimestre.	5,90	4,00
59821	Tratamiento quirúrgico de aborto retenido en primer trimestre. Segundo trimestre.	6,50	4,00
59830	Tratamiento quirúrgico de aborto séptico.	6,50	4,00
59840	Aborto inducido, dilatación y curetaje	4,20	4,00
59841	Aborto inducido, dilatación y evacuación.	4,20	4,00
59850	Aborto inducido con una o más inyecciones intraamnioticas, incluye hospitalización, salida del feto y secundarios.	9,20	4,00
59851	Aborto inducido con una o más inyecciones intraamnioticas, incluye hospitalización, salida del feto y secundarios. Con dilatación, curetaje y/o evacuación.	11,70	4,00
59852	Aborto inducido con una o más inyecciones intraamnioticas, incluye hospitalización, salida del feto y secundarios. Con histerotomía (inyección intraamniotica fallida).	15,60	4,00
59855	Aborto inducido por uno o más supositorios vaginales (ej. Prostaglandinas), con o sin dilatación cervical (ej. Laminaria), incluye admisión en hospital y visitas, parto de feto y secundarios.	10,90	4,00
59856	Aborto inducido con una o más inyecciones intraamnioticas, incluye hospitalización, salida del feto y secundarios. Con dilatación, curetaje y/o evacuación.	13,40	4,00
59857	Aborto inducido con una o más inyecciones intraamnioticas, incluye hospitalización, salida del feto y secundarios. Con histerotomía (evaluación médica fallida).	17,30	4,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
59866	Reducción (es) de embarazo multifetal.	6,00	4,00
59870	Evacuación uterina de mola hidatiforme, curetaje.	6,00	3,00
59871	Retiro de cerclaje bajo anestesia (diferente a local)	3,00	3,00
59897	Procedimientos no listados fetales invasivos, incluye guía por ultrasonido.	CM (criterio medico	6,00
59898	Procedimientos laparoscópicos no listados de cuidado materno y parto.	CM (criterio medico)	6,00
59899	Procedimientos no listados, cuidado prenatal y parto.	CM (criterio medico	6,00

SISTEMA ENDÓCRINO
GLÁNDULA TIROIDES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
60000	Incisión y drenaje de quiste tirogloso (infectado).	1,20	5,00
60100	Biopsia de tiroides, aguja.	1,50	3,00
60200	Escisión de quiste o adenoma de tiroides o transeccion del istmo.	12,00	6,00
60210	Lobectomía parcial de tiroides, unilateral, con o sin itsmosectomia.	15,00	6,00
60212	Lobectomía parcial de tiroides, unilateral, con o sin itsmosectomia. Con lobectomia contralateral subtotal, incluye itsmosectomia.	21,00	6,00
60220	Lobectomía total tiroides, unilateral, con o sin itsmosectomia.	18,40	6,00
60225	Lobectomía total tiroides, unilateral, con o sin itsmosectomia. Con lobectomia subtotal contralateral, incluido el istmo.	21,60	6,00
60240	Tiroidectomía, total o completa.	25,20	6,00
60252	Tiroidectomía total o subtotal para malignidad con disección de cuello limitada.	31,20	6,00
60254	Tiroidectomía total o subtotal para malignidad. Con disección radical de cuello.	34,80	6,00
60260	Tiroidectomía, con extracción de todo el tejido tiroideo restante luego de la extracción de una porción de tiroides.	20,40	6,00
60270	Tiroidectomía, incluyendo glándula tiroides substernal, esternectomia o vía transtoracica.	27,60	12,00
60271	Tiroidectomía, incluyendo glándula tiroides substernal, vía cervical.	20,00	6,00
60280	Escisión de quiste o seno del conducto tirogloso.	14,40	6,00
60281	Escisión de quiste o seno del conducto tirogloso. Recurrente.	14,40	6,00
60300	Aspiración o inyección de quiste tiroideo	0,80	6,00
60500	Paratiroidectomia o exploración de paratiroides.	21,00	6,00
60502	Paratiroidectomia o exploración de paratiroides; re-exploración	20,70	6,00
60505	Paratiroidectomia o exploración de paratiroides con exploración mediastinal, esternectomia o toracotomía.	27,60	12,00
60512	Autotransplante paratiroideo. (Anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	6,50	0,00
60520	Timectomia total o parcial, vía transcervical, (procedimiento aparte).	19,50	6,00
60521	Estereotomía o vía transtorácica, sin disección mediastinal radical, (procedimiento separado).	24,00	12,00
60522	Estereotomía o vía transtoracica, con disección mediastinal radical, (procedimiento separado).	29,00	12,00
60540	Adrenalectomia parcial o completa o exploración de glándula suprarrenal con o sin biopsia (transabdominal) lumbar o dorsal (procedimiento separado).	23,40	10,00
60545	Adrenalectomia parcial o completa o exploración de glándula suprarrenal con o sin biopsia (transabdominal) lumbar o con escisión de tumor retroperitoneal adyacente.	27,00	10,00
60600	Escisión de tumor del cuerpo carotideo sin escisión de arteria carótida	24,00	6,00
60605	Escisión de tumor del cuerpo carotideo sin escisión de arteria carótida con escisión de arteria carótida.	29,40	10,00
60650	Laparoscopia quirúrgica, con adrenalectomía, parcial o completa, o	25,40	10,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	exploración de glándula adrenal, con o sin biopsia, transabdominal, lumbar o dorsal.		
60659	Procedimientos laparoscópicos no listados de sistema endocrino.	CM (criterio medico	6,00
60699	Procedimientos no listados, sistema endocrino.	CM (criterio medico	6,00

SISTEMA NERVIOSO
CRÁNEO, MENINGES Y CEREBRO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
61000	Punción subdural a través de fontanela o sutura, infante; unilateral o bilateral; inicial	2,00	5,00
61001	Punción subdural a través de fontanela o sutura, infante; unilateral o bilateral; punción subsecuente.	1,40	5,00
61020	Punción ventricular a través de agujeros de trepano previo, fontanela, sutura, o reservorio o catéter ventricular implantado; sin inyección.	2,00	5,00
61026	Punción ventricular a través de agujeros de trepano previo, fontanela, sutura, o reservorio o catéter ventricular implantado; con inyección de drogas u otras sustancias para diagnostico o tratamiento.	3,00	5,00
61050	Punción cisternal o cervical lateral (c1-c2) sin inyección, (procedimiento separado).	2,50	5,00
61055	Punción cisternal o cervical lateral (c1-c2) con inyección de drogas u otras sustancias para diagnostico o tratamiento (ej. C1-c2).	4,10	5,00
61070	Punción para aspiración o inyección de tubo de shunt o reservorio.	1,60	5,00
61105	Agujero con trepano para punción subdural o ventricular.	13,00	9,00
61107	Agujero con trepano para punción subdural o ventricular. Para implantación de catéter ventricular o aparato medidor de presión.	10,70	9,00
61108	Agujero con trepano para punción subdural o ventricular. Para evacuación y drenaje de hematoma subdural.	26,00	9,00
61120	Agujeros de trepano para punción ventricular (incluyendo inyección de gas, medio de contraste o material radioactivo).	12,00	9,00
61140	Agujero de trepano o trefina; para biopsia de cerebro o lesión intracraneana.	26,40	9,00
61150	Agujero de trepano o trefina; para biopsia de cerebro o lesión intracraneana. Para drenaje de absceso cerebral o quiste.	26,40	9,00
61151	Punción subsecuente (aspiración) de absceso intracraneal o quiste	27,00	9,00
61154	Agujero de trepano, para evacuación y drenaje de hematoma extradural o subdural.	22,00	9,00
61156	Agujero (s) para aspiración de hematoma o quiste intracerebral.	21,50	9,00
61210	Agujero (s) para aspiración de hematoma o quiste intracerebral para implantación de catéter ventricular, reservorio, aparato para registro de presión intracraneana o electrodos para eeg, (procedimiento separado).	8,00	9,00
61215	Inserción subcutánea de bomba o sistema de infusión continua para conectar a catéter ventricular.	9,10	9,00
61250	Agujero de trepano supratentorial, exploratoria, no seguido por otra cirugía.	15,00	9,00
61253	Agujero de trepano, infratentorial, unilateral o bilateral.	25,50	9,00
61304	Craniectomia o craneotomía, exploratoria, supratentorial.	35,00	11,00
61305	Craniectomia o craneotomía, exploratoria, infratentorial (fosa posterior).	37,00	13,00
61312	Craniectomia o craneotomía para evacuación de hematoma supratentorial, extradural o subdural.	36,00	11,00
61313	Craniectomia o craneotomía para evacuación de hematoma l, intracerebral.	38,00	11,00
61314	Craniectomia o craneotomía para evacuación de hematoma infratentorial; extradural o subdural.	45,00	13,00
61315	Craniectomia o craneotomía para evacuación de hematoma intracerebelar.	49,00	13,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
61316	Incisión y colocación de injerto de hueso craneal. (anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	1,10	0,00
61320	Craniectomia o craneotomía, drenaje de absceso intracraneal; supratentorial.	32,00	11,00
61321	Craniectomia o craneotomía, drenaje de absceso infratentorial.	35,00	13,00
61322	Craniectomia o craneotomía, descompresiva, con o sin duroplastia, para tratamiento de hipertensión intracraneal, sin evacuación de hematoma intraparenquimatoso asociado, sin lobectomia.	22,70	11,00
61323	Craniectomia o craneotomía, descompresiva, con o sin duroplastia, para tratamiento de hipertensión intracraneal, con lobectomia.	23,90	11,00
61330	Exploración o descompresión de la órbita solamente abordaje transcraneal.	30,00	11,00
61332	Exploración de la órbita (abordaje transcraneal) con biopsia.	40,00	11,00
61333	Exploración de la órbita (abordaje transcraneal) con remoción de lesión.	40,00	11,00
61334	Exploración de la órbita (abordaje transcraneal) con remoción de cuerpo extraño.	40,00	11,00
61340	Otras descompresiones craneanas (por ejemplo descompresión subtemporal, supratentorial).	22,00	11,00
61343	Craniectomia, suboccipital con laminectomia cervical para descompresión de medula y cordón espinal con o sin injerto dural. (Ej. Malformación de arnold - chiari).	45,00	13,00
61345	Otra descompresión craneal de fosa posterior.	19,50	13,00
61440	Craneotomía para sección de la tienda del cerebelo (procedimiento separado).	26,00	13,00
61450	Craniectomia subtemporal por sección, compresión o descompresión de la raíz sensorial del ganglio de gasser.	35,00	13,00
61458	Craniectomia suboccipital; para exploración o descompresión de pares craneanos.	39,00	13,00
61460	Craniectomia suboccipital; para exploración o descompresión de pares craneanos. Por sección de uno o más pares craneanos.	38,00	11,00
61470	Craniectomia suboccipital; para exploración o descompresión de pares craneanos. Para tractotomia medular.	38,00	11,00
61480	Craniectomia suboccipital; para exploración o descompresión de pares craneanos. Para tractotomia mesencefalica o pedunculotomia.	38,00	11,00
61490	Craniotomia para lobectomia, incluye cingulotomia.	25,00	11,00
61500	Craniectomia, con extirpación de tumor u otra lesión ósea de cráneo.	36,00	11,00
61501	Craniectomia, con extirpación de tumor u otra lesión ósea de cráneo. Por osteomielitis	35,00	11,00
61510	Craniectomia, trefinacion, craneotomía con colgajo óseo, para extirpación de tumor cerebral, supratentorial, excepto meningioma.	40,00	11,00
61512	Craniectomia, trefinacion, craneotomía con colgajo óseo, para extirpación de tumor cerebral, supratentorial. Para escisión de meningioma supratentorial.	42,00	11,00
61514	Craniectomia, trefinacion, craneotomía con colgajo óseo, para extirpación de tumor cerebral, supratentorial, para escisión de absceso cerebral supratentorial.	37,00	11,00
61516	Craniectomia, trefinacion, craneotomía con colgajo óseo, para extirpación de tumor cerebral, supratentorial, para escisión o fenestracion de quiste, supratentorial.	37,00	11,00
61517	Implantación de agente quimioterapéutico intracavitario cerebral (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	1,10	0,00
61518	Craniectomia para escisión de tumor cerebral, infratentorial o fosa posterior, excepto meningioma, tumor del ángulo pontocerebeloso o tumor de línea media en la base del cráneo.	44,00	13,00
61519	Craniectomia para escisión de tumor cerebral, infratentorial o fosa posterior, meningioma.	50,00	13,00
61520	Craniectomia para escisión de tumor cerebral, infratentorial o fosa posterior .tumor en ángulo cerebelo-pontino.	50,00	13,00
61521	Craniectomia para escisión de tumor cerebral, infratentorial o fosa posterior. Tumor de la línea media, base del cráneo.	66,70	13,00
61522	Craniectomia infratentorial o de la fosa posterior para escisión de absceso cerebral.	44,00	13,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
61524	Craniectomia infratentorial o de la fosa posterior para escisión o fenestracion de quiste.	44,00	13,00
61526	Craniectomia, craneotomía con colgajo óseo, transtemporal (mastoide) para escisión de tumor de ángulo pontocerebeloso.	50,00	13,00
61530	Craniectomia, craneotomía con colgajo óseo, transtemporal (mastoide) para escisión de tumor de ángulo pontocerebeloso. Combinado con craneotomía o craniectomía de la fosa media y posterior.	50,00	13,00
61531	Implantación subdural de electrodos a través de uno o más agujeros de trepano o trefina para monitoreo prolongado de convulsiones.	40,00	11,00
61533	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para monitoreo a largo plazo de convulsiones.	38,50	11,00
61534	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para escisión de foco epileptogénico sin electrocorticografia durante la cirugía.	38,00	11,00
61535	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para remoción epidural y subdural de electrodo, sin escisión del tejido cerebral (procedimiento separado).	29,00	11,00
61536	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para escisión de foco epileptogénico cerebral con electrocortiocografia durante la cirugía (incluye remoción de electrodo)	41,00	11,00
61537	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para lobectomia de lóbulo temporal, sin electrocorticografia, durante la cirugía.	16,10	11,00
61538	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para lobectomia con electrocorticografia durante cirugía, lóbulo temporal.	44,00	11,00
61539	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para lobectomia con electrocorticografia durante cirugía, otra que no sea lóbulo temporal, parcial o total.	44,00	11,00
61540	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para lobectomia sin electrocorticografia durante cirugía, otra que no sea lóbulo temporal, parcial o total.	19,50	11,00
61541	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para transeccion del cuerpo calloso.	58,50	11,00
61542	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para hemisferectomia total.	53,00	11,00
61543	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para hemisferectomia parcial o subtotal.	30,00	11,00
61544	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para escisión o coagulación de plexus coroides.	38,00	11,00
61545	Craniotomia con elevación de colgajo óseo para implantación subdural de electrodo; para escisión de craneofaringioma.	73,00	11,00
61546	Craneotomía para hipofisectomía, abordaje intracraneano.	42,50	11,00
61548	Hipofisectomía o escisión de tumor de pituitaria, vía transnasal o transeptal, no esterotáxica.	39,50	11,00
61550	Craniectomia para craneosinostosis; una sutura.	25,00	11,00
61552	Suturas múltiples en un tiempo quirúrgico.	28,00	11,00
61556	Craniotomia para craneosinostosis; colgajo óseo frontal o parietal.	28,00	11,00
61557	Colgajo óseo bifrontal.	32,00	11,00
61558	Craniotomia extensa por craneosinostosis de múltiples suturas, sin requerir injertos óseos.	39,00	11,00
61559	Recontorneando con múltiples osteotomías y autoinjertos óseos (ej. Barrel-stave) (incluye obtención de injertos).	44,00	11,00
61563	Escisión de tumor benigno de huesos del cráneo, (ej. Displasia fibrosa) intra y extracraneal; sin descompresión del nervio óptico.	38,00	11,00
61564	Escisión de tumor benigno de huesos del cráneo, (ej. Displasia fibrosa) intra y extracraneal; con descompresión del nervio óptico.	49,00	11,00
61566	Craneotomía con elevación del flan óseo; para amigdalohipocampectomia selectiva.	19,30	11,00
61567	Craneotomía con elevación del flan óseo; para transacciones múltiples subpiales, con electrocorticografia durante la cirugía	22,00	11,00
61570	Craniectomia o craneotomía para escisión de cuerpo extraño del cerebro.	49,00	11,00
61571	Craniectomia o craneotomía para escisión de cuerpo extraño del cerebro.	49,00	11,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	Con tratamiento para herida penetrante de cerebro.		
61575	Aproximación vía transoral a la base del cráneo, tallo cerebral o parte superior del cordón espinal para obtención de biopsia, descompresión o escisión de lesión.	28,00	11,00
61576	Aproximación vía transoral a la base del cráneo, tallo cerebral o parte superior del cordón espinal para obtención de biopsia, descompresión o escisión de lesión. Incluye movilización de la lengua y/o mandíbula (incluyendo traqueostomia).	29,00	11,00
61580	Acceso craneofacial a la fosa craneal anterior, extradural, incluyendo rinotomia lateral, etmoidectomia, esfenoidectomia, sin maxilectomia o exenteración orbital	40,00	11,00
61581	Acceso craneofacial a la fosa craneal anterior, extradural, incluyendo rinotomia lateral, exenteración orbital, etmoidectomia, esfenoidectomia y/o maxilectomia	46,00	11,00
61582	Acceso craneofacial a la fosa craneal anterior, extradural, incluyendo craneotomía unilateral o bifrontal, elevación de lóbulos frontales, osteotomía de la base de la fosa craneal anterior	41,50	11,00
61583	Acceso craneofacial a la fosa craneal anterior, intradural, incluyendo craneotomía unilateral o bifrontal, elevación o resección de lóbulo frontal, osteotomía de la base de la fosa cranial anterior	47,00	11,00
61584	Acceso orbitocraneal a la fosa craneal anterior, extradural, incluyendo osteotomía supraorbitaria y elevación de lóbulos frontales y/o temporales; sin exenteración orbital.	46,00	11,00
61585	Acceso orbitocraneal a la fosa craneal anterior, extradural, incluyendo osteotomía supraorbitaria y elevación de lóbulos frontales y/o temporales; con exenteración orbital	51,00	11,00
61586	Acceso a la fosa craneal anterior con osteotomía bicoronal, transzigomática, y/o osteotomía de lefort, con o sin fijación interna, sin injerto óseo.	35,00	11,00
61590	Acceso preauricular infratemporal a la fosa craneal media, con o sin desarticulación de la mandíbula, incluyendo parotidectomia, craneotomía, descompresión y/o movilización del nervio facial y/o de la porción petrosa de la carótida	56,00	11,00
61591	Acceso post-auricular infratemporal a la fosa craneal media, incluyendo mastoidectomia, resección del seno sigmoideo, con o sin descompresión y/o movilización del contenido del canal auditivo o de la porción petrosa de la carótida	58,50	11,00
61592	Acceso orbitocraneal cigomático a la fosa craneal media, incluyendo osteotomía de cigoma, craneotomía, elevación extra o intradural del lóbulo temporal	53,00	11,00
61595	Acceso transtemporal a la fosa craneal posterior, foramen yugular o línea media de la base del cráneo, incluyendo mastoidectomia, descompresión del seno sigmoide y/o nervio facial, con o sin movilización	39,00	11,00
61596	Acceso transcoclear a la fosa craneal posterior, foramen yugular o línea media de la base del cráneo, incluyendo laberintectomia, descompresión, con o sin movilización del nervio facial y /o porción petrosa de la arteria carótida	47,50	11,00
61597	Acceso transcondilar a la fosa craneal posterior, foramen yugular o línea media de la base del cráneo, incluyendo condilectomia occipital, mastoidectomia, resección de los cuerpos vertebrales de c1-c3, descompresión de arteria vertebral, con o sin movilización.	50,00	11,00
61598	Acceso transpetroso a la fosa craneal posterior, clivus, o foramen magno, incluyendo ligadura del seno petroso superior y/o seno sigmoide	44,50	11,00
61600	Resección o escisión de lesiones vasculares, infecciosas o neoplásicas de la base de la fosa craneal anterior; extradural	34,00	11,00
61601	Resección o escisión de lesiones vasculares, infecciosas o neoplásicas de la base de la fosa craneal anterior; intradural, incluyendo reparación de la duramadre, con o sin injerto	36,50	11,00
61605	Resección o escisión de lesiones vasculares, infecciosas o neoplásicas de la fosa infratemporal, espacio parafaringeo, ápex petroso; extradural	38,50	11,00
61606	Resección o escisión de lesiones vasculares, infecciosas o neoplásicas de la fosa infratemporal, espacio parafaringeo, ápex petroso; intradural, incluyendo reparación de la duramadre, con o sin injerto	51,50	11,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
61607	Resección o escisión de lesiones vasculares, infecciosas o neoplásicas del área paraselar, seno cavernoso, clivus o línea media de la base del cráneo; extradural.	48,00	11,00
61608	Resección o escisión de lesiones vasculares, infecciosas o neoplásicas del área paraselar, seno cavernoso, clivus o línea media de la base del cráneo; intradural, incluyendo reparación de la duramadre, con o sin injerto	56,00	11,00
61609	Sección o ligadura de la arteria carótida en el seno cavernoso, sin reparación (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	13,50	0,00
61610	Sección o ligadura de la arteria carótida en el seno cavernoso, con reparación por anastomosis o injerto (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	47,50	0,00
61611	Sección o ligadura de la arteria carótida en el canal petroso, sin reparación (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	10,00	0,00
61612	Sección o ligadura de la arteria carótida en el canal petroso, con reparación por anastomosis o injerto (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	45,00	0,00
61613	Obliteración de aneurisma carotideo, malformación arteriovenosa, o fistula cavernoso-carotidea con disección dentro del seno cavernoso.	55,00	15,00
61615	Resección o escisión de lesiones vasculares, infecciosas o neoplásicas de la fosa craneal posterior, foramen yugular, foramen magno, o cuerpos vertebrales de c1-c3; extradural	42,50	13,00
61616	Sección o ligadura de la arteria carótida en el canal petroso, intradural, incluyendo reparación de la duramadre, con o sin injerto	57,50	13,00
61618	Reparación secundaria de la duramadre por fuga de LCR, de la fosa anterior, media o posterior seguido a cirugía de la base del cráneo con injerto libre de tejido (ejem: pericráneo, fascia, tensor de la fascia lata, tejido adiposo)	22,00	11,00
61619	Reparación secundaria de la duramadre por fuga de LCR, de la fosa anterior, media o posterior seguido a cirugía de la base del cráneo con injerto libre de tejido (ejem: pericráneo, fascia, tensor de la fascia lata, tejido adiposo) con un colgajo pediculado vascularizado regional o local o colgajo miocutaneo (incluye galea, músculos temporal, frontal u occipital)	27,00	11,00

CIRUGÍA ENDOVASCULAR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
61623	Oclusión arterial temporal endovascular con balón, cabeza o cuello (extra o intracraneal), incluyendo cateterización selectiva del vaso a ser ocluido, posicionamiento e inflada de balón para oclusión, monitoreo neurológico concomitante, y supervisión radiológica e interpretación de todas las angiografías requeridas para la oclusión por balón y para excluir lesión vascular post oclusión.	7,70	10,00
61624	Embolización u oclusión a través de catéter percutáneo (ej.: para destrucción de tumor o adquirir hemostasia u ocluir malformación vascular), cualquier método, sistema nervioso central. (intracraneal, medula espinal)	18,90	10,00
61626	Embolización u oclusión a través de catéter percutáneo (ej.: para destrucción de tumor o adquirir hemostasia u ocluir malformación vascular), cualquier método, no del sistema nervioso central, cabeza o cuello (extracraneal, rama braquicefalica).	16,10	6,00
61630	Angioplastia intracraneal percutánea con balón	14,00	10,00
61635	Colocación de stent intravascular transcateter, intracraneal (ej.: estenosis ateroesclerótica) incluida angioplastia con balón si se realiza	18,00	10,00
61640	Dilatación de vasoespasmo intracraneal con balón, percutáneo, vaso inicial	7,70	10,00
61641	Dilatación de vasoespasmo intracraneal con balón, percutáneo, vaso inicial, cada vaso adicional de la misma familia vascular (anótelo	3,80	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	separadamente en adición al código de procedimiento primario)		
61642	Dilatación de vasoespasmo intracraneal con balón, percutáneo, vaso inicial cada vaso adicional de diferente familia vascular (anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	5,00	0,00

CIRUGÍA POR ANEURISMA, MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA O ENFERMEDAD VASCULAR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
61680	Cirugía de malformación arterio-venosa intracraneal, supratentorial simple.	60,00	15,00
61682	Cirugía de malformación arterio-venosa intracraneal, supratentorial. Compleja.	70,00	15,00
61684	Cirugía de malformación arterio-venosa intracraneal, infratentorial simple.	65,00	15,00
61686	Cirugía de malformación arterio-venosa intracraneal, infratentorial compleja.	75,00	15,00
61690	Cirugía de malformación arterio-venosa dural, simple.	65,00	15,00
61692	Cirugía de malformación arterio-venosa dural compleja.	75,00	15,00
61697	Cirugía de aneurisma intracraneal complejo, vía intracraneal; circulación carotidea.	53,00	15,00
61698	Cirugía de aneurisma intracraneal complejo, vía intracraneal; circulación vertebra basilar.	46,00	15,00
61700	Cirugía de aneurisma intracraneal, abordaje intracraneal; circulación carotidea	50,00	15,00
61702	Cirugía de aneurisma intracraneal, abordaje intracraneal; circulación vertebro - basilar.	46,00	15,00
61703	Cirugía de aneurisma intracraneal, abordaje cervical para aplicación de clamp de oclusión a la arteria carótida cervical (selverstone – crutchfield).	13,00	15,00
61705	Cirugía de aneurisma, malformación vascular o fistula carotidocavernosa; por oclusión intracraneal y cervical de la arteria carótida.	54,00	15,00
61708	Cirugía de aneurisma, malformación vascular o fistula carotidocavernosa; por electrotrombosis intracraneal.	40,00	15,00
61710	Cirugía de aneurisma, malformación vascular o fistula carotidocavernosa; para embolización intra arterial con catéter balón o inyección de sustancia.	40,00	15,00
61711	Anastomosis, arterial, intracraneal-extracraneal, por ejemplo cerebral media/cortical	41,00	15,00
61720	Lesión estereotaxica con cualquier método, incluyendo agujeros de trepano o técnicas de registro para localización, una o múltiple etapas globus pallidus o tálamo.	34,50	11,00
61735	Estructuras subcorticales. Otras diferentes al globus pallidus o tálamo.	33,80	11,00
61750	Biopsia estereotaxica, aspiración o escisión, incluyendo agujeros de trepano para lesión intracraneal.	28,80	11,00
61751	Biopsia estereotaxica, aspiración o escisión, incluyendo agujeros de trepano para lesión intracraneal. Con tomografía axial computarizada y/o resonancia magnética.	30,80	11,00
61760	Implantación estereotaxica de electrodos profundos dentro del cerebro para monitoreo a largo plazo de convulsiones.	31,40	11,00
61770	Localización estereotaxica, cualquier método, incluyendo huecos con trepano, con inserción de catéter para braquiterapia.	19,00	13,00
61781	Cirugía estereotáxica computarizada, (navegatoria), craneal, intradural, lístelo separadamente en adición al código primario	6,60	0,00
61782	Craneal extradural, lístelo separadamente en adición al código primario	5,40	0,00
61783	Espinal, lístelo separadamente en adición al código primario	5,60	0,00
61790	Lesión estereotaxica del ganglio de gasser percutánea usando agente neurolitico. (Ej. Alcohol, estimulación eléctrica o térmica, radiofrecuencia).	28,00	6,00
61791	Tracto medular trigeminal	34,50	6,00
61796	Radiocirugía estereotáxica por acelerador lineal, rayo gama o rayo de partículas; una lesión simple	38,00	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
61797	Radiocirugía estereotáxica por acelerador lineal, rayo gama o rayo de partículas; cada lesión adicional listar por separado al procedimiento primario	8,00	0,00
61798	Radiocirugía estereotáxica por acelerador lineal, rayo gama o rayo de partículas una lesión craneal compleja}	40,00	7,00
61799	Radiocirugía estereotáxica por acelerador lineal, rayo gama o rayo de partículas ;cada lesión adicional compleja (listar por separado a procedimiento primario	10,00	0,00
61800	Aplicación de fijador estereotáxico para cirugía estereotáxica (listar por separado el procedimiento primario)	6,00	0,00
61850	Agujero de trepano o perforador para implantación de electrodo neuroestimulador cortical	23,00	9,00
61860	Craniectomia o craneotomía para implantación de electrodos neuroestimuladores cerebrales cortical.	17,00	11,00
61863	Agujero de trepano, craneotomía o craniectomía con implantación estereotáxica de electrodo neuroestimulador en área subcortical (ej.: tálamo, globos pallidus, núcleos subtalámicos, sustancia gris periventricular o periacueductal), sin registro intraoperatorio de microelectrodo, primera vez.	9,80	11,00
61864	Agujero de trepano, craneotomía o craniectomía con implantación estereotáxica de electrodo neuroestimulador en área subcortical (ej.: tálamo, globos pallidus, núcleos subtalámicos, sustancia gris periventricular o periacueductal), sin registro intraoperatorio de microelectrodo; cada vez adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	2,80	0,00
61867	Agujero de trepano, craneotomía o craniectomía con implantación estereotáxica de electrodo neuroestimulador in sitio subcortical (ej.: tálamo, globos pallidus, núcleos subtalámicos, sustancia gris periventricular o periacueductal), con registro intraoperatorio de microelectrodo, primera vez.	14,60	11,00
61868	Agujero de trepano, craneotomía o craniectomía con implantación estereotáxica de electrodo neuroestimulador in sitio subcortical (ej.: tálamo, globos pallidus, núcleos subtalámicos, sustancia gris periventricular o periacueductal), con registro intraoperatorio de microelectrodo; cada vez adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	4,60	0,00
61870	Craniectomia para implantación de neuroestimuladores de electrodos, cerebeloso cortical.	8,80	11,00
61875	Craniectomia para implantación de neuroestimuladores de electrodos, subcortical.	14,00	11,00
61880	Revisión o remoción de electrodos intracraneales de neuroestimulador	8,80	11,00
61885	Inserción o reemplazo de un generador o receptor de pulsos de un neuroestimulador con acoplamiento inductivo o directo, con colección a un electrodo simple.	3,70	5,00
61886	Inserción o reemplazo de un generador o receptor de pulsos de un neuroestimulador con conexión a dos o más electrodos.	4,00	5,00
61888	Revisión o remoción del generador o receptor de neuroestimulador intracraneal	4,70	5,00
62000	Elevación de fractura deprimida de cráneo; simple, extradural.	18,00	9,00
62005	Elevación de fractura deprimida de cráneo; compuesta o conminuta extradural.	25,00	9,00
62010	Elevación de fractura deprimida de cráneo; con debridamiento de cerebro y/o reparo de dura.	31,00	11,00
62100	Craneotomía para reparación de duramadre por fuga de LCR, incluyendo cirugía por rinorraquia u otorraquia	33,00	11,00
62115	Reducción de craneomegalia (ejem. Hidrocefalia tratada) que no requiere injertos óseos o craneoplastia	33,00	11,00
62116	Reducción de craneomegalia (ejem. Hidrocefalia tratada con craneoplastia simple.	35,00	11,00
62117	Requiriendo craneotomía y reconstrucción con o sin injerto óseo, (incluye obtención del injerto).	40,00	11,00
62120	Reparación de encefalocele, bóveda craneal, incluyendo craneoplastia.	25,00	11,00
62121	Craneotomía para reparación de encefalocele, base del cráneo.	34,00	11,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
62140	Craneoplastia para defecto de cráneo hasta de 5 0s. De diámetro.	24,00	9,00
62141	Craneoplastia para defecto de cráneo con diámetro mayor de 5 0s.	29,00	9,00
62142	Remoción de colgajo óseo o placa de prótesis del cráneo.	21,00	9,00
62143	Reemplazo del colgajo óseo o placa de prótesis del cráneo.	28,00	9,00
62145	Craneoplastia para defecto del cráneo, con cirugía reparadora de cerebro.	35,00	9,00
62146	Craneoplastia con autoinjerto (incluye la obtención del injerto) hasta 5 cm de diámetro.	28,20	9,00
62147	Craneoplastia con autoinjerto (incluye la obtención del injerto) mayor de 5 cm de diámetro.	33,20	9,00
62148	Incisión y recuperación de un injerto óseo craneal subcutáneo para craneoplastia (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	1,50	0,00
62160	Neuroendoscopia, intracraneal, para colocación o reemplazo de catéter ventricular y sujeción a sistema de derivación o drenaje externo. (Anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	2,30	0,00
62161	Neuroendoscopia intracraneal; con disección de adherencias, fenestracion de septum pellucidum o quistes intraventriculares (incluye colocación, reemplazo o remoción de catéter ventricular).	15,40	11,00
62162	Neuroendoscopia intracraneal; con disección de adherencias, con fenestracion o escisión de quiste coloideo, incluye colocación de catéter de drenaje ventricular externo.	19,40	11,00
62163	Neuroendoscopia intracraneal; con disección de adherencias, con recuperación de cuerpo extraño.	11,90	11,00
62164	Neuroendoscopia intracraneal; con disección de adherencias, con escisión de tumor cerebral, incluye colocación de catéter de drenaje ventricular externo.	21,20	11,00
62165	Neuroendoscopia intracraneal; con disección de adherencias, con escisión de tumor pituitario, vía transnasal o transesfenoidal.	16,90	11,00
62180	Ventriculocisternostomia (operación de torkildsen).	35,10	10,00
62190	Creación de derivación subaracnoidea/subdural-atrial, -yugular, auricular.	26,00	10,00
62192	Subaracnoidea/subdural-peritoneal, -pleural u otros.	26,00	10,00
62194	Reimplantación o irrigación de catéter subaracnoideo/subdural.	8,00	10,00
62200	Ventriculocisternostomia, tercer ventrículo	44,20	10,00
62201	Método estereotáxico.	26,00	10,00
62220	Derivación ventrículo-atrial, -yugular, -auricular	29,90	10,00
62223	Derivación ventriculoperitoneal - pleural y otros	31,20	10,00
62225	Reposición o irrigación de catéter ventricular.	11,70	10,00
62230	Reposición o revisión de derivación, válvula obstruida o catéter distal en el sistema de shunt.	23,40	10,00
62252	Reprogramación de un shunt cerebroespinal programable.	1,00	10,00
62256	Remoción del sistema de shunt completo sin reemplazo.	11,70	10,00
62258	Remoción del sistema de shunt completo con reemplazo de un shunt similar o de otro tipo durante la misma operación.	26,00	10,00

COLUMNA ESPINAL Y CORDÓN ESPINAL

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
62263	Lisis percutánea de adherencias epidurales usando solución inyectable (ej.: solución salina hipertónica, enzimas), o medios mecánicos (ej.: catéter) incluye localización radiológica (incluye el contraste cuando es administrado), múltiples sesiones de adherenciolisis; dos o más días.	3,90	5,00
62264	Lisis percutánea de adherencias epidurales usando solución inyectable (ej.: solución salina hipertónica, enzimas), o medios mecánicos (ej.: catéter) incluye localización radiológica (incluye el contraste cuando es administrado), múltiples sesiones de adherenciolisis; un día	3,40	5,00
62268	Aspiración percutánea de quiste o del cordón espinal.	15,30	5,00
62269	Punción percutánea para biopsia del cordón espinal.	16,80	8,00
62270	Punción espina lumbar, diagnostica.	2,00	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
62272	Punción espinal terapéutica para drenaje de líquido espinal (con aguja o catéter).	2,00	3,00
62273	Inyección lumbar epidural de sangre o parche de coagulo.	1,00	3,00
62280	Inyección/infusión subaracnoidea de sustancia neurolítica (ej.: alcohol, fenol, solución salida helada.), con o sin otra sustancia terapéutica.	3,90	3,00
62281	Inyección/infusión epidural, cervical o torácica.	4,20	3,00
62282	Inyección/infusión epidural, lumbar o caudal.	3,90	3,00
62284	Inyección de sustancia de contraste para melografía espinal y/o tac (otra que no sea c1 c2 y fosa posterior).	3,00	5,00
62287	Aspiración o procedimiento de descompresión, percutánea del núcleo pulposo de un disco intervertebral lumbar, cualquier método, único o múltiples niveles. (ej.: manual o disectomia percutánea automática, disectomia percutánea laser).	16,90	8,00
62290	Inyección de sustancia de contraste para discografía lumbar, cada nivel.	3,00	5,00
62291	Inyección de sustancia de contraste para discografía cervical o torácica.	3,00	5,00
62292	Inyección de sustancia para quimionucleolisis, incluye discografía. De un disco intervertebral lumbar, único o varios niveles.	6,50	5,00
62294	Inyección de sustancia arterial para oclusión de malformación arteriovenosa, espinal.	3,90	5,00
62310	Inyección única (no a través de catéter introducido), no incluye sustancias neuroliticas, con o sin contraste (para localización o epidurografia), de sustancia(s) diagnosticas o terapéuticas (incluye anestésicos, antiespasmódicos, opioides, esteroides, otras soluciones), epidural o subaracnoidea; cervical o torácica.	1,50	3,00
62311	Inyección única (no a través de catéter introducido), no incluye sustancias neuroliticas, con o sin contraste (para localización o epidurografia), de sustancia(s) diagnosticas o terapéuticas (incluye anestésicos, antiespasmódicos, opioides, esteroides, otras soluciones), epidural o subaracnoidea; lumbar, sacra (caudal)	1,00	3,00
62318	Inyección, incluye colocación de catéter, infusión continua o bolos intermitentes, no incluye sustancias neuroliticas, con o sin contraste (para localización o epidurografia), de sustancia(s) diagnosticas o terapéuticas (incluye anestésicos, antiespasmódicos, opioides, esteroides, otras soluciones), epidural o subaracnoidea; cervical o torácica.	1,00	3,00
62319	Inyección, incluye colocación de catéter, infusión continua o bolos intermitentes, no incluye sustancias neuroliticas, con o sin contraste (para localización o epidurografia), de sustancia(s) diagnosticas o terapéuticas (incluye anestésicos, antiespasmódicos, opioides, esteroides, otras soluciones), epidural o subaracnoidea; lumbar, sacra (caudal)	1,00	3,00
62350	Implantación, revisión o reposicionamiento de catéter tunelizado intratecal o epidural, para administración de medicación a largo plazo por una bomba externa o un reservorio implantable/bomba de infusión; sin laminectomia.	9,00	8,00
62351	Implantación, revisión o reposicionamiento de catéter tunelizado intratecal o epidural, para administración de medicación a largo plazo por una bomba externa o un reservorio implantable/bomba de infusión; con laminectomia.	13,20	10,00
62355	Remoción de catéter epidural o intratecal previamente implantado.	7,00	5,00
62360	Implantación o reemplazo de dispositivo para infusión de drogas intratecal o epidural; reservorio subcutáneo.	3,00	5,00
62361	Implantación o reemplazo de dispositivo para infusión de drogas intratecal o epidural; bomba no programable.	7,00	5,00
62362	Implantación o reemplazo de dispositivo para infusión de drogas intratecal o epidural; bomba programable, incluye preparación de la bomba con o sin programación.	9,00	5,00
62365	Remoción de reservorio o bomba subcutánea, implantada previamente para infusión intratecal o epidural.	7,00	5,00
62367	Análisis electrónico de bomba implantada programable para infusión de drogas intratecal o epidural (incluye evaluación del reservorio, alarma y prescripción de drogas); sin reprogramación.	0,80	0,00
62368	Análisis electrónico de bomba implantada programable para infusión de drogas intratecal o epidural (incluye evaluación del reservorio, alarma y prescripción de drogas); con reprogramación.	1,20	0,00

LAMINECTOMÍA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
63001	Laminectomia con exploración y/o descompresión del cordón espinal y/o cauda-equina; sin facetectomia, foraminotomia o disectomia, uno o dos segmentos, cervical.	35,00	10,00
63003	Laminectomia con exploración y/o descompresión del cordón espinal y/o cauda-equina; sin facetectomia, foraminotomia o disectomia, uno o dos segmentos, torácica.	35,00	10,00
63005	Laminectomia con exploración y/o descompresión del cordón espinal y/o cauda-equina; sin facetectomia, foraminotomia o disectomia, uno o dos segmentos, lumbar, excepto para espondilolistesis.	33,00	8,00
63011	Laminectomia con exploración y/o descompresión del cordón espinal y/o cauda-equina; sin facetectomia, foraminotomia o disectomia, uno o dos segmentos, sacra.	31,00	8,00
63012	Laminectomia con remoción de facetas anormales y/o interarticulares, con descompresión de la cauda esquina y raíces nerviosas por espondilolistesis, lumbar (procedimiento de gill).	31,00	8,00
63015	Laminectomia con exploración y/o descompresión de la cuerda espinal y/o cola de caballo, sin facetectomia, foraminotomia o disectomia, más de dos segmentos; cervical.	40,00	10,00
63016	Laminectomia con exploración y/o descompresión de la cuerda espinal y/o cola de caballo, sin facetectomia, foraminotomia o disectomia, más de dos segmentos; torácica.	40,00	10,00
63017	Laminectomia con exploración y/o descompresión de la cuerda espinal y/o cola de caballo, sin facetectomia, foraminotomia o disectomia, más de dos segmentos; lumbar.	40,00	8,00
63020	Laminotomia (hemilaminectomia), con descompresión de raíces nerviosas, incluye facetectomia parcial, foraminotomia y/o escisión de disco intervertebral herniado, un interespacio, cervical.	32,00	10,00
63030	Laminotomia (hemilaminectomia), con descompresión de raíces nerviosas, incluye facetectomia parcial, foraminotomia y/o escisión de disco intervertebral herniado, un interespacio, lumbar. (incluye vía de acceso abierta o endoscópicamente asistida)	30,00	8,00
63035	Laminotomia (hemilaminectomia), con descompresión de raíces nerviosas, incluye facetectomia parcial, foraminotomia y/o escisión de disco intervertebral herniado, cada interespacio adicional, cervical o lumbar (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	6,00	0,00
63040	Laminotomia (hemilaminectomia), con descompresión de raíces nerviosas, incluye facetectomia parcial, foraminotomia y/o escisión de disco intervertebral herniado, re exploración; cervical.	35,00	10,00
63042	Laminotomia (hemilaminectomia), con descompresión de raíces nerviosas, incluye facetectomia parcial, foraminotomia y/o escisión de disco intervertebral herniado, reexploracion; lumbar.	35,00	8,00
63043	Laminotomia (hemilaminectomia), con descompresión de raíces nerviosas, incluye facetectomia parcial, foraminotomia y/o escisión de disco intervertebral herniado, re exploración cada espacio cervical adicional (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	7,00	0,00
63044	Laminotomia (hemilaminectomia), con descompresión de raíces nerviosas, incluye facetectomia parcial, foraminotomia y/o escisión de disco intervertebral herniado, re exploración cada espacio lumbar adicional (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	7,00	0,00
63045	Laminectomia, facetectomia y foraminotomia (unilateral o bilateral con descompresión en el cordón espinal, cauda esquina y o raíces nerviosas), (ej.: estenosis espinal o de receso lateral) segmento vertebral único, cervical.	35,00	10,00
63046	Laminectomia, facetectomia y foraminotomia (unilateral o bilateral con descompresión en el cordón espinal, cauda esquina y o raíces nerviosas), (ej.: estenosis espinal o de receso lateral) segmento vertebral único, torácico	35,00	10,00
63047	Laminectomia, facetectomia y foraminotomia (unilateral o bilateral con	35,00	8,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	descompresión en el cordón espinal, cauda esquina y o raíces nerviosas), (ej.: estenosis espinal o de receso lateral) segmento vertebral único, lumbar.		
63048	Cada segmento adicional, cervical, torácico o lumbar (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	7,00	0,00
63049	Cada segmento adicional, cervical, torácico o lumbar (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).foraminectomia	40,00	10,00
63050	Laminoplastia, cervical, con descompresión del cordón espinal, dos o más segmentos vertebrales;	35,00	10,00
63051	Laminoplastia, cervical, con descompresión del cordón espinal, dos o más segmentos vertebrales; con reconstrucción de los elementos óseos posteriores (incluye la aplicación de injerto óseo y dispositivos de fijación no segmentarios (ej.: alambre, sutura, miniplatos), cuando es realizada).	38,00	10,00
63055	Aproximación transpedicular con descompresión del cordón espinal, cola de caballo y/o raíces nerviosas, (ej.: disco intervertebral herniado), segmento torácico único.	36,00	10,00
63056	Aproximación transpedicular con descompresión del cordón espinal, cola de caballo y/o raíces nerviosas, (ej.: disco intervertebral herniado), lumbar.	34,00	8,00
63057	Aproximación transpedicular con descompresión del cordón espinal, cola de caballo y/o raíces nerviosas, (ej.: disco intervertebral herniado), cada segmento adicional, torácico o lumbar (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	5,00	0,00
63064	Abordaje costovertebral con descompresión de cordón espinal o raíces nerviosas, torácico, segmento único.	38,00	10,00
63066	Abordaje costovertebral con descompresión de cordón espinal o raíces nerviosas, torácico, cada segmento adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	5,50	0,00
63075	Disectomia cervical anterior, con descompresión de cordón espinal y/o raíces nerviosas, incluye osteofitectomia, interespacio único.	28,00	10,00
63076	Disectomia cervical anterior, con descompresión de cordón espinal y/o raíces nerviosas, incluye osteofitectomia, cada espacio adicional, cervical (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario)...	7,50	0,00
63077	Disectomia cervical anterior, con descompresión de cordón espinal y/o raíces nerviosas, incluye osteofitectomia, cada espacio adicional, (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario)...torácico, interespacio único.	30,00	10,00
63078	Disectomia cervical anterior, con descompresión de cordón espinal y/o raíces nerviosas, incluye osteofitectomia, cada espacio adicional, (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario)...torácico, interespacio único, torácico, cada interespacio adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	7,50	0,00
63081	Corpectomia vertebral, parcial o completa, cervical, segmento único, con abordaje anterior, descompresión del cordón espinal y/o raíces nerviosas.	42,00	10,00
63082	Corpectomia vertebral, parcial o completa, cervical, segmento único, con abordaje anterior, descompresión del cordón espinal y/o raíces nerviosas. Cervical, cada segmento adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	9,00	0,00
63085	Corpectomia vertebral torácica parcial o total, segmento único, con descompresión del cordón espinal y/o raíces nerviosas, abordaje transtoracica.	45,00	13,00
63086	Corpectomia vertebral torácica parcial o total, segmento único, con descompresión del cordón espinal y/o raíces nerviosas, abordaje transtoracica, torácica, cada segmento adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	9,00	0,00
63087	Corpectomia vertebral lumbar parcial o completa, segmento único, con descompresión del cordón espinal, cauda equina o raíces nerviosas, abordaje combinada toracolumbar.	45,00	13,00
63088	Corpectomia vertebral lumbar parcial o completa, segmento único, con descompresión del cordón espinal, cauda equina o raíces nerviosas, abordaje combinada toracolumbar. Cada segmento adicional (anote	9,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	separadamente en adición al código del procedimiento primario).		
63090	Corpectomia vertebral (resección de cuerpo vertebral) torácica baja, lumbar o sacra, segmento único, con descompresión del cordón espinal, cola de caballo o raíces nerviosas, abordaje transperitoneal o retroperitoneal, parcial o total.	42,00	8,00
63091	Corpectomia vertebral (resección de cuerpo vertebral) torácica baja, lumbar o sacra, cada segmento adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	7,00	0,00
63101	Corpectomia vertebral (resección cuerpo vertebral), parcial o completa, vía lateral extracavitaria con descompresión del cordón espinal y/o raíces nerviosas (ej.: por tumor o fragmentos óseos retropulsados), torácico, un segmento.	20,00	13,00
63102	Corpectomia vertebral (resección cuerpo vertebral), parcial o completa, vía lateral extracavitaria con descompresión del cordón espinal y/o raíces nerviosas (ej.: por tumor o fragmentos óseos retropulsados), lumbar un segmento	20,00	13,00
63103	Cada segmento torácico o lumbar adicional (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	2,30	0,00
63170	Laminectomia con mielotomia (tipo bischof o drez), cervical, torácica o toracolumbar	42,00	10,00
63172	Laminectomia con drenaje de quiste intramedular al espacio subaracnoideo	34,00	13,00
63173	Laminectomia con drenaje de quiste intramedular al espacio peritoneal o pleural.	34,00	13,00
63180	Laminectomia y sección de ligamento dentado con o sin injerto de duramadre, cervical; uno o dos segmentos.	42,00	10,00
63182	Laminectomia y sección de ligamento dentado con o sin injerto de duramadre, cervical; más de dos segmentos.	46,00	10,00
63185	Laminectomia con rizotomia; uno o dos segmentos.	34,00	8,00
63190	Laminectomia con rizotomia; más de dos segmentos	37,00	8,00
63191	Laminectomia con sección de nervio espinal accesorio	37,00	10,00
63194	Laminectomia con cordotomia, con sección de un tracto espinotalamico, un solo paso; cervical.	37,00	10,00
63195	Laminectomia con cordotomia, con sección de un tracto espinotalamico, un solo paso; torácica.	37,00	10,00
63196	Laminectomia con cordotomia, con sección de los dos tractos espinotalamicos; un solo paso, cervical.	38,00	10,00
63197	Laminectomia con cordotomia, con sección de los dos tractos espinotalamicos; un solo paso torácica.	38,00	10,00
63198	Laminectomia con cordotomia con sección de dos tractos espinotalamicos, dos etapas, en 14 días, cervical,	43,50	10,00
63199	Laminectomia con cordotomia con sección de dos tractos espinotalamicos, dos etapas, en 14 días, torácica.	43,50	10,00
63200	Laminectomia con liberación de cordón espinal pinzado, lumbar	37,50	8,00
63250	Laminectomia para escisión u oclusión de malformación arteriovenosa de la cuerda espinal; cervical.	45,00	13,00
63251	Laminectomia para escisión u oclusión de malformación arteriovenosa de la cuerda espinal; torácica.	45,00	13,00
63252	Laminectomia para escisión u oclusión de malformación arteriovenosa de la cuerda espinal; toracolumbar.	55,00	13,00
63265	Laminectomia para escisión o evacuación de lesión intraespinal, otra que no sea neoplasia. Extradural, cervical.	40,00	10,00
63266	Laminectomia para escisión o evacuación de lesión intraespinal, otra que no sea neoplasia, extradural, torácica.	40,00	10,00
63267	Laminectomia para escisión o evacuación de lesión intraespinal, otra que no sea neoplasia, extradural, lumbar	36,00	8,00
63268	Laminectomia para escisión o evacuación de lesión intraespinal, otra que no sea neoplasia, extradural, sacra.	36,00	8,00
63270	Laminectomia para escisión de lesión intra espinal diferente a neoplasia intradural, cervical.	42,00	10,00
63271	Laminectomia para escisión de lesión intra espinal diferente a neoplasia intradural, torácica.	42,00	10,00
63272	Laminectomia para escisión de lesión intra espinal diferente a neoplasia	38,00	8,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	intradural, lumbar.		
63273	Laminectomia para escisión de lesión intra espinal diferente a neoplasia intradural, sacra.	38,00	8,00
63275	Laminectomia para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal, extradural cervical	40,00	10,00
63276	Laminectomia para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal, extradural, torácica.	40,00	10,00
63277	Laminectomia para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal, extradural, lumbar.	36,00	8,00
63278	Laminectomia para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal, extradural, sacra.	36,00	8,00
63280	Laminectomia para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal, intradural, extramedular, cervical.	42,00	10,00
63281	Laminectomia para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal, intradural, extramedular, torácica.	42,00	10,00
63282	Laminectomia para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal, intradural extramedular, lumbar	38,00	8,00
63283	Laminectomia para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal, intradural sacral.	38,00	6,00
63285	Laminectomia para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal, intradural, intramedular, cervical.	50,00	10,00
63286	Laminectomia para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal, intradural, intramedular, torácico	50,00	10,00
63287	Laminectomia para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal, intradural, intramedular, toracolumbar.	50,00	8,00
63290	Laminectomia para biopsia / escisión de neoplasia intraespinal; lesión combinada extradural-intradural, cualquier nivel.	52,00	13,00
63295	Reconstrucción osteoblastica de elementos dorsales espinales, después de un procedimiento intraespinal primario (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	5,10	0,00
63300	Corpectomia vertebral cervical, parcial o completa para escisión de lesión intraespinal extradural, segmento único, cervical.	45,00	10,00
63301	Corpectomia vertebral cervical, parcial o completa para escisión de lesión intraespinal extradural, segmento, extradural, torácico, vía transtoracica	50,00	10,00
63302	Corpectomia vertebral cervical, parcial o completa para escisión de lesión intraespinal extradural, segmento, extradural, torácica, vía toraco- lumbar	50,00	10,00
63303	Corpectomia vertebral cervical, parcial o completa para escisión de lesión intraespinal extradural, segmento, extradural. Lumbar o sacra, vía transperitoneal o retroperitoneal.	50,00	8,00
63304	Corpectomia vertebral cervical, parcial o completa para escisión de lesión intraespinal extradural, segmento, intradural, cervical.	45,00	10,00
63305	Corpectomia vertebral cervical, parcial o completa para escisión de lesión intraespinal, segmento, intradural, torácica, vía transtoracica.	50,00	10,00
63306	Corpectomia vertebral cervical, parcial o completa para escisión de lesión intraespinal extradural, segmento, intradural. Torácica, vía toracolumbar.	50,00	10,00
63307	Corpectomia vertebral cervical, parcial o completa para escisión de lesión intraespinal extradural, segmento, intradural. Lumbar o sacra, vía transperitoneal o retroperitoneal.	50,00	8,00
63308	Corpectomia vertebral cervical, parcial o completa para escisión de lesión intraespinal extradural, segmento. Cada segmento adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	6,00	0,00
63600	Creación de lesión esterotáxica del cordón espinal, percutánea, cualquier modalidad (incluyendo estimulación y/o registros).	24,00	5,00
63610	Estimulación estereotaxica de la cuerda espinal percutánea, procedimiento separado no seguido por otra cirugía.	16,80	5,00
63615	Biopsia estereotaxica, aspiración o escisión de lesión del cordón espinal.	29,00	5,00
63620	Radio cirugía estereotáxica (acelerador lineal, rayo gama o rayo de partículas; una lesión en medula espinal	34,00	5,00
63621	Radio cirugía estereotáxica (acelerador lineal, rayo gama o rayo de partículas; cada lesión adicional en medula (listar por separado al procedimiento primario)	8,00	5,00
63650	Implantación percutánea de electrodos para neuroestimulacion, epidural.	11,00	5,00
63655	Laminectomia para implantación de electrodos de neuroestimulación;	14,00	8,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	epidural, placa/paleta.		
63661	Remoción de electrodos de neuroestimulador espinal percutáneo, incluyendo fluroscopia si se lo realiza.	5,00	8,00
63662	Remoción de electrodos de neuroestimulador espinal o placa/paleta. Por laminectomia o laminotomia, incluido fluroscopia , si se la realiza	10,00	8,00
63663	Revisión de electrodos de neuroestimulador espinal o placa/paleta. Incluyendo fluroscopia si se realiza.	7,00	8,00
63664	Revisión de electrodos de neuroestimulador espinal o placa/paleta. Por laminectomia o laminotomia, incluyendo fluoroscopía cuando se realiza	12,00	8,00
63685	Inserción o recolocación de un neuroestimulador espinal de pulso generador o acoplamiento directo o inductivo.	9,60	5,00
63688	Revisión o remoción de generador o recibidor de neuroestimulador de pulsos espinal implantado.	7,00	5,00
63700	Reparo de meningocele: menor de 5 0s. De diámetro.	26,00	8,00
63702	Reparo de meningocele: mayor de 5 0s. De diámetro.	28,00	8,00
63704	Reparo de mielomeningocele; menos de 5 0s. De diámetro.	30,00	8,00
63706	Reparo de mielomeningocele; mayor de 5 0s. De diámetro.	32,00	8,00
63707	Reparación de perdida de LCR dural, sin requerir laminectomia	32,00	8,00
63709	Reparación de perdida de LCR dural o pseudomeningocele, con laminectomia.	32,00	8,00
63710	Injerto dural, espinal	31,00	8,00
63740	Derivación lumbar, subaracnoidea-peritoneal, -pleural u otra, incluyendo laminectomia.	33,80	8,00
63741	Derivación lumbar, subaracnoidea-peritoneal, -pleural u otra, percutáneo, no requiere laminectomia	23,40	8,00
63744	Reemplazo, irrigación o revisión de derivación lumbosubaracnoidea	16,90	8,00
63746	Remoción de derivación lumbosubaracnoidea completa sin reemplazo del sistema.	13,00	8,00

NERVIOS EXTRACRANEALES, NERVIOS PERIFÉRICOS Y SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
64400	Inyección, agente anestésico; nervio trigémino, cualquier división o rama.	2,50	3,00
64402	Inyección, agente anestésico; nervio facial.	1,80	3,00
64405	Inyección, agente anestésico; nervio occipital mayor.	0,70	3,00
64408	Inyección, agente anestésico; nervio vago.	1,20	3,00
64410	Inyección, agente anestésico; nervio frénico	1,20	3,00
64412	Inyección, agente anestésico; nervio accesorio espinal.	1,20	3,00
64413	Inyección, agente anestésico; plexo cervical.	1,20	3,00
64415	Inyección, agente anestésico; plexo braquial.	1,50	3,00
64416	Inyección, agente anestésico; plexo braquial, infusión continua con catéter (incluido colocación de catéter) incluye el manejo diario para administración de agente anestésico	2,70	3,00
64417	Inyección, agente anestésico; nervio axilar.	1,50	3,00
64418	Inyección, agente anestésico; nervio supraescapular.	1,50	3,00
64420	Inyección, agente anestésico; nervio intercostal simple.	1,50	3,00
64421	Inyección, agente intercostal. Múltiple bloqueo regional.	1,50	3,00
64425	Inyección, agente ilioinguinal, nervio iliohipogastrico.	1,50	3,00
64430	Inyección, agente pudendo.	1,50	3,00
64435	Inyección, agente anestésico; paracervical (nervio uterino).	1,50	3,00
64445	Inyección, agente ciático, único.	1,50	3,00
64446	Inyección, agente ciático, infusión continua por catéter (incluye la colocación del catéter), incluye el manejo diario para la administración de un agente anestésico.	2,50	3,00
64447	Inyección de agente anestésico, nervio femoral, único.	1,20	3,00
64448	Inyección de agente anestésico, nervio femoral, infusión continua por catéter (incluye la colocación del catéter), incluye el manejo diario para la administración de un agente anestésico.	2,30	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
64449	Inyección de agente anestésico; plexo lumbar, vía posterior, infusión continua por catéter (incluye la colocación del catéter), incluye el manejo diario para la administración de un agente anestésico.	1,40	3,00
64450	Inyección de agente anestésico; otros nervios periféricos o ramas.	0,60	3,00
64455	Inyección de anestésico o esteroides, al nervio digital común ej. Neuroma de morton	0,60	3,00
64479	Inyección de agente anestésico y/o esteroide, transforaminal epidural, cervical o torácica, un nivel.	2,50	5,00
64480	Inyección de agente anestésico y/o esteroide, transforaminal epidural, cervical o torácica, cada segmento adicional cervical o torácico (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	1,20	0,00
64483	Inyección de agente anestésico y/o esteroide, transforaminal epidural, lumbar o sacro, un nivel.	2,00	5,00
64484	Inyección de agente anestésico y/o esteroide, transforaminal epidural, lumbar o sacro, cada segmento adicional lumbar o sacro (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	1,00	0,00
64490	Inyección de agente anestésico diagnostico o terapéutico, articulación facetaria paravertebral o nervio fascetario; guiado por imagen de fluroscopia, cervical o torácica, único nivel	1,70	5,00
64491	Segundo nivel, lístelo separadamente en adición al código primario	1,00	0,00
64492	Tercer nivel y ningún nivel adicional, lístelo separadamente en adición al código primario	1,00	0,00
64493	Inyección de agente anestésico diagnostico o terapéutico, articulación facetaria paravertebral o nervio fascetario; guiado por imagen de fluroscopia, lumbar o sacro único nivel	1,50	5,00
64494	Segundo nivel, lístelo separadamente en adición al código primario	1,00	0,00
64495	Tercer nivel y ningún nivel adicional, lístelo separadamente en adición al código primario	1,00	0,00
64505	Inyección, agente anestésico; ganglio esfenopalatino.	1,30	3,00
64508	Inyección, agente anestésico; seno - carotideo (procedimiento separado).	1,30	3,00
64510	Inyección, agente anestésico; ganglio estrellado (simpático cervical).	1,30	3,00
64517	Inyección, agente anestésico; plexo hipogástrico superior.	1,10	3,00
64520	Inyección, agente anestésico; lumbar o torácico (simpático paravertebral).	1,50	5,00
64530	Inyección, agente anestésico; plexo celiaco, con o sin monitoreo radiológico.	1,30	3,00
64550	Aplicación de neuroestimulador transcutaneo de superficie.	1,00	0,00
64553	Implantación percutánea de electrodos para neuroestimulador; nervio craneal	4,60	5,00
64555	Implantación percutánea de electrodos para neuroestimulador; nervio periférico.	3,60	3,00
64560	Implantación percutánea de electrodos para neuroestimulador; nervio autonómico.	3,60	3,00
64561	Implantación percutánea de electrodos para neuroestimulador; nervio sacro (colocación transforaminal).	5,00	3,00
64565	Implantación percutánea de electrodos para neuroestimulador; neuromuscular.	3,60	3,00
64566	Neuroestimulaciòn tibial posterior, con electrodo percutáneo, tratamiento único, incluye programación	0,80	0,00
64568	Incisión para implantación de electrodos para neuroestimulacion; nervio craneano y generador de pulso. (Ej. Nervio vago)	17,60	5,00
64569	Incisión para implantación de electrodos para neuroestimulacion; nervio craneano, incluye la conexión del generador de pulso. (Ej. Nervio vago)	17,30	3,00
64570	Remoción para implantación de electrodos para neuroestimulacion; nervio craneano y generador de pulso. (Ej. Nervio vago)	15,20	5,00
64575	Incisión para implantación de electrodos para neuroestimulacion; nervio periférico.	6,80	4,00
64577	Incisión para implantación de electrodos para neuroestimulacion; nervio autonómico.	6,80	5,00
64580	Incisión para implantación de electrodos para neuroestimulacion; neuromuscular.	6,80	4,00
64581	Incisión para implantación de electrodos para neuroestimulacion; nervio	9,00	8,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	sacro (colocación transforaminal).		
64585	Revisión o retiro de electrodos para neuroestimulador periférico.	5,90	5,00
64590	Inserción o recolocación de un neuroestimulador periférico de pulso generador o acoplamiento directo o inductivo.	6,40	5,00
64595	Revisión o retiro de receptor o generador de pulsos del neuroestimulador periférico.	4,30	5,00
64600	Destrucción por agente neurolitico, nervio trigémino; supra orbital, infraorbitario, mentoniano o rama alveolar inferior.	2,50	3,00
64605	Destrucción por agente neurolitico, segunda y tercera división a nivel del agujero oval.	4,50	3,00
64610	Destrucción por agente neurolitico, segunda y tercera división a nivel del agujero oval bajo control radiológico.	5,50	3,00
64611	Destrucción con agente neurolìtico de glándulas parótida, salival, submaxilar, bilateral.	2,50	3,00
64612	Destrucción con agente neurolitico de músculos inervados por el nervio facial (ej.: por bleforoespasmo, espasmo hemifacial).	2,40	3,00
64613	Destrucción por agente neurolitico, músculos cervicales espinales (ej.: por torticolis espasmódica).	2,40	5,00
64614	Destrucción por agente neurolitico, musculo (s) de tronco y/o extremidad (es) (ej.: por parálisis cerebral distónica, esclerosis múltiple).	2,60	5,00
64620	Destrucción por agente neurolitico nervio intercostal.	1,50	5,00
64622	Destrucción por agente neurolitico, nervio paravertebral facetario; lumbar o sacro, un nivel.	2,50	5,00
64623	Destrucción por agente neurolitico, nervio paravertebral facetario; lumbar o sacro, cada nivel lumbar o sacro adicional (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	0,50	0,00
64626	Destrucción por agente neurolitico, nervio paravertebral facetario; cervical o torácico, un nivel.	3,90	5,00
64627	Destrucción por agente neurolitico, nervio paravertebral facetario; cada segmento cervical o torácico adicional (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	1,50	0,00
64630	Destrucción por agente neurolitico, nervio pudendo.	0,80	3,00
64632	Destrucción por agente neurolitico; nervio digital común plantar	1,10	3,00
64640	Destrucción por agente neurolitico, otros nervios periféricos o ramas.	0,80	3,00
64650	Quimio denervación de glándulas ecrinas. Dos axilas	0,80	3,00
64653	Otra área (cuero cabelludo, cara, cuello) por día	1,00	3,00
64680	Destrucción por agente neurolitico plexo celiaco, con o sin monitoreo radiológico.	0,80	3,00
64681	Destrucción por agente neurolitico plexo hipogástrico superior.	2,10	3,00
64702	Neuroplastia; digital, uno o ambos del mismo dedo.	5,00	3,00
64704	Neuroplastia; en nervio de mano o pie.	8,00	3,00
64708	Neuroplastia de nervio periférico mayor, brazo o pierna distinto a los especificados.	10,00	3,00
64712	Neuroplastia de nervio ciático.	14,00	4,00
64713	Neuroplastia de plexo braquial.	13,00	5,00
64714	Neuroplastia de plexo lumbar.	13,00	8,00
64716	Neuroplastia y/o transposición; nervio craneano (especificado).	15,00	5,00
64718	Neuroplastia y/o transposición; nervio cubital a nivel del codo	11,00	3,00
64719	Neuroplastia y/o transposición; nervio cubital a nivel de muñeca.	7,90	3,00
64721	Neuroplastia y/o transposición; nervio mediano a nivel de túnel carpiano.	8,40	3,00
64722	Descompresión; nervios no especificados (especifique)	10,00	4,00
64726	Descompresión; nervio digital plantar.	4,80	3,00
64727	Neurolisis interna, requiriendo uso de microscopio operatorio (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario). (neuroplastia incluye neurolisis externa).	Equivale al 25% del procedimiento principal	0,00
64732	Sección o avulsión de nervio supraorbitario.	8,40	5,00
64734	Sección o avulsión de nervio infraorbitario.	8,40	5,00
64736	Sección o avulsión de nervio mentoniano.	12,00	5,00
64738	Sección o avulsión de nervio alveolar inferior por osteotomía.	12,00	5,00
64740	Sección o avulsión de nervio lingual.	6,00	5,00
64742	Sección o avulsión de nervio facial.	12,00	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
64744	Sección o avulsión de nervio occipital mayor.	9,00	5,00
64746	Sección o avulsión de nervio frénico.	6,00	5,00
64752	Sección o avulsión de nervio vago (vagotomía) transtorácico.	16,70	12,00
64755	Sección o avulsión de vagotomía limitada al tercio proximal del estómago (vagotomía selectiva proximal, vagotomía gástrica proximal, vagotomía de células parietales, vagotomía selectiva supragastrica o altamente selectiva.	25,30	7,00
64760	Sección o avulsión de vagotomía nervio vago (vagotomía) abdominal.	16,10	7,00
64761	Sección o avulsión de nervio pudendo	5,80	3,00
64763	Sección o avulsión del nervio obturador, extrapelvico, con o sin tenotomía de aductores	6,90	3,00
64766	Sección o avulsión de nervio obturador, intrapelvico, con o sin tenotomía de aductores	11,50	4,00
64771	Transeccion o avulsión de otro nervio craneal, extradural.	13,20	11,00
64772	Sección de avulsión de otros nervios espinales extradurales.	7,20	10,00
64774	Escisión de neuroma; nervio cutáneo quirúrgicamente identificable.	4,80	5,00
64776	Escisión de neuroma; nervio digital, uno o ambos, mismo dedo	4,80	3,00
64778	Escisión de neuroma; nervio digital, cada dedo adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	2,00	0,00
64782	Escisión de neuroma; mano o pie, excepto nervio digital.	7,20	3,00
64783	Escisión de neuroma; mano o pie, cada nervio adicional, excepto en el mismo dedo (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	3,00	0,00
64784	Escisión de neuroma; nervio periférico mayor, excepto ciático.	10,80	4,00
64786	Escisión de neuroma; nervio ciático.	12,60	4,00
64787	Implantación de terminación nerviosa dentro de hueso o musculo (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	6,30	0,00
64788	Escisión de neurofibroma o neurilenoma; nervio cutáneo.	7,60	5,00
64790	Escisión de neurofibroma o neurilenoma nervio periférico mayor.	9,90	5,00
64792	Escisión de neurofibroma o neurilenoma extenso (incluyendo de tipo maligno)	12,10	5,00
64795	Biopsia de nervio.	3,00	5,00
64802	Simpatectomía cervical	16,00	10,00
64804	Simpatectomía cervicotorácica	22,00	10,00
64809	Simpatectomía toracolumbar	22,00	13,00
64818	Simpatectomía lumbar	13,20	7,00
64820	Simpatectomía de arterias digitales, cada dedo	15,00	3,00
64821	Simpatectomía arteria radial.	11,00	3,00
64822	Simpatectomía arteria cubital	11,00	3,00
64823	Simpatectomía arco palmar superficial.	12,70	3,00
64831	Sutura de nervio digital mano o pie. Un nervio.	5,80	3,00
64832	Sutura de nervio digital mano o pie. Cada nervio digital adicional. (Anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	2,50	0,00
64834	Sutura de un nervio de la mano o el pie; nervio común sensitivo.	8,00	3,00
64835	Sutura de un nervio de la mano o el pie; rama motora tenar	10,00	3,00
64836	Sutura de un nervio de la mano o el pie; motora cubital.	12,00	3,00
64837	Sutura de cada nervio adicional en mano o pie. (Anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	6,00	0,00
64840	Sutura del nervio tibial posterior.	12,00	3,00
64856	Sutura de un nervio periférico mayor; de brazo o pierna, excepto ciático, incluyendo transposición.	12,00	3,00
64857	Sutura de un nervio periférico mayor; de brazo o pierna, excepto ciático, sin transposición.	12,00	3,00
64858	Sutura de nervio ciático.	14,70	3,00
64859	Sutura de cada nervio periférico mayor, adicional. (Anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	6,00	0,00
64861	Sutura de; plexo braquial.	13,50	5,00
64862	Sutura de plexo lumbar.	13,50	8,00
64864	Sutura de nervio facial (extracraneal).	12,00	5,00
64865	Sutura de nervio facial (extracraneal).infratemporal con o sin injerto.	12,00	11,00
64866	Anastomosis; accesorio facial - espinal.	29,50	5,00
64868	Anastomosis; facial - hipogloso	29,50	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
64870	Anastomosis; facial-frénico	29,50	5,00
64872	Sutura de nervio; que requiera sutura secundaria o retardada (se añade a código para neurorrafia primaria).nota: valor equivale al 25% del procedimiento primario	Equivale al 25% del procedimiento principal	0,00
64874	Sutura de nervio; requiriendo movilización proximal extensa o transposición nerviosa (se añade a código para sutura nerviosa).nota: valor equivale al 25% del procedimiento primario	Equivale al 25% del procedimiento principal	0,00
64876	Sutura de nervio; requiriendo acortamiento de un hueso de extremidad. (Anote separadamente en adición al código de sutura de nervio). Nota: valor equivale al 25% del procedimiento primario	Equivale al 25% del procedimiento principal	0,00
64885	Injerto de nervio, cabeza o cuello, hasta 4 cm de extensión.	29,50	5,00
64886	Injerto de nervio, cabeza o cuello, más de 4 cm de extensión.	32,00	5,00
64890	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto) un cabo nervioso mano o pie, hasta 4 cm de longitud.	14,00	3,00
64891	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto) un cabo nervioso mano o pie, más de 4 cm de longitud.	16,00	3,00
64892	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto) un cabo nervioso, brazo o pierna; hasta 4 cm de longitud.	14,00	4,00
64893	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto) un cabo nervioso, brazo o pierna; más de 4 cm de longitud.	16,00	4,00
64895	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto) varios cabos (cable) mano o pie, hasta 4 cm de longitud.	18,00	3,00
64896	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto) varios cabos (cable) mano o pie, más de 4 cm de longitud.	20,00	3,00
64897	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto) varios cabos (cable) brazo o pierna hasta 4 cm de longitud.	18,00	4,00
64898	Injerto nervioso (incluye la obtención del injerto) varios cabos (cable) brazo o pierna más de 4 cm de longitud.	20,00	4,00
64901	Injerto de nervio, cada nervio adicional; 1 cabo. (Anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	2,00	0,00
64902	Injerto de nervio, cada nervio adicional; varios cabos (cable). (Anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	4,00	0,00
64905	Transferencia pedículo nervioso; primer tiempo.	8,00	4,00
64907	Transferencia pedículo nervioso; segundo tiempo.	8,00	4,00
64910	Reparo de nervio con injerto venoso alogénico o conducto sintético, cada nervio	14,00	4,00
64911	Reparo de nervio con injerto venoso autógeno, cada nervio	17,00	4,00
64999	Procedimientos no listados, sistema nervioso	CM (criterio medico	4,00

OJO Y ANEXOS OCULARES

GLOBO OCULAR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
65091	Evisceración del contenido ocular sin implante.	12,00	5,00
65093	Evisceración del contenido ocular con implante.	15,00	5,00
65101	Enucleación del ojo, sin implante	15,00	5,00
65103	Enucleación del ojo con implante músculos no suturados al implante.	16,80	5,00
65105	Enucleación del ojo con implante; inserción de músculos al implante.	20,40	5,00
65110	Exenteración de orbita sin incluir injerto de piel.; solamente	24,00	5,00
65112	Exenteración de orbita sin incluir injerto de piel.; con extirpación terapéutica del hueso.	27,00	5,00
65114	Exenteración de orbita sin incluir injerto de piel.; con extirpación terapéutica del hueso. Con colgajo miocutaneo o musculo	31,20	5,00
65125	Modificación de un implante ocular, con colocación o recolocación de	7,20	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	clavijas (ej.: moldeando receptáculo para que el implante ajuste). (procedimiento separado)		
65130	Inserción de un implante ocular después de la evisceración, en la esclera.	13,80	5,00
65135	Inserción de un implante ocular luego de enucleación, sin fijación muscular al implante	15,00	5,00
65140	Inserción de un implante ocular luego de enucleación, reimplantar los músculos al implante.	18,00	5,00
65150	Reinserción de implante ocular, con o sin injerto conjuntival.	13,20	5,00
65155	Uso de material extraño para reforzar y/o fijar los músculos al implante.	14,40	5,00
65175	Remoción de implante ocular.	9,00	5,00
65205	Extracción de cuerpo extraño externo conjuntival superficial.	0,70	5,00
65210	Cuerpo extraño incluido en la conjuntiva, sin perforar la esclera.	0,80	5,00
65220	Extracción de cuerpo extraño corneano, sin uso de lámpara de hendidura.	0,80	5,00
65222	Extracción de cuerpo extraño corneano, con lámpara de hendidura.	1,20	5,00
65235	Remoción de cuerpo extraño intraocular; de la cámara anterior o cristalino	17,30	5,00
65260	Remoción de cuerpo extraño intraocular; del segmento posterior, extracción de tipo magnético vía anterior o posterior.	23,00	5,00
65265	Remoción de cuerpo extraño intraocular; del segmento posterior, extracción no magnética.	23,00	5,00
65270	Reparo de laceración conjuntival con o sin heridas no perforantes de esclera, sutura directa.	2,60	5,00
65272	Reparo de la conjuntiva con movilización y reacomodación, sin hospitalización.	3,90	5,00
65273	Reparo de la conjuntiva, con movilización y reacomodación con hospitalización.	6,50	5,00
65275	Reparo de la córnea no perforante con o sin extracción de cuerpo extraño.	8,60	5,00
65280	Reparo de la córnea y/o escalera, perforante sin compromiso del tejido uveal.	15,40	5,00
65285	Reparo de córnea y/o esclera, perforadas, con reposición o resección de tejido uveal	16,50	5,00
65286	Aplicación de tejido de unión, en heridas de córnea y/o esclera.	12,00	5,00
65290	Reparo de la herida con compromiso de músculos extra oculares, tendones y/o capsula de tenon.	12,00	5,00

SEGMENTO ANTERIOR, CÓRNEA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
65400	Escisión de lesión corneana mediante queratectomia lamelar, excepto pterigio.	9,60	5,00
65410	Biopsia de córnea.	6,00	5,00
65420	Resección o transposición de pterigion, sin injerto.	6,00	5,00
65426	Resección o transposición de pterigion, con injerto	8,40	5,00
65430	Raspado de la córnea para diagnóstico, para coloración y/o cultivo.	0,60	5,00
65435	Despitelizacion con o sin cauterización química.	1,00	5,00
65436	Despitelizacion con o sin cauterización química. Con aplicación de un agente quelante como edta.	2,60	5,00
65450	Destrucción de lesión corneal con crioterapia, fotocoagulación o termocauterizacion.	1,70	5,00
65600	Punciones múltiples de córnea anterior (ej.: por erosión corneal, tatuaje).	7,20	5,00
65710	Queratoplastia (trasplante corneal) lamelar	24,00	6,00
65730	Queratoplastia penetrante (excepto en afaquia)	29,50	6,00
65750	Queratoplastia penetrante en afaquia.	35,00	6,00
65755	Queratoplastia penetrante en pseudoafaquia	25,00	6,00
65756	Queratoplastia implante de anillos intraestromales	18,00	6,00
65757	Preparación de auto injerto corneal endotelial antes del trasplante	9,80	6,00
65760	Queratomileuisis	22,40	5,00
65765	Queratofaquia.	24,50	6,00
65767	Epiqueratoplastia	19,60	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
65770	Queratoprotesis.	30,00	6,00
65771	Queratotomia radial	9,80	5,00
65772	Incisión corneal para corrección de astigmatismo inducido quirúrgicamente	17,00	5,00
65775	Resección en cuna de córnea para corrección de astigmatismo inducido quirúrgicamente.	22,00	5,00
65778	Colocación de membrana amniótica de la superficie ocular, de una herida por quemadura, en un proceso de cicatrización por segunda intención.	2,10	5,00
65779	Colocación de membrana amniótica de la superficie ocular; capa única, suturada.	8,00	5,00
65780	Reconstrucción de superficie ocular; trasplante de membrana amniótica.	7,20	5,00
65781	Aloinjerto de células del limbo. (ej.: donante vivo o cadavérico)	11,00	5,00
65782	Autoinjerto conjuntival límbico (incluye la obtención del injerto).	9,50	5,00

SEGMENTO ANTERIOR CÁMARA ANTERIOR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
65800	Paracentesis de cámara anterior para aspiración diagnostica de humor acuoso. (procedimiento separado)	3,00	5,00
65805	Paracentesis de cámara anterior para aspiración diagnostica de humor acuoso. (Procedimiento separado) con liberación terapéutica de humor acuoso.	2,50	5,00
65810	Paracentesis de cámara anterior para aspiración diagnostica de humor acuoso. (Procedimiento separado) con extracción de vítreo y/o disección de membrana hialoidea anterior con o sin inyección de aire.	10,00	5,00
65815	Extracción de sangre con o sin irrigación; con o sin inyección de aire.	15,00	5,00
65820	Goniotomia.	12,60	4,00
65850	Trabeculotomia ab externo.	18,40	5,00
65855	Trabeculotomia con cirugía láser, una o más sesiones.	10,00	5,00
65860	Liberación de adherencias del segmento anterior con técnica laser(procedimiento separado)	5,90	5,00
65865	Liberación de adherencias del segmento anterior, técnica insicional, con o sin inyección de aire o liquido (procedimiento separado); para goniosinequia	12,60	5,00
65870	Liberación de sinequia anterior excepto goniosinequias.	11,40	5,00
65875	Sinequiotomia posterior.	12,00	5,00
65880	Adherencias corneo- vitreales.	12,60	5,00
65900	Remoción de epitelizacion de cámara anterior.	15,60	5,00
65920	Extirpación material implantado cámara anterior.	24,00	5,00
65930	Extirpación coagulo cámara anterior.	12,00	5,00
66020	Inyección de aire o liquido en cámara anterior.(procedimiento separado)	3,30	5,00
66030	Inyección de medicación en cámara anterior.	3,50	5,00

SEGMENTO ANTERIOR ESCLERA ANTERIOR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
66130	Extirpación lesión escleral.	4,60	5,00
66150	Fistulización de esclera por glaucoma mediante trepanación con iridectomía.	16,70	5,00
66155	Termocauterizacion con iridectomía.	16,10	5,00
66160	Esclerectomia con punch o tijeras, con iridectomía.	16,10	5,00
66165	Iridencleisis o iridostasis.	17,30	5,00
66170	Trabeculectomia ab externo, en ausencia de cirugía anterior.	17,30	5,00
66172	Trabeculectomia ab externo por cicatrización de cirugía o trauma ocular previo (no incluye inyección de agentes antifibroticos)	20,70	5,00
66174	Dilatación transluminal del canal de arco ocular, sin retención del stent.	32,50	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
66175	Con retención del stent.	37,80	5,00
66180	Shunt del humor acuoso al reservorio extraocular (ej.: molteno, sclocket, denver-kruin).	16,70	5,00
66185	Revisión del shunt del humor acuoso al reservorio extraocular.	12,10	5,00
66220	Reparo de estafiloma escleral, sin injerto.	20,00	5,00
66225	Reparo de estafiloma escleral, con injerto.	24,00	5,00
66250	Revisión y reparo de heridas quirúrgicas del segmento anterior de cualquier tipo, temprano o tardío. Procedimiento mayor o menor.	10,00	5,00

SEGMENTO ANTERIOR IRIS Y CUERPO CILIAR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
66500	Iridectomía mediante incisión sin transfixión.	8,40	5,00
66505	Iridectomía mediante incisión con transfixión, como por iris abombado.	8,40	5,00
66600	Iridectomía con incisión corneo o corneaescleral para extirpación de lesión.	16,10	6,00
66605	Iridectomía con incisión corneo o corneaescleral para extirpación de lesión. Con ciclectomia	25,30	6,00
66625	Iridectomía periférica para glaucoma. (procedimiento separado)	11,50	6,00
66630	Iridectomía sectorial para glaucoma (procedimiento separado).	11,50	6,00
66635	Iridectomía óptica. (procedimiento separado)	11,50	6,00
66680	Reparo de iris y cuerpo ciliar. (como para iridodialisis)	13,80	5,00
66682	Sutura de iris, cuerpo ciliar. (procedimiento separado), con reparación de sutura a través de pequeña incisión	17,30	5,00
66700	Destrucción del cuerpo ciliar; diatermia	10,40	5,00
66710	Ciclofotocoagulacion, transescleral.	10,40	5,00
66711	Ciclofotocoagulacion, endoscópica.	8,00	5,00
66720	Crioterapia.	10,40	5,00
66740	Ciclodialisis.	10,40	5,00
66761	Iridotomia/iridectomía por cirugía láser (ejem. Glaucoma), una o más sesiones	11,50	6,00
66762	Iridoplastia por fotocoagulación, una o más sesiones (ejem. Para mejorar la visión por ampliación del ángulo de la cámara anterior)	7,20	6,00
66770	Destrucción de quiste o lesión de iris o cuerpo ciliar. (procedimiento no excisional)	9,00	5,00

CÁMARA ANTERIOR LENTE (CRISTALINO)

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
66820	Disección de catarata secundaria membranosa mediante cuchillete de wheeler.	6,30	6,00
66821	Cirugía láser (ejem. Yag-laser), uno o más tiempos	6,30	6,00
66825	Reposición de prótesis de lente intraocular, requiriendo una incisión (procedimiento separado)	12,90	6,00
66830	Extracción de catarata membranosa secundaria con incisión corneo-escleral con o sin iridectomía (iridocapsulectomia o iridocapsulotomia).	18,00	6,00
66840	Extracción del cristalino mediante técnicas de aspiración en una o más etapas.	18,00	6,00
66850	Facofragmentacion mecánica o ultrasónica, facoemulsificacion con aspiración.	20,00	6,00
66852	Abordaje a la pars plana, con o sin vitrectomia.	16,00	6,00
66920	Abordaje a la pars plana, intracapsular	20,00	6,00
66930	Abordaje a la pars plana, intracapsular para cristalino luxado.	24,00	6,00
66940	Abordaje a la pars plana, extracapsular.	20,00	6,00
66982	Remoción de catarata extracapsular con inserción de prótesis de lente intraocular (en un solo procedimiento), técnica manual o mecánica (ej.:	35,20	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	irrigación y aspiración o facoemulsificacion), compleja, requiriendo dispositivos o técnicas no generalmente usadas en la cirugía rutinaria de catarata (ej.: dispositivo de expansión del iris, sutura de soporte para lente intraocular, o capsulorresis primaria posterior) o realizada en pacientes el estadio de desarrollo ambliogenico.		
66983	Extracción de catarata intracapsular con inserción de lente intraocular. (un solo tiempo)	28,00	6,00
66984	Remoción de catarata extracapsular con inserción de lente intraocular (procedimiento de un solo momento), técnica manual o mecánica (ej., irrigación y aspiración o facoemulsificacion).	28,00	6,00
66985	Implantación de lente intraocular (implantación secundaria), no asociada con remoción de catarata concurrente	20,00	6,00
66986	Cambio de lente intraocular.	22,00	6,00
66990	Uso de endoscopio oftálmico (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	1,20	0,00
66999	Procedimientos que no se encuentran listados. Segmento anterior	CM (criterio medico)	5,00

SEGMENTO POSTERIOR VÍTREO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
67005	Extracción de vítreo vía anterior a través de cielo abierto o incisión limbal; remoción parcial.	18,00	6,00
67010	Vitrectomia subtotal con extracción mecánica mediante aparato de vitrectomia.	25,00	6,00
67015	Aspiración o liberación de vítreo, liquido subretiniano o coroidal, abordaje vía pars plana (esclerotomia posterior).	12,10	6,00
67025	Inyección de vítreo artificial vía pars plana o límbica (intercambio liquido-gas) con o sin aspiración (procedimiento separado)	12,10	6,00
67027	Implantación de sistema de liberación de fármacos dentro del vítreo, incluye remoción concomitante del vítreo	5,50	6,00
67028	Inyección de agente farmacológico dentro del vítreo.	7,70	6,00
67030	Disección de bandas vítreas sin extirpación, vía pars plana	17,30	6,00
67031	Liberación de bandas vítreas, adherencias, membranas u opacidades, con cirugía láser (uno o más tiempos)	12,70	6,00
67036	Vitrectomia mecánica, vía pars plana.	38,50	6,00
67039	Vitrectomia mecánica, vía pars plana. Con fotocoagulación focal, endolaser.	35,20	6,00
67040	Vitrectomia mecánica, vía pars plana. Con fotocoagulación endolaser panretinal.	37,40	6,00
67041	Vitrectomia mecánica, vía pars plana. Con remoción de la membrana celular preretinal	18,50	6,00
67042	Vitrectomia mecánica, vía pars plana. Con remoción de la membrana limitante interna de la retina	21,00	6,00
67043	Vitrectomia mecánica, vía pars plana. Con remoción de la membrana subretinal	22,00	6,00

SEGMENTO POSTERIOR RETINA O COROIDES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
67101	Reparación de desprendimiento de retina, con crioterapia o diatermia, una o más sesiones, con o sin drenaje de líquido subretinal.	25,00	6,00
67105	Fotocoagulación, con o sin drenaje de líquido subretinal	22,50	6,00
67107	Reparación de desprendimiento de retina, bucle escleral (tales como disección lamellar escleral, imbricación o cerclaje) con o sin implante, con o sin crioterapia, fotocoagulación y drenaje de líquido subretinal.	28,00	6,00
67108	Reparación de desprendimiento de retina, bucle escleral (tales como	41,00	6,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	disección lamellar escleral, imbricación o cerclaje) con o sin implante, con o sin crioterapia, fotocoagulación y drenaje de líquido subretinal. Con vitrectomia, cualquier método, con o sin taponamiento de aire o gas, fotocoagulación focal endolaser, crioterapia, drenaje de líquido subretinal, buckling escleral y/o remoción de cristalino por la misma técnica.		
67110	Reparación de desprendimiento de retina, por inyección de aire u otro gas (ejem. Retinopexia neumática)	13,00	6,00
67112	Por buckling escleral o vitrectomia, en pacientes que han tenido una reparación previa de desprendimiento de retina ipsilateral usando el buckling escleral o técnicas de vitrectomia	30,00	6,00
67113	Reparo complejo de un desprendimiento de retina ej. Retinopatía del vítreo, estadio c-1 o mayor, desprendimiento por tracción retinal diabética, retinopatía del prematuro, laceración retinal de más de 90 grados, con vitrectomia y peeling de la membrana	22,00	6,00
67115	Liberación de material que rodea al ojo (segmento posterior).	10,80	5,00
67120	Extirpación del material implantado en el segmento posterior; extraocular.	10,80	5,00
67121	Extirpación del material implantado en el segmento posterior; intraocular	14,40	6,00
67141	Profilaxis de desprendimiento de retina (ej.: rotura de retina) sin drenaje, una o más sesiones; crioterapia o diatermia.	10,80	6,00
67145	Profilaxis de desprendimiento de retina (ej.: rotura de retina) sin drenaje, una o más sesiones; fotocoagulación (laser, xenón)	14,40	6,00
67208	Destrucción de lesión localizada de retina (ej. Maculopatia, coroideopatia, pequeño tumor una o más sesiones, con crioterapia, diatermia.	14,00	6,00
67210	Destrucción de lesión localizada de retina (ej. Maculopatia, coroideapatia, pequeño tumor una o más sesiones, .fotocoagulación	12,00	6,00
67218	Irradiación con implantación de fuente radioactiva. (incluye remoción de la fuente)	22,00	6,00
67220	Destrucción de lesión localizada en la coroides, (ej.: neovascularizacion coroidea) una o más sesiones, fotocoagulación (laser)	15,00	6,00
67221	Destrucción de lesión localizada en la coroides, (ej.: neovascularizacion coroidea) una o más sesiones, terapia fotodinámica (incluye la infusión intravenosa)	4,00	6,00
67225	Terapia fotodinámica, segundo ojo (sesión única). (anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	0,80	-
67227	Destrucción de retinopatía extensa o progresiva (ej.: retinopatía diabética) con crioterapia, diatermia, una o más sesiones.	15,00	6,00
67228	Fotocoagulación (laser, xenón).	12,00	6,00
67229	Infante pretérmino (menos de 37 semanas de gestación) realizado desde el nacimiento hasta 1 ano de edad, retinopatía del prematuro, fotocoagulación o crioterapia	16,00	6,00
67250	Refuerzo escleral (procedimiento separado); sin injerto.	20,50	5,00
67255	Refuerzo escleral (procedimiento separado); con injerto.	24,00	5,00
67299	Procedimientos no listados, segmento posterior	CM (criterio medico	5,00

ANEXOS OCULARES - MUSCULOS EXTRAOCULARES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
67311	Cirugía de estrabismo. Un musculo horizontal. (paciente no operado previamente)	18,00	5,00
67312	Cirugía de estrabismo. Dos músculos horizontales.	21,60	5,00
67314	Cirugía de estrabismo. Un musculo vertical (excluyendo el oblicuo superior)	18,00	5,00
67316	Cirugía de estrabismo. Dos o más músculos verticales (excluido el oblicuo superior).	22,80	5,00
67318	Cirugía para estrabismo, cualquier procedimiento, musculo oblicuo superior	19,20	5,00
67320	Procedimiento de transposición (ejem. Para musculo extraocular paretico), cualquier musculo extraocular (especificar). (Anote	19,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	separadamente en adición al código del procedimiento primario).		
67331	Cirugía para estrabismo en pacientes con cirugía o lesión ocular previa que no incluye los músculos extraoculares. (Anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	15,00	0,00
67332	Cirugía de estrabismo en paciente con cicatriz de músculos extraoculares (ej. Lesión ocular previa, estrabismo o cirugía por desprendimiento de retina) o miopatía restrictiva. (ej. oftalmopatia tiroidea). (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	20,00	0,00
67334	Cirugía de estrabismo con técnica de fijación posterior con o sin resección muscular. (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	15,00	0,00
67335	Colocación de suturas ajustables durante cirugía de estrabismo incluye ajuste posterior de suturas. (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	4,00	0,00
67340	Cirugía de estrabismo que involucra exploración y/o reparación de desprendimiento de músculos extra oculares. (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	19,00	0,00
67343	Liberación de tejido cicatrizal extenso sin desprendimiento de músculos extraoculares. (procedimiento separado)	17,40	5,00
67345	Quimiodenervacion de musculo extraocular.	3,90	5,00
67346	Biopsia para musculo extraocular.	3,60	5,00
67399	Otros procedimientos, músculos oculares	CM (criterio medico	5,00

ANEXOS OCULARES ORBITA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
67400	Orbitotomia con colgajo óseo (vía frontal o transconjuntival) para exploración con o sin biopsia.	16,80	5,00
67405	Orbitotomia con colgajo óseo (vía frontal o transconjuntival) para exploración con o sin biopsia. Con drenaje solamente.	16,80	5,00
67412	Orbitotomia con colgajo óseo (vía frontal o transconjuntival) para exploración con o sin biopsia. Con extirpación de lesión.	22,00	5,00
67413	Orbitotomia con colgajo óseo (vía frontal o transconjuntival) para exploración con o sin biopsia. Con extracción de cuerpo extraño.	24,00	5,00
67414	Orbitotomia con colgajo óseo (vía frontal o transconjuntival) para exploración con o sin biopsia. Con remoción de hueso para descompresión.	25,20	5,00
67415	Aspiración con aguja de contenido orbitario	3,50	5,00
67420	Orbitotomia con colgajo óseo o ventana y acceso lateral tipo kroenlein con extirpación de lesión.	27,60	5,00
67430	Orbitotomia con colgajo óseo o ventana y acceso lateral tipo kroenlein con extirpación de cuerpo extraño.	25,20	5,00
67440	Orbitotomia con colgajo óseo o ventana y acceso lateral tipo kroenlein con drenaje	24,00	5,00
67445	Orbitotomia con colgajo óseo o ventana y acceso lateral tipo kroenlein con remoción de hueso para descompresión.	26,40	5,00
67450	Orbitotomia con colgajo óseo o ventana y acceso lateral tipo kroenlein para exploración con o sin biopsia.	24,00	5,00
67500	Inyección retrobulbar para medicación, no incluye provisión de la medicación.	1,50	5,00
67505	Alcohol retrobular.	1,10	5,00
67515	Inyección de agente terapéutico en la capsula de tenon	0,80	5,00
67550	Implante orbitario por fuera del cono muscular; inserción.	14,40	5,00
67560	Implante orbitario por fuera del cono muscular; extirpación o revisión.	12,00	5,00
67570	Descompresión de nervio óptico, (ej.: incisión o fenestracion de vainas del nervio óptico.	10,80	5,00
67599	Procedimientos no listados, orbita	CM (criterio medico)	5,00

ANEXOS OCULARES PARPADOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
67700	Blefarotomia o drenaje de absceso palpebral.	2,00	5,00
67710	Liberación de tarsorrafia.	1,30	5,00
67715	Cantotomia.	2,00	5,00
67800	Extirpación chalazión simple.	1,50	5,00
67801	Extirpación chalazión múltiple, mismo parpado.	1,90	5,00
67805	Extirpación chalazión múltiple en diferentes parpados.	2,20	5,00
67808	Extirpación chalazión múltiple en diferentes parpados, bajo anestesia general, con o sin hospitalización; simple o múltiple.	4,20	5,00
67810	Biopsia de parpado.	1,30	5,00
67820	Corrección triquiasis, depilación con fórceps solamente.	0,40	5,00
67825	Depilación con otros procedimientos que no sean fórceps (ejem. Electrocirugía, crioterapia, laser)	1,30	5,00
67830	Incisión de borde palpebral.	1,50	5,00
67835	Incisión de borde palpebral con injerto mucoso libre.	15,60	5,00
67840	Extirpación de lesión de parpado, excepto chalazión, sin cierre o con cierre simple directo	2,60	5,00
67850	Destrucción de lesión de borde palpebral, (hasta 1 cm).	2,00	5,00
67875	Cierre temporal de los parpados con sutura.	1,80	5,00
67880	Construcción de adherencias intermarginales, tarsorrafia mediana o cantorrafia	5,40	5,00
67882	Construcción de adherencias intermarginales, tarsorrafia mediana o cantorrafia con transposición de placa tarsal.	7,80	5,00
67900	Reparación ptosis (vía superciliar, mitad de la frente o coronal).	6,80	5,00
67901	Reparo de ptosis palpebral; con técnica de musculo frontal con sutura.	15,40	5,00
67902	Reparo de ptosis palpebral; técnica de musculo frontal con colgajo de fascia (incluye obtención de fascia)	17,60	5,00
67903	Resección del elevador del tarso, vía interna.	18,70	5,00
67904	Resección del elevador del tarso, vía externa.	18,70	5,00
67906	Técnica del músculo recto superior con suspensión de fascia (incluye obtención de fascia)	17,60	5,00
67908	Resección conjuntiva-tarso-musculo elevador de muller (tipo fasanella servat.)	14,40	5,00
67909	Reducción de sobrecorrección de ptosis.	14,40	5,00
67911	Corrección de retracción palpebral.	21,60	5,00
67912	Corrección de lagosftalmus, con implante en parpado superior.	4,00	5,00
67914	Reparo de ectropion; mediante sutura.	5,20	5,00
67915	Termocauterizacion.	2,60	5,00
67916	Blefaroplastia con escisión de cuna tarsal.	10,80	5,00
67917	Blefaroplastia, extensa	14,40	5,00
67921	Reparo de entropion mediante sutura.	5,20	5,00
67922	Termocauterizacion	2,60	5,00
67923	Blefaroplastia con escisión de cuna tarsal	10,80	5,00
67924	Blefaroplastia extensa (ejem. Operación de wheeler.)	13,80	5,00
67930	Sutura de herida reciente de parpados que incluyen borde palpebral, tarso y/o conjuntiva palpebral; cierre directo, herida superficial	5,20	5,00
67935	Sutura de herida reciente de parpados que incluyen borde palpebral, tarso y/o conjuntiva palpebral; cierre directo, herida profunda.	9,60	5,00
67938	Extirpación de cuerpo extraño en parpado.	0,90	5,00
67950	Cantoplastia (reconstrucción de canto).	13,80	5,00
67961	Escisión y reparo de parpado, incluye margen palpebral, tarso, conjuntiva, canto, o de todo el espesor, separación para injerto palpebral o injerto pediculado de tejido adyacente hasta un cuarto del borde palpebral.	16,00	5,00
67966	Escisión y reparo de parpado, incluye margen palpebral, tarso, conjuntiva, canto, o de todo el espesor, separación para injerto palpebral o injerto pediculado de tejido adyacente por encima de un cuarto del borde palpebral.	17,60	5,00
67971	Reconstrucción de parpado de todas sus capas con transposición, injerto transconjuntival del parpado contrario hasta dos tercios del parpado en una etapa.	18,70	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
67973	Reconstrucción total de parpado inferior en una etapa.	19,80	5,00
67974	Reconstrucción total de parpado total, del parpado superior una etapa.	22,00	5,00
67975	Reconstrucción total de parpado total, del parpado superior segunda etapa	8,80	5,00
67999	Procedimientos no listados	CM (criterio medico	5,00

ANEXOS OCULARES CONJUNTIVA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
68020	Incisión de conjuntiva para drenaje de quiste.	0,80	5,00
68040	Exprimir folículos conjuntivales. (ejem. Tracoma)	0,70	5,00
68100	Biopsia conjuntiva.	1,50	5,00
68110	Extirpación, lesión conjuntiva, hasta 1 cm	2,00	5,00
68115	Extirpación, lesión conjuntiva, por encima de 1 cm de diámetro.	4,00	5,00
68130	Extirpación, lesión conjuntiva, con esclera adyacente.	7,80	5,00
68135	Destrucción de lesión conjuntival.	2,60	5,00
68200	Inyección subconjuntival.	1,00	5,00
68320	Conjuntivoplastia con injerto conjuntival o extensa manipulación.	15,60	5,00
68325	Conjuntivoplastia con injerto de mucosa bucal.	16,80	5,00
68326	Conjuntivoplastia con reconstrucción de fondos de saco con injerto conjuntival y extensa manipulación.	16,80	5,00
68328	Conjuntivoplastia con injerto de mucosa oral. (incluye al obtención del injerto).	19,20	5,00
68330	Reparo de simblefaron y conjuntivoplastia, sin injerto.	12,00	5,00
68335	Reparo de simblefaron y conjuntivoplastia; con injerto libre de conjuntiva o mucosa oral.	16,80	5,00
68340	División de simblefaron con o sin inserción de lente de contacto	5,90	5,00
68360	Colgajo conjuntival en puente o parcial. (procedimiento separado)	7,20	5,00
68362	Total (recubrimiento conjuntival total tipo gunderson).	13,20	5,00
68371	Cosecha de injerto conjuntival, donante vivo.	3,40	5,00
68399	Procedimientos no listados, conjuntiva	CM (criterio medico	5,00

ANEXOS OCULARES SISTEMA LAGRIMAL

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
68400	Incisión y drenaje la glándula lagrimal	2,10	5,00
68420	Incisión y drenaje de saco lagrimal (dacriocistotomia, dacriocistostomia	2,00	5,00
68440	Dilatación e incisión del punto lagrimal.	1,30	5,00
68500	Escisión de glándula lagrimal (dacrioadenectomia) excepto para tumor; total	14,40	5,00
68505	Escisión de glándula lagrimal (dacrioadenectomia) excepto para tumor; parcial.	13,80	5,00
68510	Biopsia de glándula lagrimal.	2,00	5,00
68520	Extirpación de saco lagrimal (dacriocistectomia.)	15,00	5,00
68525	Biopsia de saco lagrimal.	1,40	5,00
68530	Extirpación de cuerpo extraño o dacriolito de los pasajes lagrimales	9,70	5,00
68540	Extirpación de tumor de glándula lagrimal vía transfrontal.	17,30	5,00
68550	Extirpación de tumor de glándula lagrimal vía transfrontal. Incluyendo osteotomía.	19,60	5,00
68700	Cirugía plástica de los canalículos.	14,40	5,00
68705	Corrección de puntos evertidos, cauterio.	1,50	5,00
68720	Dacriocistorinostomia.	16,50	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
68745	Conjuntivorinostomia sin tubo.	16,00	5,00
68750	Conjuntivorinostomia con inserción de tubo o stent	22,10	5,00
68760	Cierre de puntos lagrimales; con termocauterizacion, ligadura o laser.	1,50	5,00
68761	Cierre de puntos lagrimales; con tapón, cada uno.	1,90	5,00
68770	Cierre de fistula lagrimal. (procedimiento separado)	9,00	5,00
68801	Dilatación de punto lagrimal, con o sin irrigación	1,00	5,00
68810	Exploración de conducto lagrimal con o sin irrigación	2,00	5,00
68811	Exploración de conducto lagrimal con o sin irrigación requiriendo anestesia general	4,20	5,00
68815	Exploración de conducto lagrimal con o sin irrigación con inserción de tubo o stent	5,50	5,00
68816	Exploración de conducto lagrimal con dilatación con balón transluminal	3,50	5,00
68840	Sondaje de canalículos lagrimales con o sin irrigación.	1,00	5,00
68850	Inyección de medios de contraste para dacriocistografia.	0,70	5,00
68899	Procedimientos no listados, sistema lagrimal	CM (criterio medico	5,00

SISTEMA AUDITIVO

OIDO EXTERNO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
69000	Drenaje de hematoma o absceso simple de oído externo.	1,30	5,00
69005	Drenaje de hematoma o absceso simple de oído externo. Complicado.	4,30	5,00
69020	Drenaje de absceso de canal auditivo externo.	2,00	5,00
69090	Perforación de lóbulo (aretes).	0,80	-
69100	Biopsia del oído externo.	0,80	5,00
69105	Biopsia del conducto auditivo externo.	1,20	5,00
69110	Resección con reparo parcial de oído externo.	7,20	5,00
69120	Amputación completa de oreja.	8,00	5,00
69140	Resección exostosis, conducto auditivo externo	11,50	5,00
69145	Resección lesiones tejidos blandos conducto auditivo externo.	2,00	5,00
69150	Resección radical de lesión de conducto auditivo externo, sin disección de cuello.	15,00	5,00
69155	Resección radical de lesión de conducto auditivo externo con disección de cuello.	23,50	6,00
69200	Retiro de cuerpo extraño del conducto auditivo externo sin anestesia general.	0,80	4,00
69205	Retiro de cuerpo extraño del conducto auditivo externo con anestesia general.	2,60	4,00
69210	Retiro de cerumen impactado como procedimiento aparte uno o los dos oídos.	0,60	4,00
69220	Debridamiento de cavidad de mastoidectomia, simple (ej. Limpieza de rutina).	0,40	5,00
69222	Debridamiento de cavidad de mastoidectomia, complejo (ej. Con anestesia o más que una limpieza de rutina.	1,50	5,00
69300	Otoplastia, orejas protruidas, con o sin reducción de tamaño.	12,00	5,00
69310	Reconstrucción del canal auditivo externo (meatoplastia) (ej.: por estenosis debido a infección o trauma) (procedimiento separado)	20,00	5,00
69320	Reconstrucción del conducto auditivo externo por atresia congénita, etapa única.	20,00	5,00
69399	Procedimientos no listados	CM (criterio medico	5,00

OIDO MEDIO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
69400	Insuflación de la trompa de Eustaquio transnasal, con cateterización	0,30	5,00
69401	Insuflación de la trompa de Eustaquio transnasal, sin cateterismo.	0,30	5,00
69405	Cateterismo de la trompa de Eustaquio, transtimpanica.	0,40	5,00
69420	Miringotomia con aspiración y/o insuflación de trompa de Eustaquio.	1,30	4,00
69421	Miringotomia incluyendo aspiración y/o inflación de la trompa de Eustaquio requiriendo anestesia general	2,70	4,00
69424	Retiro del tubo de ventilación cuando fue originalmente colocado por otro médico.	0,80	4,00
69433	Timpanostomia (requiriendo la inserción de tubos de ventilación) anestesia tópica o local.	2,60	4,00
69436	Timpanostomia, (requiere inserción de tubos de ventilación) anestesia general.	4,00	4,00
69440	Exploración del oído medio por incisión posauricular o del conducto auditivo.	13,20	5,00
69450	Timpanolisis, transcanal.	13,80	5,00
69501	Antrotomia transmastoidea (mastoidectomia simple).	12,40	5,00
69502	Mastoidectomia completa.	15,00	5,00
69505	Mastoidectomia radical modificada.	22,60	5,00
69511	Mastoidectomia radical	25,70	5,00
69530	Apicectomia petrosa incluyendo mastoidectomia radical.	30,90	5,00
69535	Resección del hueso temporal por vía externa.	30,90	5,00
69540	Resección pólipo aural.	1,10	5,00
69550	Resección de tumor de glomus aural, vía transcanal.	20,60	5,00
69552	Resección de tumor de glomus aural, vía transmastoidea.	30,90	5,00
69554	Resección de tumor de glomus aural, extendida. (extratemporal).	41,20	5,00
69601	Revisión de mastoidectomia que resulta en mastoidectomia completa	15,50	5,00
69602	Revisión de mastoidectomia que resulta en mastoidectomia radical modificada.	18,30	5,00
69603	Revisión de mastoidectomia que resulta en mastoidectomia radical.	23,50	5,00
69604	Revisión de mastoidectomia que resulta en timpanoplastia	21,70	5,00
69605	Revisión de mastoidectomia que resulta con apicectomia	23,50	5,00
69610	Reparación de membrana timpánica con o sin preparación del sitio o perforación para cierre con o sin parche.	1,50	5,00
69620	Miringoplastia (únicamente sobre área de tímpano y área de toma del injerto).	17,50	5,00
69631	Timpanoplastia sin mastoidectomia (incluye canalplastia, aticotomia y/o cirugía del oído medio) inicial o revisión, sin reconstrucción de la cadena oscicular.	23,50	5,00
69632	Timpanoplastia sin mastoidectomia (incluye canalplastia, aticotomia y/o cirugía del oído medio) inicial o revisión, con reconstrucción de cadena oscicular, por ejemplo post- fenestracion.	25,50	5,00
69633	Timpanoplastia sin mastoidectomia (incluye canalplastia, aticotomia y/o cirugía del oído medio) inicial o revisión, con reconstrucción de la cadena oscicular, más una prótesis sintética (porp) (torp).	25,50	5,00
69635	Timpanoplastia con antrostomia o mastoidotomia (incluyendo canalplastia, aticotomia, cirugía del oído medio y/o reparación membrana timpánica); sin reconstrucción de cadena oscicular.	24,50	5,00
69636	Timpanoplastia con antrostomia o mastoidotomia (incluyendo canalplastia, aticotomia, cirugía del oído medio y/o reparación membrana timpánica); con reconstrucción de cadena oscicular.	25,50	5,00
69637	Timpanoplastia con antrostomia o mastoidotomia (incluyendo canalplastia, aticotomia, cirugía del oído medio y/o reparación membrana timpánica); con reconstrucción de cadena oscicular. Colocación de prótesis sintética (ej. Porp, torp).	25,50	5,00
69641	Timpanoplastia con mastoidectomia (incluye canalplastia, cirugía oído medio, reparación de membrana timpánica); sin reconstrucción de la cadena oscicular.	28,00	5,00
69642	Timpanoplastia con mastoidectomia (incluye canalplastia, cirugía oído medio, reparación de membrana timpánica); con reconstrucción de la cadena oscicular.	31,00	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
69643	Timpanoplastia con mastoidectomia con pared del canal intacta o reconstruida sin reconstrucción de la cadena oscicular.	30,00	5,00
69644	Timpanoplastia con mastoidectomia con pared de canal intacta o reconstruida con reconstrucción de cadena oscicular.	30,00	5,00
69645	Timpanoplastia con mastoidectomia radical o completa, sin reconstrucción de cadena oscicular.	28,00	5,00
69646	Timpanoplastia con mastoidectomia radical o completa, con reconstrucción de cadena oscicular.	31,00	5,00
69650	Movilización de estribo.	13,50	5,00
69660	Estapedectomia o estapedotomia con restablecimiento de la cadena oscicular con o sin uso de material extraño.	23,50	5,00
69661	Estapedectomia o estapedotomia con restablecimiento de la cadena oscicular con o sin uso de material extraño. Con fresado de la platina.	28,00	5,00
69662	Revisión de estapedectomia o estapedotomia	26,00	5,00
69666	Reparación fistula de la ventana oval.	20,00	5,00
69667	Reparación de fistula de la ventana redonda.	19,50	5,00
69670	Obliteración mastoidea. (procedimiento aparte).	20,00	5,00
69676	Neurectomia timpánica.	18,00	5,00
69700	Cierre de fistula mastoidea posauricular (procedimiento aparte).	7,00	5,00
69710	Implantación o recambio de aparato acústico de conducción electromagnética ósea en hueso temporal.	7,00	5,00
69711	Remoción o reparación del aparato acústico de conducción electromagnética ósea en hueso temporal.	7,50	5,00
69714	Implantación, implante óseo integrado, hueso temporal, con fijación percutánea a un procesador de palabras externo/estimulador coclear; sin mastoidectomia.	13,00	5,00
69715	Implantación, implante óseo integrado, hueso temporal, con fijación percutánea a un procesador de palabras externo/estimulador coclear con mastoidectomia	18,00	5,00
69717	Reemplazo (incluye remoción del dispositivo existente) implante óseo integrado, hueso temporal, con fijación percutánea a un procesador de palabras externo/estimulador coclear; sin mastoidectomia.	14,00	5,00
69718	Reemplazo (incluye remoción del dispositivo existente) implante óseo integrado, hueso temporal, con fijación percutánea a un procesador de palabras externo/estimulador coclear; con mastoidectomia	19,00	5,00
69720	Descompresión del nervio facial, intratemporal; lateral al ganglio geniculado.	26,00	5,00
69725	Descompresión del nervio facial, intratemporal; lateral al ganglio geniculado. Incluye medialmente al ganglio geniculado.	40,00	5,00
69740	Sutura del nervio facial, intratemporal, con o sin injerto o descompresión; lateral al ganglio geniculado.	30,00	5,00
69745	Sutura del nervio facial, intratemporal, con o sin injerto o descompresión; lateral al ganglio geniculado. Incluyendo medialmente al ganglio geniculado.	37,00	5,00
69799	Procedimientos no listados, oído medio.	CM (criterio medico	5,00

OIDO INTERNO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
69801	Laberintotomia, con o sin criocirugía, incluyendo otros procedimientos destructores no excisionales, o la perfusión de drogas vestibuloactivas (perfusiones simples o múltiples), transcanal	21,00	5,00
69802	Laberintotomia, con o sin criocirugía, incluyendo otros procedimientos destructores no excisionales, o la perfusión de drogas vestibuloactivas (perfusiones simples o múltiples), transcanal con mastoidectomia.	28,00	5,00
69805	Operación para el saco endolinfático sin shunt.	25,00	5,00
69806	Operación para el saco endolinfático con shunt.	29,00	5,00
69820	Fenestracion del canal semicircular.	25,00	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
69840	Revisión de fenestracion.	17,00	5,00
69905	Laberintectomia transcanal.	23,50	5,00
69910	Laberintectomia transcanal. Con mastoidectomia.	28,00	5,00
69915	Sección del nervio vestibular por vía translaberintica.	39,20	5,00
69930	Colocación de un aparato coclear con o sin mastoidectomia.	33,50	5,00
69949	Procedimientos no listados, oído interno	CM (criterio medico	5,00
69950	Sección del nervio vestibular por vía transcraneana.	38,00	11,00
69955	Descompresión total del nervio facial con o sin reparación, puede incluir injerto.	39,00	11,00
69960	Descompresión interna del canal auditivo interno.	36,00	11,00
69970	Resección de tumor. Hueso temporal	45,00	11,00
69979	Procedimientos no listados hueso temporal, acceso por fosa media.	CM (criterio medico	11,00
69990	Técnicas microquirúrgicas que requieren el uso de microscopio operatorio (Ístelo separadamente en adición al código del procedimiento principal)	Equivale al 25% del procedimiento principal	Equivale al 25% del procedimiento principal

CAPITULO V

COMPONENTE MEDICINA POR ESPECIALIDAD

CONTENIDO

PSIQUIATRIA

PROCEDIMIENTOS PSIQUIATRICOS DE ENTREVISTA PARA EVALUACION O DIAGNOSTICO GENERAL CLINICO
PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION O DIAGNOSTICO PSIQUIATRICOS ESPECIALES
PROCEDIMIENTOS PSIQUIATRICOS TERAPEUTICOS
HEMODIALISIS
GASTROENTEROLOGIA
OFTALMOLOGIA
SERVICIOS OFTALMOLOGICOS GENERALES
SERVICIOS OFTALMOLOGICOS ESPECIALES
OTORRINOLARINGOLOGIA
SERVICIOS ESPECIALES
CARDIOVASCULAR
CARDIOGRAFIA
ECOCARDIOGRAFIA
CATETERISMO CARDIACO
PROCEDIMIENTOS INTRACARDIACOS ELECTROFISIOLOGICOS
OTROS ESTUDIOS VASCULARES
ESTUDIOS DIAGNOSTICOS VASCULARES NO INVASIVOS
ESTUDIOS ARTERIALES CEREBROVASCULARES
NEUMOLOGIA
PRUEBAS ALERGENICAS
NEUROLOGIA Y PROCEDIMIENTOS NEUROMUSCULARES
ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA
PROCEDIMIENTOS DERMATOLOGICOS ESPECIALES
MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN
CUIDADO DE HERIDAS
OTROS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

TERAPIA NUTRICIONAL
ACUPUNTURA
OTROS SERVICIOS

PSIQUIATRIA

PROCEDIMIENTOS PSIQUIATRICOS DE ENTREVISTA PARA EVALUACION O DIAGNOSTICO GENERAL CLINICO

Los servicios psiquiátricos incluye servicios de diagnostico, psicoterapia, y otros servicios tanto a los individuos, familias o grupo.

Algunos servicios de psiquiatría pueden ser reportados como evaluación y manejo de servicios (99.201 hasta 99.255, 99281-99285, 99304-99337, 99.341 a 99.350) u otros servicios cuando se realizados. Con los códigos de Evaluación y Gestión de Servicios (99201-99285, 99304 a 99337, 99341 a 99350) se puede reportar el tratamiento de enfermedades psiquiátricas, en lugar de utilizar los códigos de los servicios de Psiquiatría Servicios, según el caso.

La atención hospitalaria en el tratamiento de una hospitalización psiquiátrica u hospitalización parcial psiquiátrica puede ser inicial o subsecuente según el caso (véase 99221 hasta 99233).

Algunos pacientes sólo reciben servicios de evaluación y manejo en los hospitales y otros reciben servicios de evaluación y manejo en los hospitales y otros procedimientos. Si otros procedimientos, como la terapia electroconvulsiva o la psicoterapia se utilizan, además de servicios de evaluación y manejo de los hospitales, estos pueden ser reportados por separado (por ejemplo, los servicios de atención hospitalaria [99221 a 99223, 99231-99233], más la terapia electroconvulsiva [90870]), o cuando la psicoterapia se hace, con el código (os) adecuados, de servicios de psicoterapia definidos.

La consulta para evaluación psiquiátrica de un paciente incluye el examen de un paciente y el intercambio de información con el médico de cabecera y otros informantes, como enfermeras o familiares, y la preparación de un informe. Estos servicios pueden ser informados utilizando los códigos de consulta. Consulta para pacientes psiquiátricos de una evaluación incluye el examen de un paciente y el intercambio de información con el médico de cabecera y otros informantes, como enfermeras o familiares, y la preparación de un informe. Estos servicios pueden ser informadas utilizando los códigos de consulta.

COMPLEJIDAD INTERACTIVA

El Código 90785 es un código de complemento para complejidad interactivo se deberá notificar en conjunto con los códigos para la evaluación diagnostica psiquiátrica (90791, 90792), la psicoterapia (90832, 90834, 90837), la psicoterapia cuando se realiza con un servicio de evaluación y manejo (90833,90836, 90838, 99201-99255, 99304 a 99337, 99341-99350), y el grupo de psicoterapia (90853).

La complejidad interactiva se refiere a factores comunicacionales específicos que complican la entrega de un procedimiento psiquiátrico. Los factores comunes que se encuentran y que hace más difícil la comunicación con los miembros de la familia discordantes o emocionales y la participación de los jóvenes y los pacientes verbalmente no desarrollados o con problemas. Los pacientes típicos son aquellos que tienen terceras partes , como los padres, tutores, otros miembros de la familia, intérpretes, traductores de idiomas, agencias, auxiliares de la justicia, o escuelas que se involucran en su atención psiquiátrica.

Estos factores están presentes típicamente en pacientes que:

- Tener otras individuos encargados legalmente de su cuidado, como los menores de edad o adultos con tutores, o
- Solicitar a otros a participar en su cuidado durante la visita, como adultos acompañados por uno o más miembros de la familia que participan o intérpretes o traductores de idiomas, o
- Requerir la participación de otros terceros, tales agencias de bienestar infantil, oficiales de palabra o libertad condicional o escuelas.

Procedimientos psiquiátricos pueden reportarse con “complejidad interactiva" cuando al menos uno de los siguientes está presente:

1. La necesidad de gestionar la comunicación con mala adaptación (en relación con , por ejemplo, altos niveles de ansiedad , alta reactividad , preguntas repetidas , o desacuerdo) entre los participantes que complica la entrega de la atención.
2. Emociones del cuidador o comportamiento que interfiere con la comprensión y la capacidad de contribuir a la aplicación del plan de tratamiento del médico .
3. Evidencia o divulgación de un evento centinela y el informe necesario de una tercera parte (por ejemplo , el abuso o la negligencia con el informe de la agencia estatal) con el inicio de la discusión del evento centinela y / o informe con el paciente y otros participantes en las visitas .
4. El uso de equipos de juego , otros dispositivos físicos , intérprete o traductor para comunicarse con el paciente para superar barreras a la interacción terapéutica o diagnóstica entre el médico u otro profesional sanitario cualificado y un paciente que :
    - No esta desarrollado o no tiene habilidades comunicacionales expresivas para explicar los síntomas y la respuesta al tratamiento, o la habilidades de comunicación receptiva para entender al médico u otro profesional de la salud calificado si él / ella esta usando el lenguaje típico de comunicación.

Cuando se suministran conjuntamente con los servicios de psicoterapia (desde 90832 hasta 90838), la cantidad de tiempo empleado por un médico u otro profesional médico calificado que proporciona servicios de complejidad interactiva se debe reflejar en el código programado de servicio para la psicoterapia (90832, 90834, 90837), o el código de complemento psicoterapia realiza con un servicio de evaluación y gestión (90833, 90836, 90838) y debe referirse exclusivamente al servicio de la psicoterapia. La complejidad interactiva no es un factor para la selección de servicios de evaluación y manejo (99201 a 99255, 99281-99285, 99304 hasta 99.337, 99.341-99.350), salvo en lo que afecta directamente a los componentes clave como se define en la sección de evaluación y manejo (es decir, la historia , el examen y la toma de decisión médica)

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

La evaluación diagnóstica esta integrada a la evaluación biopsicosocial, incluyendo la historia , ele status mental y recomendaciones . la evaluación incluye la comunicación con la familia u otra fuente y revisión y ordenamiento de los estudios diagnósticos.

Los códigos 90791, 90792 son usados para la evaluación diagnóstica o re-evaluaciones, si se requiere, y no incluye servicios de psicoterapia. Los servicios de psicoterapia, incluyendo para crisis puede no ser reportado en el mismo día.

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
90785	Complejidad interactiva: debe registrarse separadamente , en adición al código primario del procedimiento (se debe explicar en algún lado que se utiliza en conjunto con los códigos 90791 y 90792)	5,00	
	SERVICIOS DIAGNÓSTICOS		
90791	Evaluación diagnóstica psiquiátrica	9,00	
90792	Evaluación diagnóstica psiquiátrica y servicios médicos. Este código no reportar con los códigos 90791 o 90792 en conjunto con 99201 - 99337, 99341-99350, 99366-99368, 99401-99444)	13,50	
	PSICOTERAPIA		
90832	Psicoterapia, de 30 minutos con pacientes y/o miembros de la familia	13,50	
90833	Psicoterapia, de 30 minutos con pacientes y/o miembros de la familia cuando se realiza con una atención de evaluación y manejo (coloque separadamente, además del código del procedimiento primario. (Use el código 90833 en conjunto con 99201-99255, 99304-99337, 99341-99350)	13,50	
90834	Psicoterapia, de 45 minutos con pacientes y/o miembros de la familia	19,00	
90836	Psicoterapia, de 45 minutos con pacientes y/o miembros de la familia cuando se realiza con una atención de evaluación y manejo (coloque separadamente, además del código del procedimiento primario. (Use el código 90836 en conjunto con 99201-99255, 99304-99337, 99341-99350)	22,00	
90837	Psicoterapia, de 60 minutos con pacientes y/o miembros de la familia	31,00	
90838	Psicoterapia, de 60 minutos con pacientes y/o miembros de la familia cuando se realiza con una atención de evaluación y manejo (Regístrese separadamente al código primario del procedimiento) (Use el código 90785 en conjunto con 90832,90833,90834, 90836, 90837,90838 cuando la psicoterapia incluye servicios interactivos complejos más bien debería ir en la normativa esta parte)	34,00	
	OTROS TRATAMIENTOS DE PSICOTERAPIA		
90839	Psicoterapia por crisis: los primeros 60 minutos	20,00	
90840	Cada 30 minutos adicionales. En liste el código separadamente del procedimiento primario.(Use exclusivamente en conjunto con 90839, si se require y se fundamenta) (No reporte los códigos 90839, 90840 en conjunto con 90791, 90792, con los códigos de psicoterapia 90832-90838 u otros servicios psiquiátricos, o 90785-90899) (Use el código 90840 en conjunto con 90839)	11,50	
a	Psicoanálisis médico.	21,60	0,00
90846	Psicoterapia familiar (sin la presencia del paciente).(0,4 por minuto) 60 min	24,00	0,00
90847	Psicoterapia familiar (psicoterapia en conjunto), con el paciente presente. (0,4 por minuto). 60 min	24,00	0,00
90849	Psicoterapia grupal multifamiliar. (0,4 por minuto). 60 min	24,00	0,00
90853	Psicoterapia grupal (diferente a la multifamiliar (Use este código 90853 en conjunto con el 90785 para el paciente específico cunado l grupo de psicoterapia incluye complejidad interactiva. (El código 90857 ha sido borrado. Para reportar, solo use el código 90785 en conjunto con el código 90853)	6,20	0,00
	OTROS SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS PSIQUIATRICOS		
90863	Manejo farmacológico, incluyendo prescripción, uso y revisión de medicación, con atención de psicoterapia.(0,4 por minuto)	0,4 por minuto	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
90865	Narcosintesis para diagnostico psiquiátrico y propósitos terapéuticos (ej.: entrevista con amobarbital sódico).	30,00	0,00
90867	Planeación, tratamiento terapéutico repetitivo, de estimulación magnética transcraneal.	31,10	0,00
90868	Atención y manejo subsecuente por sesión.	26,40	0,00
90869	Atención subsecuente para umbral motor de redeterminación con la evaluación y la gestión (No informe 90869 en conjunto con 90867,90868,95860-95870, 95928, 95929, 95939) (Si una parte importante, por separado sobre la gestión y evaluación, administración de medicamentos, o servicio de psicoterapia se lleva a cabo, el código E / M o psicoterapia adecuada apropiado se puede informar, además de 90867 a 90869. Actividades de gestión y evaluación directamente relacionados con el mapeo cortical, la determinación del umbral motora , entrega y gestión de TMS no constan por separado) (Por la estimulación magnética transcraneal correlación de funciones motoras para la planificación terapéutica que no sea para la estimulación magnética transcraneal , utilice 0310T) (No se cuenta el tiempo dedicado a la prestación de servicios de administración de farmacológicos en el tiempo utilizado para la selección del servicio de psicoterapia)	15,00	
90870	Terapia electroconvulsiva (incluye el monitoreo necesario),	10,00	0,00
90875	Terapia psicofisiológica individual incorporando entrenamiento de biofeedback por cualquier modalidad (cara a cara con el paciente), con psicoterapia (orientada a introspección, para modificar comportamiento o de apoyo a la psicoterapia). 30 minutos.	8,50	0,00
90876	Terapia psicofisiológica individual incorporando entrenamiento de biofeedback por cualquier modalidad (cara a cara con el paciente), con psicoterapia (orientada a introspección, para modificar comportamiento o apoyar la psicoterapia). 45 minutos	17,00	0,00
90880	Hipnoterapia medica. (0,4 por minuto). 60 min (en el CPT no determina el tiempo)	24,00	0,00
90882	Intervención ambiental con propósitos de manejo medico a paciente siquiátrico, con agencias, empleadores o instituciones. (0,3 por minuto). 60 min	24,00	0,00
90885	Evaluación psiquiátrica de historias clínicas hospitalarias, otros reportes psiquiátricos, pruebas psicométricas o de proyección, y otros datos acumulados para propósitos médicos diagnósticos	7,00	0,00
90887	Interpretación y explicación a la familia u otras personas responsables de resultados psiquiátricos, otros exámenes médicos y procedimientos, a la familia u otras personas responsables o para aconsejarlos sobre como asistir al paciente. (0,4 por minuto). 60 min	24,00	0,00
90889	Preparación de un reporte médico del estado psiquiátrico del paciente, historia, tratamiento, progreso o evolución (diferente a propósitos legales o de consulta), para otros médicos, agencias o compañías de seguro. (0,3 por minuto). 60 min	18,00	0,00
90899	Procedimientos psiquiátricos no listados en esta parte	CM (criterio medico)	0,00

HEMODIALISIS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
90935	Procedimiento de hemodiálisis con evaluación única del médico.	20,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
90937	Procedimiento de hemodiálisis que requiera evaluación(es), repetidas, con o sin revisión sustancial de la prescripción de diálisis.	45,00	0,00
90945	Procedimiento de diálisis diferente a hemodiálisis (ej.: peritoneal, hemofiltracion), con evaluación de un solo médico.	16,00	0,00
90947	Procedimiento de diálisis diferente a hemodiálisis (ej.: peritoneal, hemofiltracion), que requiera evaluaciones repetidas, con o sin revisión sustancial de la prescripción de diálisis.	38,00	0,00
90997	Hemoperfusion (ej.: con carbón activado o resina).	90,00	0,00

GASTROENTEROLOGIA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
91010	Estudio de motilidad esofágica.(manometría esofágica)	16,50	5,00
91013	Estudio de motilidad esofágica. (Manometría esofágica) con estimulación o perfusión, durante el estudio de datos bidimensionales (ej.: estimulación por perfusión, acido alcalina) lístelo separadamente en adición al código primario.	2,00	0,00
91020	Estudios de manometría gástrica.(manometría gástrica)	17,00	5,00
91022	Estudio de motilidad duodenal	15,00	0,00
91030	Test de bernstein (perfusión acida de esófago), para esofagitis.	8,00	5,00
91034	Test de reflujo ácido gastroesofágico, con colocación de catéter nasal para medición de pH, grabación, análisis e interpretación	11,70	0,00
91035	Test de reflujo ácido gastroesofágico, con colocación de catéter nasal para medición de pH, grabación, análisis e interpretación. Con colocación de electrodo de pH para telemetría, sujeto a la mucosa; grabación, análisis e interpretación.	18,90	0,00
91037	Test de función esofágica, test de reflujo gastroesofágico con colocación de catéter nasal de impedancia, grabación, análisis e interpretación.	11,70	0,00
91038	Test de función esofágica, test de reflujo gastroesofágico con colocación de catéter nasal de impedancia, grabación, análisis e interpretación. Prolongado (más de 1 hora, hasta 24 horas)	13,30	0,00
91040	Estudio de provocación por distensión con balón esofágico	11,70	0,00
91065	Test de hidrogeno exhalado (ej.: para detección de deficiencia de lactasa). Intolerancia a la fructuosa, sobrecrecimiento bacteriano, o transito gastrointestinal oro-cecal	11,50	0,00
91110	Imágenes del tracto gastrointestinal, intraluminal (ej.: capsula de endoscopia), esófago hasta íleon, con interpretación médica y reporte	26,00	0,00
91111	Imágenes del tracto gastrointestinal, intraluminal (ej.: capsula de endoscopia), esófago con interpretación médica y reporte	10,00	0,00
91120	Test de sensación rectal, tono y distensibilidad (respuesta a distensión graduada de balón)	11,80	0,00
91122	Manometría anorectal.	9,50	0,00
91123	Irrigación pulsada para impactacion fecal	6,00	0,00
91132	Electrogastrografia diagnostica, transcutanea	CM (criterio medico	0,00
91133	Con test de provocación	CM (criterio medico	0,00
91299	Procedimientos gastroenterológicos no listados.	CM (criterio medico	0,00

OFTALMOLOGIA
SERVICIOS OFTALMOLOGICOS GENERALES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
92002	Servicios oftalmológicos: examen médico y evaluación con inicio de un	11,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	programa de diagnóstico y tratamiento; intermedio, nuevo paciente.		
92004	Servicios oftalmológicos: examen médico y evaluación con inicio de un programa de diagnóstico y tratamiento; intermedio, nuevo paciente. Completo, nuevo paciente, una o más visitas.	17,50	0,00
92012	Servicios oftalmológicos: examen médico y evaluación con inicio de un programa de diagnóstico y tratamiento; intermedio, paciente establecido.	8,00	0,00
92014	Servicios oftalmológicos: examen médico y evaluación con inicio de un programa de diagnóstico y tratamiento; intermedio, paciente establecido. Completo, paciente establecido, una o más visitas.	14,50	0,00

SERVICIOS OFTALMOLOGICOS ESPECIALES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
92015	Determinación del estado refractivo.	4,00	4,00
92018	Examen oftalmológico y evaluación, bajo anestesia general, con o sin manipulación del globo para movimientos pasivos u otra manipulación que facilite el procedimiento diagnostico; completo.	19,00	4,00
92019	Examen oftalmológico y evaluación, bajo anestesia general, con o sin manipulación del globo para movimientos pasivos u otra manipulación que facilite el procedimiento diagnostico; limitado.	15,00	4,00
92020	Gonioscopia (procedimiento separado).	10,00	0,00
92025	Tomografía computarizada corneal, unilateral o bilateral con interpretación y reporte	3,00	4,00
92060	Examen sensorimotor con múltiples medidas de desviación ocular (ej.: musculo paretico o restrictivo con diplopía), con interpretación y reporte (procedimiento separado).	6,00	0,00
92065	Entrenamiento ortoptico y/o pleoptico, con dirección médica continua y evaluación.	4,00	0,00
92070	Colocación de lentes de contacto para tratamiento de enfermedad, incluyendo el proporcionar los lentes.	28,00	4,00
92081	Examen de campo visual, uni o bilateral, con interpretación y reporte; examen limitado (ej.: test testa automatizado con nivel de estimulación única, como octopus 3 o 7 o equivalentes).	5,50	0,00
92082	Examen intermedio (ej.: humphrey, octopus programa 33).	7,50	0,00
92083	Examen extenso (ej.: octopus programa g-1, 32 o 42).	10,00	0,00
92100	Tonometría seriada (procedimiento separado), con medidas múltiples de la presión intraocular, en un periodo extenso de tiempo, con interpretación y reporte, mismo día (ej.: curva diurna o tratamiento médico de elevación aguda de la presión intraocular).	4,00	0,00
92120	Tomografía con interpretación y reporte, con método de tonómetro por identacion o por succión perilimbal.	4,80	0,00
92130	Tomografía con provocación acuosa.	5,00	0,00
92132	Scanner computarizado, con diagnóstico de imagen oftálmica, segmento anterior, interpretación e informe, unilateral o bilateral,	4,20	0,00
92133	Scanner computarizado, con diagnóstico de imagen oftálmica, segmento posterior y nervio óptico, interpretación e informe, unilateral o bilateral,	5,80	0,00
92134	Retina.	5,80	0,00
92136	Biometría oftálmica con interferometria coherente parcial con cálculo del poder de lentes intraoculares	6,90	0,00
92140	Test de provocación para glaucoma, con interpretación y reporte, sin tomografía.	5,30	0,00
92225	Oftalmoscopia extensa con dibujo retinal (ej.: desprendimiento de retina, melanoma), con interpretación y reporte, inicial.	8,00	4,00
92226	Oftalmoscopia extensa con dibujo retinal (ej.: desprendimiento de retina, melanoma), con interpretación y reporte. Subsecuente.	7,00	5,00
92227	Imagen de control, para la detección de enfermedades de la retina, ej.: retinopatía en pacientes con diabetes, bajo la supervisión médica, unilateral o bilateral. Análisis y reporte,	2,30	0,00
92228	Imagen de control para monitoreo y manejo, de enfermedad retinal activa	3,50	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	(ej.: retinopatía diabética) con revisión médica, interpretación y reporte, unilateral o bilateral.		
92230	Angioscopia con fluoresceína con interpretación y reporte.	20,00	5,00
92235	Angiografía con fluoresceína (incluyen las imágenes) con interpretación y reporte.	12,00	5,00
92240	Angiografía con verde de indiocianina (incluye imágenes múltiples) con interpretación y reporte	14,00	5,00
92250	Fotografía del fondo del ojo, con interpretación y reporte.	13,00	4,00
92260	Oftalmodinamometria.	11,00	5,00
92265	Oculoelectromiografia por aguja, uno o más músculos extraoculares, uno o ambos ojos, con interpretación y reporte.	15,00	5,00
92270	Electrooculografia, con interpretación y reporte.	15,00	5,00
92275	Electroretinografia, con interpretación y reporte.	15,00	5,00
92283	Examen de visión cromática, extenso.	7,00	5,00
92284	Examen de adaptación a la oscuridad, con interpretación y reporte.	6,00	5,00
92285	Fotografía ocular externa con interpretación y reporte para documentación de progreso médico.	2,50	5,00
92286	Fotografía de segmento anterior especial con interpretación y reporte, con microscopia endotelial especular y contaje celular.	13,00	5,00
92287	Con angiografía con fluoresceína.	12,00	5,00
92310	Prescripción de características físicas y ópticas de lentes de contacto, con supervisión médica para la adaptación y colocación; lentes corneales, ambos ojos, excepto para afaquia.	24,00	0,00
92311	Prescripción de características físicas y ópticas de lentes de contacto, con supervisión médica para la adaptación y colocación; lentes corneales. Lentes corneales, para afaquia, un ojo.	26,00	0,00
92312	Prescripción de características físicas y ópticas de lentes de contacto, con supervisión médica para la adaptación y colocación; lentes corneales, ambos ojos. Lentes corneales, para afaquia.	28,00	0,00
92313	Prescripción de características físicas y ópticas de lentes de contacto, con supervisión médica para la adaptación y colocación; lentes corneales, ambos ojos. Lentes corneoesclerales.	28,00	0,00
92314	Prescripción de características físicas y ópticas de lentes de contacto, con supervisión médica para la adaptación y de un técnico independiente para la colocación; lentes corneales, ambos ojos, excepto para afaquia.	17,00	0,00
92315	Prescripción de características físicas y ópticas de lentes de contacto, con supervisión médica para la adaptación y de un técnico independiente para la colocación; lentes corneales. Lentes corneales para afaquia, un ojo.	19,00	0,00
92316	Prescripción de características físicas y ópticas de lentes de contacto, con supervisión médica para la adaptación y de un técnico independiente para la colocación. Lentes corneales para afaquia, ambos ojos.	21,00	0,00
92317	Prescripción de características físicas y ópticas de lentes de contacto, con supervisión médica para la adaptación y de un técnico independiente para la colocación de lentes corneoesclerales.	23,00	0,00
92325	Modificación de lentes de contacto (procedimiento separado), con supervisión médica de adaptación.	7,00	0,00
92326	Reemplazo de lentes de contacto.	8,00	0,00
92340	Colocación de anteojos, excepto para afaquia, monofocal.	5,00	0,00
92341	Colocación de anteojos, excepto para afaquia. Bifocal.	6,00	0,00
92342	Colocación de anteojos, excepto para afaquia. Multifocal, diferente al bifocal.	6,20	0,00
92352	Colocación de anteojos para afaquia; monofocal.	6,00	0,00
92353	Colocación de anteojos para afaquia; multifocal.	6,20	0,00
92354	Colocación de dispositivo montado sobre anteojos	6,00	0,00
92355	Anteojos de sistema telescópico o de otro sistema de lentes compuesto.	6,50	0,00
92358	Servicio de prótesis para afaquia, temporal (desechable o no, incluyendo materiales).	14,00	0,00
92370	Reparación y recolocación de anteojos, excepto para afaquia.	5,00	0,00
92371	Prótesis de anteojos para afaquia.	5,20	0,00
92499	Procedimientos no listados oftalmológicos.	CM (criterio medico)	0,00

OTORRINOLARINGOLOGIA
SERVICIOS ESPECIALES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
92502	Examen otorrinolaringológico bajo anestesia general.	8,00	0,00
92504	Microscopia binocular (procedimiento diagnostico separado)	5,00	0,00
92506	Evaluación del habla, lenguaje, voz, comunicación, proceso auditivo.	14,70	0,00
92507	Tratamiento del habla, lenguaje, voz, comunicación y/o desordenes en el proceso auditivo; individual.	9,00	0,00
92508	Tratamiento del habla, lenguaje, voz, comunicación y/o desordenes en el proceso auditivo; grupal, 2 o más individuos.	4,50	0,00
92510	Rehabilitación aural post implante coclear, (incluye evaluación del estado de rehabilitación aural y audición, servicios terapéuticos) con o sin programa de procesamiento del habla.	25,50	0,00
92511	Nasofaringoscopia con endoscopio (procedimiento separado).	12,00	0,00
92512	Estudios de la función nasal (ej.: rinomanometria).	6,70	0,00
92516	Estudios de función del nervio facial (ej.: electroneuronografia).	7,50	0,00
92520	Estudios de función laríngea.	11,00	0,00
92531	Nistagmus espontaneo, incluyendo mirada.	2,50	0,00
92532	Prueba para nistagmos posicional.	3,40	0,00
92533	Prueba calórico vestibular, cada irrigación (la estimulación bitermica constituyen cuatro pruebas).	2,00	0,00
92534	Prueba para nistagmos optoquinetico.	1,00	0,00
92541	Prueba de nistagmos espontaneo, incluyendo la mirada y nistagmos permanente, con registro.	3,50	0,00
92542	Prueba para nistagmos posicional, mínimo 4 posiciones, con registro.	4,00	0,00
92543	Prueba vestibular calórico, cada irrigación, (la estimulación bitermica constituyen 4 pruebas), con registro.	2,50	0,00
92544	Prueba para nistagmos optoquinetico, bidireccional, con estimulación foveal o periférica, con registro.	1,00	0,00
92545	Prueba oscilatorio, con registro.	2,00	0,00
92546	Prueba de rotación sunisoidal en el eje vertical.	5,00	0,00
92547	Uso de electrodos verticales en cualquiera de las pruebas antes descritas, cuenta como una prueba adicional	2,20	0,00
92548	Posturografia computarizada dinámica	9,00	0,00
92551	Prueba de screening, tono puro, aire, solamente.	3,50	0,00
92552	Audiometría de tonos; aire solamente.	3,50	0,00
92553	Audiometría de tonos; aire y hueso.	5,00	0,00
92555	Audiometría hablada.	2,50	0,00
92556	Audiometría hablada. Con reconocimiento de la palabra.	5,00	0,00
92557	Audiometría comprensiva, evaluación del umbral y reconocimiento de la palabra (92553 y 92556 combinado).	11,00	0,00
92559	Audiometrías para grupos.	3,50	0,00
92560	Audiometría de screening bakesy.	2,00	0,00
92561	Audiometría diagnostica.	4,00	0,00
92562	Prueba para balance del ruido.	1,50	0,00
92563	Prueba de la caída de tonos.	1,50	0,00
92564	Índice de incremento sensitivo corto (sisi).	1,50	0,00
92565	Prueba stenger, tono puro.	1,50	0,00
92567	Timpanometria (midiendo impedancia).	2,50	0,00
92568	Prueba de reflejo acústico.	2,00	0,00
92570	Examen acústico.	4,00	0,00
92571	Prueba del habla filtrada.	1,50	0,00
92572	Prueba escalonada para palabra espondaica	1,60	0,00
92575	Prueba de nivel de agudeza neurosensitiva.	1,60	0,00
92576	Prueba de identificación de oración sintética.	1,60	0,00
92577	Prueba stenger, discurso.	1,60	0,00
92579	Audiometría con reforzamiento visual.	7,00	0,00
92582	Audiometría del condicionamiento del juego	3,00	0,00
92583	Audiometría de selección de cuadros.	3,00	0,00
92584	Electrococleografia.	13,50	5,00
92585	Potenciales evocados auditivos para audiometría de respuesta evocada	6,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	y/o prueba del sistema nervioso central, completo.		
92586	Potenciales evocados auditivos para audiometría de respuesta evocada y/o prueba del sistema nervioso central limitada	5,00	0,00
92587	Emisiones evocadas otoacusticas; limitadas (nivel único de estimulación, tanto productos transitorios como distorsionados).	3,00	0,00
92588	Emisiones evocadas otoacusticas; comprehensiva o evaluación diagnostica (comparación entre productos temporales o distorsionados a múltiples niveles y frecuencias).	5,00	0,00
92590	Examen y selección de dispositivo auditivo; monoaural.	11,00	0,00
92591	Examen y selección de dispositivo auditivo; binaural.	16,50	0,00
92592	Revisión de dispositivo auditivo; monoaural.	4,00	0,00
92593	Revisión de dispositivo auditivo; binaural.	6,00	0,00
92594	Evaluación electroacústica para dispositivo auditiva; monoaural.	4,00	0,00
92595	Evaluación electroacústica para dispositivo auditiva; binaural.	6,00	0,00
92596	Medición de atenuación de protector auditivo.	6,00	0,00
92597	Evaluación para uso y colocación de dispositivo de voz prostética.	21,00	0,00
92601	Análisis diagnóstico de implante coclear, paciente menor a 7 años, con programación	17,70	0,00
92602	Análisis diagnóstico de implante coclear, paciente menor a 7 años, con reprogramación subsecuente	12,30	0,00
92603	Análisis diagnóstico de implante coclear, paciente mayor a 7 años, con programación.	11,70	0,00
92604	Análisis diagnóstico de implante coclear, paciente mayor a 7 años, con reprogramación subsecuente.	7,80	0,00
92605	Evaluación para prescripción de dispositivo de comunicación no-generador del habla aumentativo y alternante	7,8	0,00
92606	Servicio(s) terapéuticos para el uso de dispositivo de comunicación no-generador del habla, incluyendo modificación y programación.	7,8	0,00
92607	Evaluación para prescripción de dispositivo de comunicación generador de habla aumentativo y alternante, cara a cara con paciente; primera hora.	16,60	0,00
92608	Cada 30 minutos adicionales (lístelo separadamente en adición del procedimiento primario)	3,60	0,00
92609	Servicio(s) terapéuticos para el uso de dispositivo de comunicación generador del habla, incluyendo modificación y programación.	8,30	0,00
92610	Evaluación para función de deglución oral y faríngea	17,50	0,00
92611	Evaluación fluoroscopica de la función deglutoria con grabación en video	17,50	0,00
92612	Evaluación endoscópica de la deglución con grabación en video	12,00	0,00
92613	Evaluación endoscópica de la deglución interpretación y reporte médico solamente	6,00	0,00
92614	Evaluación endoscópica de sensibilidad laríngea grabado en video	12,00	0,00
92615	Evaluación endoscópica de sensibilidad laríngea interpretación y reporte médico solamente	6,00	0,00
92616	Evaluación endoscópica de la deglución y sensibilidad laríngea grabado en video	16,00	0,00
92617	Evaluación endoscópica de la deglución y sensibilidad laríngea interpretación y reporte médico solamente	8,00	0,00
92620	Evaluación de función auditiva central, con reporte, 60 minutos iniciales	10,30	0,00
92621	Evaluación de función auditiva central, con reporte, cada 15 minutos adicionales	2,70	0,00
92625	Estudio de tinitus	10,10	0,00
92626	Evaluación de rehabilitación auditiva, primera hora	13,00	0,00
92627	Cada 15 minutos adicionales. (lístelos separadamente en adición al código de procedimiento primario)	4,00	0,00
92630	Rehabilitación auditiva, perdida de auditiva prelingual	CM (criterio medico)	0,00
92633	Pérdida auditiva postlingual	CM (criterio medico)	0,00
92640	Análisis diagnostico con programación de implante auditivo en tallo cerebral, cada hora	9,00	0,00
92700	Procedimientos otorrinolaringológicos no listados	CM (criterio medico)	0,00

CARDIOVASCULAR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
92950	Resucitación cardiovascular.	37,00	0,00
92953	Colocación de marcapaso percutáneo temporal.	55,00	0,00
92960	Cardioversión electiva, conversión eléctrica de arritmia, externa.	50,00	4,00
92961	Cardioversión electiva, conversión eléctrica de arritmia. Interna (procedimiento separado)	60,00	12,00
92970	Método de asistencia circulatoria cardio asistida; interna.	36,50	0,00
92971	Método de asistencia circulatoria cardio asistida; externa.	14,00	0,00
92973	Trombectomia percutánea transluminal coronaria (lístelo separadamente en adición al procedimiento primario).	43,40	0,00
92974	Colocación de dispositivo de liberación de radiación para braquiterapia intravascular coronaria (lístelo separadamente en adición al procedimiento primario).	49,00	0,00
92975	Trombolisis coronaria; por infusión intracoronaria, incluyendo angiografía coronaria selectiva.	93,00	7,00
92977	Trombolisis coronaria; por infusión intravenosa.	83,00	7,00
92978	Ultrasonido intravascular (vaso coronario o injerto) durante evaluación diagnostica y/o intervención terapéutica incluyendo supervisión de imagen, interpretación y reporte; vaso inicial. (Lístelo separadamente en adición al procedimiento primario).	60,00	0,00
92979	Ultrasonido intravascular (vaso coronario o injerto) durante evaluación diagnostica y/o intervención terapéutica incluyendo supervisión de imagen, interpretación y reporte. Cada vaso adicional. (Lístelo separadamente en adición al procedimiento primario).	30,00	0,00
92980	Colocación de stent intracoronario, mediante catéter percutáneo, con o sin intervención terapéutica, cualquier método, un solo vaso.	315,00	7,00
92981	Colocación de stent intracoronario, mediante catéter percutáneo, con o sin intervención terapéutica, cualquier método, cada vaso adicional.	157,50	0,00
92982	Angioplastia coronaria con balón, un solo vaso	250,00	8,00
92984	Angioplastia coronaria con balón, cada vaso adicional. (Lístelo separadamente en adición al procedimiento primario).	125,00	0,00
92986	Valvuloplastia percutánea con balón; válvula aortica.	559,00	10,00
92987	Válvula mitral.	455,00	10,00
92990	Válvula pulmonar.	468,00	10,00
92992	Septectomia o septostomia atrial; método transvenoso, por medio de balón, tipo rashkind (incluye la cateterización cardiaca).	630,00	7,00
92993	Septostomia tipo park (incluye la cateterización cardiaca).	669,50	7,00
92995	Aterectomia coronaria transluminal percutánea, con o sin angioplastia con balón; vaso único.	211,80	8,00
92996	Aterectomia coronaria transluminal percutánea, con o sin angioplastia con balón; cada vaso adicional. (Lístelo separadamente en adición al procedimiento primario).	78,20	0,00
92997	Angioplastia percutánea con balón transluminal de arteria pulmonar; un vaso.	209,00	7,00
92998	Angioplastia percutánea con balón transluminal de arteria pulmonar; cada vaso adicional (lístelo separadamente en adición al procedimiento primario).	80,00	0,00

CARDIOGRAFIA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
93000	Electrocardiograma, 12 derivaciones, de rutina, con interpretación y reporte.	7,80	0,00
93005	Electrocardiograma, 12 derivaciones, de rutina, trazo únicamente, sin interpretación y reporte.	4,00	0,00
93010	Electrocardiograma, 12 derivaciones, de rutina, trazo únicamente, interpretación y reporte únicamente.	4,50	0,00
93015	Ergometría, en banda o bicicleta, máxima o submaxima; monitoreo	37,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	electrocardiográfico continuo, y/o estrés farmacológico, con supervisión médica, con interpretación y reporte.		
93016	Ergometría, en banda o bicicleta, máxima o submaxima; monitoreo electrocardiográfico continuo, y/o estrés farmacológico, solamente la supervisión médica, sin interpretación y reporte.	10,00	0,00
93017	Ergometría, en banda o bicicleta, máxima o submaxima; monitoreo electrocardiográfico continuo, y/o estrés farmacológico, solamente el trazo, sin interpretación y reporte.	19,00	0,00
93018	Ergometría, en banda o bicicleta, máxima o submaxima; monitoreo electrocardiográfico continuo, y/o estrés farmacológico, interpretación y reporte solamente.	8,00	0,00
93024	Prueba de provocación de ergonómica.	14,00	0,00
93025	Alternancia de microvoltaje de ondas t para estudio de arritmias ventriculares	8,00	0,00
93040	EKG de ritmo, una a tres derivaciones, con interpretación y reporte	5,00	0,00
93041	EKG de ritmo, una a tres derivaciones. Trazo solamente, sin interpretación y reporte.	3,00	0,00
93042	EKG de ritmo, una a tres derivaciones. . Interpretación y reporte solamente.	4,00	0,00
93224	Electrocardiograma de 24 horas (holter), incluye el análisis y reporte del médico con interpretación y revisión.	40,00	0,00
93225	Electrocardiograma de 24 horas (holter), registro únicamente. Incluye conexión, grabación y desconexión.	15,50	0,00
93226	Electrocardiograma de 24 horas (holter), registro únicamente. Incluye conexión, grabación y desconexión. Análisis del registro, con reporte.	12,50	0,00
93227	Electrocardiograma de 24 horas (holter), registro únicamente. Incluye conexión, grabación y desconexión. Análisis del registro, con reporte. Revisión del médico e interpretación.	17,00	0,00
93228	Telemetría cardiovascular móvil, con electrocardiógrafo, análisis de datos en tiempo real ,capacidad de más de 24h de almacenamiento de datos, con trasmisión automática por electrocardiograma o por el paciente, hasta por 30 días a un centro de monitoreo, incluye revisión médica y reporte	CM (criterio medico)	0,00
93229	Telemetría cardiovascular móvil, con electrocardiógrafo, análisis de datos en tiempo real ,capacidad de más de 24h de almacenamiento de datos, con trasmisión automática por electrocardiograma o por el paciente, hasta por 30 días a un centro de monitoreo, con instrucciones para instalación y uso por parte del paciente, incluye análisis e instrucciones médicas para trasmisión diaria de eventos y reportes	CM (criterio medico)	0,00
93268	Registro de eventos únicos o múltiples, en un periodo de 30 días, incluye la transmisión, la revisión médica e interpretación.	5,00	0,00
93270	Registro (incluye colocación, registro y desconexión).	8,00	0,00
93271	Monitoreo, recepción de transmisiones y análisis.	15,00	0,00
93272	Revisión médica e interpretación solamente.	5,00	0,00
93278	“Signal-averaged electrocardiography (saecg), con o sin ekg.	6,10	0,00
93279	Marcapaso de un canal, incluye programación, ajustes periódicos para probar el funcionamiento, selección de programas óptimos, con evaluación médica incluye revisión y reporte	5,00	0,00
93280	Marcapaso de dos canales, incluye periódicos para probar el funcionamiento, selección de programas evaluación médica incluye revisión y reporte	6,50	0,00
93281	Marcapaso de más de dos canales, incluye periódicos para probar el funcionamiento, selección de programas evaluación médica incluye revisión y reporte	8,50	0,00
93282	Sistema desfibrilador o cardioversion, un canal, incluye periódicos para probar el funcionamiento, selección de programas evaluación médica incluye revisión y reporte	7,50	0,00
93283	Sistema desfibrilador o cardioversion, dos canales, incluye periódicos para probar el funcionamiento, selección de programas evaluación médica incluye revisión y reporte	9,80	0,00
93284	Sistema desfibrilador o cardioversión, más de dos canales, incluye periódicos para probar el funcionamiento, selección de programas evaluación médica incluye revisión y reporte	9,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
93285	Sistema implantable de registro en loop	5,00	0,00
93286	Evaluación y programación del dispositivo ,antes o después de cirugía o prueba, incluye análisis del médico y reporte, aplica para sistema de marcapaso de un canal, dos canales o canales múltiples	2,50	0,00
93287	Evaluación y programación del dispositivo ,antes o después de cirugía o prueba, incluye análisis del médico y reporte, aplica para sistema desfibrilador o de cardioversión de un canal, dos canales o canales múltiples	4,00	0,00
93288	Evaluación en persona del dispositivo, incluye análisis medico, reporte, revision, conexión, grabación, desconexión del dispositivo, aplica para sistema de marcapaso de un canal, dos canales o canales múltiples.	4,00	0,00
93289	Evaluación en persona del dispositivo, incluye análisis medico, reporte, revisión, conexión, grabación, desconexión del dispositivo, aplica a sistema de cardioversión o desfibrilador, incluye análisis del ritmo cardiaco derivado de los datos grabados	7,00	0,00
93290	Evaluación en persona del dispositivo, incluye análisis médico, reporte, revisión, conexión, grabación, desconexión del dispositivo, aplica a sistema implantable de monitoreo cardiovascular, incluye el análisis de uno o más datos cardiovasculares grabados, de todos los sensores internos o externos	3,00	0,00
93291	Evaluación en persona del dispositivo, incluye análisis médico, reporte, revisión, conexión, grabación, desconexión del dispositivo, aplica a sistema de grabación en loop, incluye el análisis de ritmo cardiaco derivados de los datos	4,00	0,00
93292	Evaluación en persona del dispositivo, incluye análisis médico, reporte, revisión, conexión, grabación, desconexión del dispositivo, aplica al dispositivo implantable para desfibrilación	4,00	0,00
93293	Evaluación transtelefonica de trazado de marcapaso, de un canal ,dos canales o múltiples canales, incluye grabación con o sin magneto, análisis medico, revisión y reporte hasta 90 días	2,00	0,00
93294	Evaluación remota de dispositivo (hasta 90 días)de marcapaso de un canal, dos canales o canales múltiples con análisis medico interino que incluye revisión y reportes	6,00	0,00
93295	Evaluación remota de dispositivo (hasta 90 días)de desfibrilador /cardioversión de un canal, dos canales o canales múltiples con análisis medico interino que incluye revisión y reportes	10,50	0,00
93296	Evaluación remota de dispositivo (hasta 90 días)de desfibrilador /cardioversión o marcapaso de un canal, dos canales o canales múltiples ,incluye trasmisión de datos, recepción de datos ,revisión por técnico, soporte técnico y distribución de resultados	6,00	0,00
93297	Evaluación(remota) de dispositivo implantable de monitoreo cardiovascular, incluye el análisis de uno o más datos fisiológicos de todos los sensores internos y externos ,incluye análisis médico, revisión y reporte, hasta 30 días,	4,00	0,00
93298	Evaluación (remota) de grabación de loop, incluye análisis del ritmo cardiaco grabado, análisis médico, revisión y reporte	4,50	0,00
93299	Evaluación (remota)de sistema de monitoreo cardiovascular, sistema implantable de grabación loop, incluye la recepción de datos remotos, y la revisión por un técnico, provisión de soporte técnico y distribución de resultados	CM (criterio medico)	0,00

ECOCARDIOGRAFIA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
93303	Ecocardiografía transtoracica para anomalías congénitas cardiacas; completo	20,00	7,00
93304	Ecocardiografía transtoracica para anomalías congénitas cardiacas; seguimiento o estudio limitado	13,00	7,00
93306	Ecocardiografía, transtoracica en tiempo real, con grabación de imagen (2d),incluye la grabación en m-mode, si se realiza completa, incluye	25,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	doppler espectral y flujo doppler a color de la ecocardiografía		
93307	Ecocardiograma, tiempo real con documentación de imágenes (2d), con o sin registro en modo m, completo.	20,00	0,00
93308	Ecocardiograma, tiempo real con documentación de imágenes (2d), con o sin registro en modo m. Seguimiento, o estudio limitado.	13,00	7,00
93312	Ecocardiograma, tiempo real con documentación de imágenes (2d), con o sin registro en modo m, transesofagico, incluyendo la colocación de la sonda, la captación de las imágenes, interpretación y reporte.	31,00	0,00
93313	Colocación de la sonda transesofagica solamente.	17,00	7,00
93314	Captación de las imágenes, interpretación y reporte solamente.	17,00	0,00
93315	Ecocardiografía transesofagica para anomalías congénitas; incluye colocación del electrodo, adquisición de imágenes, interpretación y reporte.	36,00	7,00
93316	Colocación del electrodo solamente.	15,00	7,00
93317	Adquisición de imágenes, interpretación y reporte.	24,00	7,00
93318	Ecocardiografía transesofagica para propósito de monitoreo, incluyendo colocación del electrodo, adquisición de imágenes en 2-d e interpretación de la función ventricular, toma de medidas terapéuticas inmediatas.	28,30	0,00
93320	Ecocardiograma doppler, con ondas pulsadas o continuas con imagen espectral. (Lístelo separadamente en adición a los códigos de ecocardiografía).	10,50	0,00
93321	Ecocardiograma doppler, con ondas pulsadas o continuas con imagen espectral. (Lístelo separadamente en adición a los códigos de ecocardiografía). De seguimiento, o estudio limitado.	4,00	0,00
93325	Mapeo de flujo con doppler color. (Lístelo separadamente en adición a los códigos de ecocardiografía).	16,20	0,00
93350	Ecocardiograma de estrés con banda, bicicleta o fármacos, completo, incluye el monitoreo electrocardiográfico, con interpretación y reporte.	37,00	7,00
93351	Incluye la realización del monitoreo electrocardiográfico continuo, con supervisión médica.	16,00	0,00
93352	Uso de agente de contraste eco cardiográfico, durante el eco cardiograma de estrés(lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario)	6,00	0,00
93451	Cateterismo de corazón derecho, incluye medida de la saturación de oxígeno.	29,60	0,00
93452	Cateterismo de corazón izquierdo, incluye la inyección de contraste, para ventriculografía izquierda, supervisión de imágenes e interpretación, cuando se ha realizado.	51,90	0,00
93453	Cateterismo combinado de corazón derecho e izquierdo, incluye la inyección de contraste para ventriculografía izquierda, supervisión de imágenes e interpretación, cuando se ha realizado.	68,00	0,00
93454	Colocación de catéter en arteria coronaria, para angiografía coronaria, incluye la inyección de contraste, imagen, supervisión y contraste.	52,30	7,00
93455	Con colocación de catéter, en injerto de bypass (ej. De mamaria interna, de un trasplante arterio venoso) incluye la inyección durante el procedimiento, por angiografía de bypass.	60,30	0,00
93456	Con cateterismo de corazón derecho.	67,00	0,00
93457	Con colocación de catéter para un bypass con injerto (mamaria interna e injerto arterio venoso libre) incluye la inyección en el procedimiento, por angiografía de bypass y cateterismo del corazón derecho	75,00	7,00
93458	Con cateterismo de corazón izquierdo, incluye la inyección de contraste, para ventriculografía izquierda cuando se ha realizado.	63,80	7,00
93459	Con cateterismo de corazón izquierdo, incluye la inyección para ventriculografía izquierda, cuando se realiza la colocación del catéter en bypass trasplantado (mamaria interna o trasplante arterio venoso libre) a través de angiografía del bypass trasplantado.	71,80	0,00
93460	Cateterismo de corazón derecho e izquierdo, incluye la inyección de contraste, para ventriculografía izquierda, cuando se ha realizado.	80,00	0,00
93461	Con cateterismo de corazón derecho e izquierdo, incluye la inyección durante el procedimiento, para ventriculografía izquierda, cuando se coloca catéter para bypass (mamaria interna de injerto venoso arterial libre) con angiografía del bypass.	88,30	0,00
93462	Cateterismo de corazón izquierdo, con punción transeptal, a través de un	40,70	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	septum intacto o punción transapical, lístelo separadamente en adición al código primario.		
93463	Administración de agente farmacológico (inhalación de óxido nítrico, infusión intravenosa de nitroprusiato, dobutamina u otro agente) incluye evaluación hemodinámica, antes durante y luego de la repetición del agente farmacológico, cuando se realiza (lístelo separadamente en adición al código primario)	21,50	0,00
93464	Estudio del ejercicio fisiológico (ej.: bicicleta o ergometría) incluyendo la medida y evaluación hemodinámica antes y después (lístelo separadamente en adición al código primario)	19,00	0,00

CATETERISMO CARDIACO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
93503	Inserción y colocación de catéter de swan-ganz.	52,00	4,00
93505	Biopsia endomiocardica.	65,00	7,00
93530	Cateterismo del corazón derecho, para anormalidades cardiacas congénitas.	64,00	7,00
93531	Cateterismo combinado de corazón derecho y retrogrado de corazón izquierdo, para anormalidades cardiacas congénitas.	112,00	0,00
93532	Cateterismo combinado de corazón derecho y de corazón izquierdo por vía transeptal a través de un septum intacto con o sin cateterización retrograda de corazón izquierdo, para anormalidades congénitas cardiacas.	140,00	0,00
93533	Cateterismo combinado de corazón derecho y de corazón izquierdo por vía transeptal a través de una apertura septal existente, con o sin cateterización retrograda de corazón izquierdo, para anormalidades congénitas cardiacas.	78,00	7,00
93561	Estudios indicadores de dilución tales como termodilucion, incluyendo cateterismo arterial y/o venoso; con medición del gasto cardiaco. (procedimiento separado).	23,00	0,00
93562	Estudios indicadores de dilución tales como termodilucion, incluyendo cateterismo arterial y/o venoso; con medición del gasto cardiaco. (procedimiento separado). Mediciones subsecuentes del gasto cardiaco.	10,00	0,00
93563	Procedimiento de inyección durante el cateterismo cardiaco, incluye imágenes, supervisión, interpretación y reporte, para angiografía coronaria selectiva, durante la cateterización de un corazón congénito (lístelo separadamente en adición al código primario)	11,20	0,00
93564	Para o pacificacion selectiva aortocoronario, de injerto de bypass arterial o venoso(ej.: aortocoronario de vena safena, arteria radial libre, injerto arterial nativo libre, de una o más arterias coronarias	11,40	0,00
93565	Para selección de ventrículo izquierdo o angiografía atrial izquierda, lístelo separadamente en adición al código primario.	8,70	5,00
93566	Para selección de ventrículo derecho o angiografía atrial derecha, lístelo separadamente en adición al código primario.	8,70	0,00
93567	Para aortografia supra valvular, lístelo separadamente en adición al código primario.	9,70	5,00
93568	Para angiografía pulmonar, lístelo separadamente en adición al código primario.	8,90	0,00
93571	Velocidad doppler intravascular y/o medida de la reserva de la presión del flujo coronario (vaso coronario), durante angiografía incluyendo estrés inducido farmacológicamente; vaso inicial (lístelo separadamente en adición del código del procedimiento primario.	20,00	7,00
93572	Velocidad doppler intravascular y/o medida de la reserva de la presión del flujo coronario (vaso coronario), durante angiografía incluyendo estrés inducido farmacológicamente; vaso inicial (lístelo separadamente en adición del código del procedimiento primario. Cada vaso adicional (lístelo separadamente en adición del código del procedimiento primario.	16,00	0,00
93580	Cierre transcateter percutáneo de CIA con implante.	60,00	0,00
93581	Cierre transcateter percutáneo de civ con implante.	90,00	0,00

PROCEDIMIENTOS INTRACARDIACOS ELECTROFISIOLOGICOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
93600	Registro del haz de his.	28,00	0,00
93602	Registro intraauricular.	28,00	0,00
93603	Registro ventricular derecho.	28,00	0,00
93609	Mapeo intraventricular y/o intraauricular de sitios de taquicardia, con manipulación mediante catéter para registrar múltiples sitios e identificar origen de la taquicardia. (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario)	43,00	0,00
93610	Marcapaso intraauricular.	28,00	10,00
93612	Marcapaso intraventricular.	28,00	10,00
93613	Mapeo electrofisiológico en 3 dimensiones intracardiaco (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	92,80	0,00
93615	Registro esofágico de electrocardiograma auricular con o sin electrocardiograma ventricular.	7,00	0,00
93616	Registro esofágico de electrocardiograma auricular con o sin electrocardiograma ventricular. Con marcapaso.	13,00	10,00
93618	Registro esofágico de electrocardiograma auricular con o sin electrocardiograma ventricular. Electroinduccion de arritmia.	50,00	0,00
93619	Evaluación electrofisiológica completa con marcapaso en corazón derecho e izquierdo y registro; registro del haz de his, incluyendo inserción y reposición de múltiples electrodos catéteres; sin inducción de arritmia.	150,00	10,00
93620	Evaluación electrofisiológica completa con marcapaso en corazón derecho e izquierdo y registro; registro del haz de his, incluyendo inserción y reposición de múltiples electrodos catéteres; con inducción de arritmia.	200,00	10,00
93621	Evaluación electrofisiológica completa con marcapaso en corazón derecho e izquierdo y registro; registro del haz de his, incluyendo inserción y reposición de múltiples electrodos catéteres; con registros de aurícula izquierda desde el seno coronario, con o sin marcapaso.	230,00	0,00
93622	Evaluación electrofisiológica completa con marcapaso en corazón derecho e izquierdo y registro; registro del haz de his, incluyendo inserción y reposición de múltiples electrodos catéteres; con registros de aurícula izquierda desde el seno coronario, con registros de ventrículo izquierdo, con o sin marcapaso.	230,00	0,00
93623	Programación de estimulación después de infusión de droga intravenosa.	80,00	0,00
93624	Estudio de seguimiento electrofisiológico con marcapaso y registro para evaluar la efectividad de la terapia, incluyendo inducción o disminución de arritmias.	80,00	0,00
93631	Registro de marcapaso intraoperatorio epicardico y endocardico y mapeo para localizar el sitio de la taquicardia o zona de baja conducción para corrección quirúrgica.	110,00	10,00
93640	Evaluación electrofisiológica de “leads” de cardiovertor-disfibrilador.	70,00	0,00
93641	Evaluación electrofisiológica de “leads” de cardiovertor-disfibrilador. Con prueba del generador de pulsos	125,00	0,00
93642	Evaluación electrofisiológica de cardiovertor-desfibrilador.	85,00	10,00
93650	Ablación por catéter intracardiaco de función del nodo atrioventricular, conducción atrioventricular, para producir un bloqueo auriculoventricular completo, con o sin colocación de marcapaso temporal.	180,00	10,00
93651	Ablación por catéter intracardiaco de foco arritmogenico; para tratamiento de taquicardia supraventricular por ablación de vías rápidas o lentas atrioventriculares, vías atrioventriculares accesorias u otros focos auriculares, simples o en combinación.	270,00	10,00
93652	Ablación por catéter intracardiaco de foco arritmogenico; para tratamiento de taquicardia supraventricular por ablación de vías rápidas o lentas atrioventriculares, vías atrioventriculares accesorias u otros focos auriculares, simples o en combinación. Para tratamiento de taquicardia ventricular.	290,00	10,00
93660	Evaluación de función cardiovascular con tilt test, con monitoreo ekg continuo e intermitente de la presión arterial, con o sin intervención	30,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	farmacológica.		
93662	Ecocardiograma intracardiaca durante intervención diagnostica o terapéutica, incluyendo supervisión de imagen e interpretación (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario).	28,00	0,00
93668	Rehabilitación de enfermedad arterial periférica, por sesión	3,00	0,00
93701	Bioimpedancia, torácica eléctrica	2,70	0,00

OTROS ESTUDIOS VASCULARES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
93720	Pletismografia, cuerpo total, con interpretación y reporte.	10,00	0,00
93721	Pletismografia, trazo solamente, sin interpretación y reporte.	7,00	0,00
93722	Pletismografia, trazo solamente. Interpretación y reporte solamente.	3,00	0,00
93724	Análisis electrónico de un sistema de marcapaso antitaquicardia.	70,00	0,00
93740	Estudios de gradientes de temperatura.	9,00	0,00
93745	Programación de un desfibrilador-cardiovertor, incluyendo programación inicial del sistema, de ekg basal electrónico, Transmisión de datos e instrucción al paciente.	CM (criterio medico)	0,00
93770	Determinación de presión venosa.	2,50	0,00
93784	Monitoreo de presión arterial de 24 horas, interpretación y reporte.	32,00	0,00
93786	Monitoreo de presión arterial de 24 horas, registro solamente.	11,00	0,00
93788	Monitoreo de presión arterial de 24 horas, análisis con reporte.	10,00	0,00
93790	Monitoreo de presión arterial de 24 horas, revisión por el médico, con interpretación y reporte.	12,00	0,00
93797	Servicios médicos de rehabilitación cardiaca, para un paciente externo, sin monitoreo electrocardiográfico continuo (por sesión).	8,00	0,00
93798	Servicios médicos de rehabilitación cardiaca, para un paciente externo, con monitoreo electrocardiográfico continuo (por sesión).	8,00	0,00
93799	Procedimientos del servicio cardiovascular, no listados.	CM (criterio medico)	0,00

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS VASCULARES NO INVASIVOS
ESTUDIOS ARTERIALES CEREBROVASCULARES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
93875	Estudios fisiológicos no invasivos de arterias extracraneales, estudio completo bilateral (ej.: dirección de flujo periorbitario con compresión arterial, pneumopletismografia ocular, ultrasonido doppler).	8,00	0,00
93880	Dúplex de arterias extracraneales; estudio completo bilateral.	10,00	0,00
93882	Dúplex de arterias extracraneales; unilateral o estudio limitado.	9,00	0,00
93886	Doppler transcraneal de las arterias intracraneales, estudio completo.	12,00	0,00
93888	Doppler transcraneal de las arterias intracraneales. Estudio limitado.	8,00	0,00
93890	Estudio de vasoreactividad	12,50	0,00
93892	Detección de émbolos sin inyección intravenosa de microburbujas	14,30	0,00
93893	Detección de émbolos con inyección intravenosa de microburbujas	14,30	0,00
93922	Estudios fisiológicos no invasivos de arterias de extremidades superiores o inferiores, un solo nivel, bilateral.	11,50	0,00
93923	Estudios fisiológicos no invasivos de arterias de extremidades superiores o inferiores, múltiples niveles, o con maniobras funcionales de provocación, estudio completo bilateral.	17,00	0,00
93924	Estudios fisiológicos no invasivos de arterias de extremidades inferiores, en reposo o posterior a ergometría, estudio completo bilateral.	18,00	0,00
93925	Dúplex de arterias de extremidades inferiores o bypass, estudio completo bilateral.	10,00	0,00
93926	Dúplex de arterias de extremidades inferiores o bypass, estudio limitado o	5,00	0,00

	unilateral.		
93930	Dúplex de arterias de extremidades superiores o bypass, estudio completo bilateral.	8,00	0,00
93931	Dúplex de arterias de extremidades superiores o bypass, estudio limitado o unilateral.	4,00	0,00
93965	Estudios fisiológicos no invasivos de venas de las extremidades, estudio completo bilateral.	8,00	0,00
93970	Dúplex de venas de las extremidades incluyendo respuestas a la compresión y otras maniobras, estudio completo bilateral.	10,00	0,00
93971	Dúplex de venas de las extremidades incluyendo respuestas a la compresión y otras maniobras, estudio completo bilateral. Estudio limitado o unilateral.	5,00	0,00
93975	Dúplex de flujo arterial o venoso de órganos abdominales, pélvicos, y/o retroperitoneales, estudio completo.	21,00	0,00
93976	Dúplex de flujo arterial o venoso de órganos abdominales, pélvicos, y/o retroperitoneales, estudio limitado.	10,50	0,00
93978	Dúplex de aorta, vena cava inferior, vasculatura iliaca o bypass, estudio completo.	10,00	0,00
93979	Dúplex de aorta, vena cava inferior, vasculatura iliaca o bypass, estudio limitado o unilateral.	5,00	0,00
93980	Dúplex de flujo arterial y venoso de vasos del pene, estudio completo.	22,00	0,00
93981	Dúplex de flujo arterial y venoso de vasos del pene, estudio limitado o de seguimiento.	11,00	0,00
93990	Dúplex de acceso para hemodiálisis.	4,00	0,00

NEUMOLOGIA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
94002	Asistencia y manejo de ventilación. Iniciación de ventiladores preestablecidos de presión o volumen para respiración asistida o controlada; paciente hospitalizado primer día.	15,00	0,00
94003	Asistencia y manejo de ventilación. Iniciación de ventiladores preestablecidos de presión o volumen para respiración asistida o controlada; cada día subsecuente en el hospital	11,00	0,00
94010	Espirometría, incluye gráfico, completa	6,00	0,00
94014	Registro de Espirometría iniciada por paciente en un periodo de 30 días, incluye educación y reforzamiento al paciente, transmisión de los datos, captura de datos, análisis, recalibracion periódica, interpretación y revisión medica	5,00	0,00
94315	Registro de Espirometría, grabación (incluye colocación, educación, transmisión y captura de datos, análisis de tendencias y recalibracion periódica)	5,00	0,00
94016	Registro de Espirometría, revisión por medico e interpretación solamente	5,30	0,00
94060	Evaluación de broncodilatacion, Espirometría completa, antes y después de broncodilatador o ejercicio.	6,00	10,00
94070	Evaluación de broncoespasmo provocado, con múltiples determinaciones espirometricas después del test de dosis de broncodilatador (aerosol solamente), antígeno, ejercicio, aire frio, metacolina u otro agente químico, con Espirometría como en 94010.	4,00	10,00
94150	Capacidad vital, total (procedimiento separado).	0,90	0,00
94200	Capacidad respiratoria máxima, ventilación voluntaria máxima.	3,00	0,00
94240	Capacidad funcional residual o volumen residual: método de helio, método del nitrógeno en circuito cerrado, u otro método.	4,00	0,00
94250	Colección de gas espirado, cuantitativa, procedimiento simple (procedimiento separado).	1,20	0300
94260	Volumen de gas torácico.	5,00	2,00
94350	Determinación de mal distribución de gas inspirado: curva múltiple de lavado de nitrógeno en aliento, incluyendo nitrógeno alveolar o tiempo de equilibrio de helio.	5,00	0,00
94360	Determinación de resistencia al flujo de aire, método oscilatorio o pletismografico.	4,00	2,00
94370	Determinación del volumen de cierre de vía aérea, test de respiración simple.	1,50	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
94375	Curva de volumen de flujo respiratorio.	5,00	8,00
94400	Respuesta respiratoria a co2 (curva de respuesta a co2).	27,50	8,00
94450	Respuesta respiratoria a hipoxia (curva de respuesta a hipoxia).	27,50	0,00
94452	Test de simulación de altura con interpretación y reporte	3,60	0,00
94453	Test de simulación de altura con oxígeno suplementario titulado	4,60	0,00
94610	Administración intrapulmonar de surfactante por tubo endotraqueal	11,00	0,00
94620	Test de estrés pulmonar, simple (prueba con ejercicio prolongado para broncoespasmo con Espirometría pre y post)	8,00	0,00
94621	Test de estrés pulmonar complejo (incluye medición de producción de co2, captación de o2 y ekg)	11,00	0,00
94640	Tratamiento de inhalación presurizado o no para obstrucción aguda de vía aérea.	1,50	2,00
94642	Inhalación de aerosol de pentamidina para tratamiento profiláctico de neumonía por pneumocystis carinii	10,00	0,00
94644	Tratamiento de inhalación de aerosol para obstrucción aguda de vía aérea, primera hora	6,00	0,00
94645	Tratamiento de inhalación de aerosol para obstrucción aguda de vía aérea cada hora adicional. (Lístelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	3,00	0,00
94660	Ventilación por presión positiva continua en la vía aérea (cpap), iniciación y manejo.	8,00	0,00
94662	Ventilación con presión negativa continua (cnp), inicio y manejo.	8,00	0,00
94664	Demostración y/o evaluación de la utilización de generadores de aerosol, nebulizadores, inhaladores dosificados o dispositivos de presión positiva intermitente.	8,50	3,00
94667	Manipulación de la pared torácica, como tapotaje, percusión, y vibración para mejorar la función pulmonar; demostración inicial y/o evaluación.	5,50	4,00
94668	Manipulación de la pared torácica, como tapotaje, percusión, y vibración para mejorar la función pulmonar; demostración inicial y/o evaluación. Subsecuente.	4,00	2,00
94680	Toma de oxígeno, análisis de gas espirado; en reposo y ejercicio, directo, simple.	27,50	3,00
94681	Toma de oxígeno, análisis de gas espirado; incluye eliminación de co2, porcentaje de oxigeno extraído.	27,50	0,00
94690	Toma de oxígeno, análisis de gas espirado; en reposo, indirecto (procedimiento separado)	4,50	3,00
94720	Capacidad de difusión de monóxido de carbono, cualquier método.	4,50	0,00
94725	Capacidad de difusión de membrana.	6,00	3,00
94750	Estudio de compliance pulmonar, cualquier método. (pletismografia, medición de volumen y presión)	6,00	3,00
94760	Oximetría no invasiva de pulso u oreja para saturación de oxigeno; determinación simple.	8,00	0,00
94761	Oximetría no invasiva de pulso u oreja para saturación de oxigeno; determinaciones múltiples (ej. durante el ejercicio).	12,00	0,00
94762	Oximetría no invasiva de pulso u oreja para saturación de oxigeno; por monitoreo continuo durante la noche (procedimiento separado).	10,00	0,00
94770	Dióxido de carbono, determinación del gas expirado por analizador infrarrojo.	5,00	1,00
94772	Registro del patrón respiratorio circadiano (pneumograma pediátrico), grabación continua por 12 a 24 horas, en el niño.	CM (criterio medico)	0,00
94799	Procedimientos pulmonares no listados.	CM (criterio medico)	0,00

PRUEBAS ALERGENICAS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
95004	Test percutáneo con extractos alergénicos, reacción de tipo inmediato, especificar numero; cada uno	0,70	0,00
95010	Test percutáneo secuencial e incrementativo, con drogas, venenos u	1,40	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	otros materiales biológicos, reacción de tipo inmediata, especificar numero; cada uno		
95012	Determinación de óxido nítrico espirado	3,00	0,00
95015	Test intracutaneo (intradérmico) secuencial e incrementativo, con drogas, venenos u otros materiales biológicos, reacción de tipo inmediata, especificar numero; cada uno	1,60	0,00
95024	Test intracutaneo (intradérmico) con extractos alergénicos, reacción de tipo inmediato, especificar numero; cada uno	1,00	0,00
95027	Test intracutaneo (intradérmico) secuencial e incrementativo, con extractos alergénicos de alergenos ambientales (aéreos), reacción de tipo inmediata, especificar numero	8,30	0,00
95028	Test intracutaneo (intradérmico) con extractos alergénicos, reacción de tipo retardada, incluye la lectura, especificar numero; cada uno	2,00	0,00
95044	Test de aplicación o parche (especificar numero) cada uno	1,50	0,00
95052	Prueba con fotoparche, especificar número, cada uno	0,70	0,00
95056	Fototest	0,70	0,00
95060	Test conjuntival	1,50	0,00
95065	Test en membrana de mucosa nasal	1,50	0,00
95070	Test de inhalación bronquial (no incluye test de función pulmonar); con histamina, metacolina o similares	22,00	0,00
95071	Test de inhalación bronquial (no incluye test de función pulmonar); con antígenos o gases, especificar	25,00	0,00
95075	Test de ingestión (ingestión secuencial e incrementativa de productos, ej.: comida, drogas u otras sustancias)	18,00	0,00
95115	Servicios profesionales para inmunoterapia alergénica que no incluye provisión de los extractos alergénicos; inyección única	2,50	0,00
95117	Servicios profesionales para inmunoterapia alergénica que no incluye provisión de los extractos alergénicos; 2 o más inyecciones	3,50	0,00
95120	Servicios profesionales para inmunoterapia alergénica, incluye provisión de los extractos alergénicos; inyección única	3,00	0,00
95125	Servicios profesionales para inmunoterapia alergénica, incluye provisión de los extractos alergénicos: 2 o más inyecciones	4,50	0,00
95130	Servicios profesionales para inmunoterapia alergénica, incluye provisión de los extractos alergénicos; inyección única con veneno de insecto	5,00	0,00
95131	Servicios profesionales para inmunoterapia alergénica, incluye provisión de los extractos alergénicos; 2 inyecciones con veneno de insecto	7,00	0,00
95132	Servicios profesionales para inmunoterapia alergénica, incluye provisión de los extractos alergénicos; 3 inyecciones con veneno de insecto	8,00	0,00
95133	Servicios profesionales para inmunoterapia alergénica, incluye provisión de los extractos alergénicos; 4 inyecciones con veneno de insecto	9,00	0,00
95134	Servicios profesionales para inmunoterapia alergénica, incluye provisión de los extractos alergénicos; 5 inyecciones con veneno de insecto	10,00	0,00
95144	Servicios profesionales para la supervisión de la preparación y provisión de antígeno para inmunoterapia alergénica, vial de dosis única (especificar número de viales)	1,40	0,00
95145	Servicios profesionales para la supervisión de la preparación y provisión de antígeno para inmunoterapia alergénica (especificar número de dosis) inyección única con veneno de insecto	4,00	0,00
95146	Servicios profesionales para la supervisión de la preparación y provisión de antígeno para inmunoterapia alergénica (especificar número de dosis; 2 inyecciones con veneno de insecto	4,50	0,00
95147	Servicios profesionales para la supervisión de la preparación y provisión de antígeno para inmunoterapia alergénica (especificar número de dosis: 3 inyecciones con veneno de insecto	5,60	0,00
95148	Servicios profesionales para la supervisión de la preparación y provisión de antígeno para inmunoterapia alergénica (especificar número de dosis; 4 inyecciones con veneno de insecto	6,70	0,00
95149	Servicios profesionales para la supervisión de la preparación y provisión de antígeno para inmunoterapia alergénica (especificar número de dosis; 5 inyecciones con veneno de insecto	7,80	0,00
95165	Servicios profesionales para la supervisión de la preparación y provisión de antígeno para inmunoterapia alergénica; uno o más antígenos	1,80	0,00
95170	Extracto de cuerpo completo de insecto picador	CM (criterio	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
		medico)	
95180	Procedimiento de desensibilización rápida, cada hora (ej.: insulina, penicilina, suero equino)	30,00	0,00
95199	Procedimientos inmunológicos o alergénicos no listados	CM (criterio medico)	0,00
95250	Monitoreo continuo ambulatorio de glucosa, del líquido del tejido intersticial, por un sensor subcutáneo, por un mínimo de 72 horas; colocación del sensor apertura y calibración de monitor, entrenamiento del paciente, retiro del sensor y registro.	29,70	0,00
95251	Monitoreo continuo ambulatorio de glucosa, del líquido del tejido intersticial, por un sensor subcutáneo, por un mínimo de 72 horas; interpretación y reporte.	6,40	0,00

NEUROLOGIA Y PROCEDIMIENTOS NEUROMUSCULARES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
95800	Estudio del sueño no atendido, grabando simultáneamente, la frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno y análisis respiratorio, ej.: por flujo de aire o tono arterial periférico y tiempo de sueño.	11,60	0,00
95801	Estudio del sueño no atendido, grabando simultáneamente, la frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno y análisis respiratorio, ej.: por flujo de aire o tono arterial periférico.	10,20	0,00
95803	Test de aptigrafia, registro, análisis, interpretación y reporte (mínimo de 72 horas o 14 días consecutivos de registro)	9,30	0,00
95805	Pruebas de latencia múltiple del sueño o de mantenimiento de la vigilia; registro, análisis e interpretación de mediciones fisiológicas del sueño, durante múltiples ensayos de valoración del sueno	10,00	0,00
95806	Estudio de sueño, registro simultaneo de ventilación, esfuerzo respiratorio, ekg, y saturación de oxígeno, no atendido por tecnólogo	30,00	0,00
95807	Estudio de sueño, registro simultaneo de ventilación, esfuerzo respiratorio, ekg, y saturación de oxígeno, atendido por tecnólogo	8,00	0,00
95808	Polisomografia; determinación de etapas del sueño con 1-3 parámetros adicionales, atendido por un tecnólogo.	32,00	0,00
95810	Determinación de etapas del sueño con 4 o más parámetros adicionales, atendido por un tecnólogo.	46,00	0,00
95811	Determinación de etapas del sueño con 4 o más parámetros adicionales, con iniciación de presión positiva continua o ventilación en dos niveles, atendido por un tecnólogo.	50,00	0,00
95812	Electroencefalograma (eeg), monitoreo extendido, hasta 1 hora.	17,00	0,00
95813	Electroencefalograma (eeg), monitoreo extendido; más de una hora.	19,00	0,00
95816	Electroencefalograma (eeg), incluye registro despierto y con somnolencia, con hiperventilación y/o estimulación luminosa.	5,00	0,00
95819	Electroencefalograma (eeg) incluye registro despierto y dormido, con hiperventilación y/o estimulación con luz.	5,00	0,00
95822	Electroencefalograma (eeg) en coma o dormido solamente.	4,00	0,00
95824	Electroencefalograma (eeg) en coma solo evaluación de muerte cerebral.	7,00	0,00
95827	Electroencefalograma (eeg) en coma. Registro de noche completa	14,10	0,00
95829	Electrocorticograma durante cirugía (procedimiento separado).	55,00	0,00
95830	Inserción por medico de electrodos esfenoidales para registro electroencefalografico.	20,00	0,00
95831	Pruebas musculares, manual (procedimiento separado); de extremidades (excepto mano) y tronco, con reporte.	4,50	0,00
95832	Pruebas musculares, manual (procedimiento separado); mano (con o sin comparación con el lado normal).	7,00	0,00
95833	Pruebas musculares, evaluación total del cuerpo excluyendo manos.	15,00	0,00
95834	Pruebas musculares, evaluación total del cuerpo, incluyendo manos.	18,00	0,00
95851	Rango de medidas de movimiento y reporte (procedimiento separado); cada extremidad, (excluyendo mano) o cada sección de tronco (espina).	4,20	0,00
95852	Rango de medidas de movimiento y reporte (procedimiento separado); mano, con o sin comparación con el lado normal.	6,30	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
95857	Prueba de tensilon, para miastenia gravis.	7,50	0,00
95860	Electromiografía con aguja, una extremidad con o sin áreas paraespinales relacionadas.	13,00	0,00
95861	Electromiografía con aguja, dos extremidades con o sin áreas paraespinales relacionadas.	18,00	0,00
95863	Electromiografía con aguja, tres extremidades con o sin áreas paraespinales relacionadas.	23,00	0,00
95864	Electromiografía con aguja, cuatro extremidades con o sin áreas paraespinales relacionadas.	28,00	0,00
95865	Electromiografía con aguja, laringe	14,00	0,00
95866	Electromiografía con aguja, hemidiafragma	12,00	0,00
96867	Electromiografía con aguja, músculos inervados por pares craneales, unilateral.	12,00	0,00
95868	Electromiografía con aguja, músculos inervados por pares craneales.	17,00	0,00
95869	Electromiografía con aguja, músculos paraespinales torácicos	7,00	0,00
95870	Electromiografía con aguja, estudio limitado a una extremidad o a músculos axiales uni o bilaterales, que no incluyan músculos paraespinales dorsales, músculos inervados por nervios craneales, o esfínteres.	5,50	0,00
95872	Electromiografía con aguja usando electrodos de fibra única, con medición cuantitativa de amplitudes, bloqueo y/o densidad de la fibra, en cualquiera o todos los sitios de cada musculo estudiado.	22,00	0,00
95873	Estimulación eléctrica para guía en conjunción con quimiodenervacion	6,00	0,00
95874	Electromiografía con aguja para guía en conjunción con quimiodenervacion	6,00	0,00
96875	Ejercicio de un miembro isquémico con determinación seriada de metabolitos musculares.	15,00	0,00
95900	Conducción nerviosa, estudio de amplitud y latencia/velocidad, cada nervio, cualquiera o todos los sitios a lo largo del nervio; motor, sin estudio de onda-f.	6,50	0,00
95903	Conducción nerviosa, estudio de amplitud y latencia/velocidad, cada nervio, cualquiera o todos los sitios a lo largo del nervio; motor, con estudio de onda-f.	9,50	0,00
95904	Conducción nerviosa, estudio de amplitud y latencia/velocidad, cada nervio, cualquiera o todos los sitios a lo largo del nervio; motor, con estudio de onda-f. Sensorial.	6,00	0,00
95920	Pruebas neurofisiológicas intraoperatorias, por hora. (liste separadamente en adición al código primario del procedimiento)	30,00	0,00
95921	Valoración del funcionamiento del sistema nervioso autónomo; inervación cardiovagal (función parasimpática), incluidos 2 o más de los siguientes: respuesta de la frecuencia cardiaca a la respiración profunda con grabación del intervalo r-r, valsalva y razón 30:15	7,50	0,00
95922	Inervación adrenérgica vasomotora (función adrenérgica simpática) incluyendo presión arterial latido a latido y cambios del intervalo r-r durante la maniobra de valsalva y al menos 5 minutos de tilt pasivo)	8,00	0,00
95923	Valoración sudomotora incluyendo uno o más de los siguientes: test cuantitativo del reflejo axonal sudomotor, test termorregulatorio del sudor y cambios en el potencial simpático de la piel	7,50	0,00
95925	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera o todos los nervios periféricos o sitios en piel, registro desde el sistema nervioso central; en los miembros superiores.	9,00	0,00
95926	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera o todos los nervios periféricos o sitios en piel, registro desde el sistema nervioso central; en los miembros inferiores.	9,00	0,00
95927	Estudio de potenciales evocados somatosensoriales de latencia corta, estimulación de cualquiera o todos los nervios periféricos o sitios en piel, registro desde el sistema nervioso central; en el tronco o cabeza.	9,00	0,00
95928	Potenciales evocados motores centrales (estimulación motora transcraneal), miembros superiores	18,90	0,00
95929	Potenciales evocados motores centrales (estimulación motora transcraneal); en miembros inferiores	18,90	0,00
95930	Potenciales evocados visuales del sistema nervioso central, con flash o con tablero de ajedrez	6,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
95933	Reflejo ocular del musculo orbicular (parpadeo) mediante electrodiagnóstico	6,50	0,00
95934	Reflejo h, estudio de amplitud y latencia; musculo gastronemio/soleo	8,50	0,00
95936	Registro de otros músculos diferentes al gastronemio	9,50	0,00
95937	Prueba de unión neuromuscular, cada nervio, cualquier método	6,50	0,00
95950	Monitoreo para identificación y lateralización de foco epileptiforme cerebral por medio de electrodos; registro electroencefalografico de 8 canales e interpretación, cada 24 horas	15,00	0,00
95951	Monitoreo para localización de foco epileptiforme cerebral por medio de registro combinado, electroencefalografico y video, mediante cable o radio, 16 o más canales de telemetría (ej., determinación pre quirúrgica), grabación e interpretación, cada 24 horas	50,00	0,00
95953	Monitoreo para localización de foco epileptiforme cerebral por medio de registro electroencefalografico computarizado portátil, de 16 o más canales, registro e interpretación, cada 24 horas	30,00	0,00
95954	Activación farmacológica o física que requiera atención del médico durante la fase de activación del registro de eeg (ej. Test de activación con tiopental)	30,00	0,00
95955	Electroencefalograma durante cirugía no intracraneal (ej. Cirugía de carotidea)	15,00	0,00
95956	Monitoreo para localización de foco epileptiforme cerebral por medio de cable o radio, 16 o más canales de telemetría, registro e interpretación, electroencefalografía cada 24 horas	19,00	0,00
95957	Análisis digital de electroencefalograma (ej. Análisis para ondas epilépticas)	14,00	0,00
95958	Prueba de activación ("wada test") para función de los hemisferios, incluido electroencefalograma	65,00	0,00
95961	Mapeo cortical funcional por estimulación de electrodos sobre la superficie cerebral, o por electrodos profundos, para provocar convulsiones o identificar corteza vital, la primera hora de atención del medico	30,00	0,00
95962	Mapeo cortical funcional por estimulación de electrodos sobre la superficie cerebral, o por electrodos profundos, para provocar convulsiones o identificar corteza vital, cada hora adicional de atención del médico (listar aisladamente en adición al código del procedimiento primario)	30,00	0,00
95965	Magnetoelectroencefalografia, grabación y análisis, para casos de actividad magnética cerebral espontanea(ej. localización en el córtex cerebral de foco de epilepsia	59,00	0,00
95966	Magnetoelectroencefalografia, grabación y análisis, con campos magnéticos provocados(sensorial, motor, lenguaje o visual, un solo sitio	30,00	0,00
95967	y análisis, con campos magnéticos provocados(sensorial, motor, lenguaje o visual, cada sitio adicional, añadir a código de procedimiento primario	25,00	0,00
95970	Análisis electrónico de un neuroestimulador implantado con un sistema de generador de pulso (ej. frecuencia, amplitud y duración del pulso, configuración de la forma de las ondas, estado de la batería, ciclicidad, medidas de la impedancia y de la compliance del paciente) neuroestimulador por generador de pulso simple o complejo, sin reprogramación	5,00	0,00
95971	Neuroestimulador con generador de pulso simple, con programación intraoperatorio o subsecuente	7,50	0,00
95972	Neuroestimulador generador/trasmisor de pulso complejo en cerebro o cordón espinal, con programación intraoperativa subsecuente, primera hora	14,00	0,00
95973	Neuroestimulador generador/trasmisor de pulso complejo en cerebro o cordón espinal, con programación intraoperativa subsecuente, cada 30 minutos adicionales, luego de la primera hora (lístelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	9,00	0,00
95974	Neuroestimulador generador/trasmisor de pulso complejo en nervio craneal complejo, con programación intraoperativa o subsecuente, con o sin test de interfase nervioso, primera hora	27,50	0,00
95975	Neuroestimulador generador/trasmisor de pulso complejo en nervio	16,50	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	craneal complejo, con programación intraoperativa o subsecuente, con o sin test de interfase nervioso, cada 30 minutos adicionales, luego de la primera hora		
95978	Análisis electrónico del neuro estimulador implantado (ej. frecuencia amplitud y duración del pulso en el neuroestimulador profundo, complejo, con programación inicial y subsecuente, primera hora	42,70	0,00
95979	Análisis electrónico del neuro estimulador implantado (ej. frecuencia amplitud y duración del pulso en el neuroestimulador profundo, complejo, con programación inicial y subsecuente, cada 30 minutos adicionales, luego de la primera hora	20,70	0,00
95980	Análisis electrónico de sistema neuroestimulador implantado ,sistema neuroestimulador gástrico intraoperatorio con programación	11,00	0,00
95981	Igual a 95980 ,subsecuente sin reprogramación	4,40	0,00
95982	Igual a 95980 ,subsecuente con reprogramación	9,00	0,00
95990	Mantenimiento o llenado de bomba implantable o reservorio para administración de drogas, espinal (intratecal, epidural), o cerebral (intraventricular)	8,00	0,00
95991	Mantenimiento o llenado de bomba implantable o reservorio para administración de drogas, espinal (intratecal, epidural), o cerebral (intraventricular). Administrado por medico	5,50	0,00
95999	Procedimientos neurológicos o neuromusculares no listados	CM (criterio medico)	0,00
96000	Análisis de movimiento computarizado mediante grabación y cinemática tridimensional	22,00	0,00
96001	Análisis de movimiento computarizado mediante grabación y cinemática tridimensional. Con mediciones de presión plantar dinámica durante la marcha	27,30	0,00
96002	Electromiografía dinámica de superficie, durante la marcha u otras actividades funcionales, 1-12 músculos	5,30	0,00
96003	Electromiografía dinámica con cable fino, durante la marcha u otras actividades funcionales, 1 musculo	5,00	0,00
96004	Revisión, interpretación del médico de análisis de movimiento computarizado, mediciones de presión plantar dinámica, electromiografía dinámica de superficie durante la marcha y electromiografía dinámica con cable fino; reporte escrito	23,40	0,00
96020	Selección y administración de tests no funcionales durante mapeo cerebral funcional por imagen no invasiva, con test administrado por médico o psicólogo, incluye revisión y reporte	28,00	0,00
96040	Consejería medica genética, cada 30 minutos, cara a cara con paciente/familia	6,00	0,00
96101	Test psicológico (incluye valoración psicodiagnostica de la emocionalidad, habilidades intelectuales, personalidad y psicopatología, ej.: mmpi, rorschach, wais), realizado por médico o psicólogo por hora, incluye tiempo de entrevista, interpretación de resultados y preparación de reporte	15,00	0,00
96102	Test psicológico (incluye valoración psicodiagnostica de la emocionalidad, habilidades intelectuales, personalidad y psicopatología, ej.: mmpi, rorschach, wais) realizado por técnico con interpretación y reporte de un profesional calificado	4,00	0,00
96103	Test psicológico (incluye valoración psicodiagnostica de la emocionalidad, habilidades intelectuales, personalidad y psicopatología, ej.: mmpi), administrado por computadora con interpretación y reporte de un profesional calificado	4,00	0,00
96105	Valoración de afasia (incluye valoración del lenguaje expresivo y receptivo y función y comprensión del lenguaje) habilidad para la producción del habla, lectura, escritura, ej.: Boston diagnostic afasia examination) con interpretación y reporte, por hora	29,20	0,00
96110	Evaluación del desarrollo; limitado (ej.: developmental screening test ii, early language milestone screen), con interpretación y reporte	23,50	0,00
96111	Extendido (incluye valoración de función motora, lenguaje, social, adaptativo y cognitivo, por instrumentos estandarizados) con interpretación y reporte	26,30	0,00
96116	Examen del estado neurocomportamental (valoración clínica del	16,50	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	pensamiento, razonamiento y juicio, ej.: conocimiento adquirido, atención, lenguaje, memoria, resolución de problemas y planeamiento, habilidades visuales espaciales), por hora, realizado por psicólogo o médico, incluye tiempo de entrevista, interpretación de resultados y preparación de reporte		
96118	Test neuropsicológico (ej.: halsted-reitan neuropsychological battery, wechsler memory scales, wisconsin card sorting test), por hora, realizado por psicólogo o médico, incluye tiempo de entrevista, interpretación de resultados y preparación de reporte	16,00	0,00
96119	Test neuropsicológico (ej.: halsted-reitan neuropsychological battery, wechsler memory scales, wisconsin card sorting test) realizado por técnico con interpretación y reporte de un profesional calificado	5,50	0,00
96120	Test neuropsicológico (ej.: wisconsin card sorting test) administrado por computadora con interpretación y reporte de un profesional calificado	4,00	0,00
96125	Test estándar de rendimiento de conocimiento(test de ross)por hora de profesional calificado, incluye el tomar el test en persona ,la interpretación y el reporte de los resultados	26,20	0,00
96150	Evaluación de comportamiento y salud (monitoreo psicofisiológico) cada 15 minutos de entrevista personal, evaluación inicial	6,40	0,00
96151	Evaluación de comportamiento y salud (monitoreo psicofisiológico) cada 15 minutos de entrevista personal ; reevaluación	6,20	0,00
96152	Corrección de comportamiento y salud ,en persona, individual	5,90	0,00
96153	Corrección de comportamiento y salud; en grupo (2 o más personas)	1,40	0,00
96154	Corrección de comportamiento y salud ,en familia, con paciente presente	5,90	0,00
96155	Corrección de comportamiento y salud ,en familia, sin paciente presente	5,80	0,00

ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
96401	Administración de quimioterapia; subcutánea o intramuscular, anti neoplásica no hormonal	8,50	0,00
96402	Administración de quimioterapia; subcutánea o intramuscular, anti neoplásica hormonal	6,00	0,00
96405	Administración de quimioterapia, intralesional; hasta 7 lesiones	8,00	0,00
96406	Administración de quimioterapia, intralesional; más de 7 lesiones	12,00	0,00
96409	Administración de bolo de quimioterapia, intravenosa; única sesión o droga inicial	18,00	0,00
96411	Administración de bolo de quimioterapia, intravenosa; cada droga adicional	9,00	0,00
96413	Administración de quimioterapia mediante infusión, hasta 1 hora	25,00	0,00
96415	Infusión 1 a 8 horas. (lístelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	12,50	0,00
96416	Inicio de infusión prolongada (más de 8 horas), requiriendo el uso de bomba de infusión implantable o portátil	28,00	0,00
96417	Cada infusión secuencial adicional (diferente medicación) hasta 1 hora. (lístelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	14,00	0,00
96420	Administración de quimioterapia, intra-arterial; técnica de bolo	7,30	0,00
96422	Administración de quimioterapia, intra-arterial; técnica de infusión, hasta una hora	15,00	0,00
96423	Administración de quimioterapia, intra-arterial; 1 a 8 horas, cada hora adicional (7,5 por hora)	7,50	0,00
96425	Administración de quimioterapia, intra-arterial; técnica de infusión, inicio de infusión prolongada (más de 8 horas), requiriendo el uso de bomba de infusión portátil o implantable (5.7 por hora)	5,70	0,00
96440	Administración de quimioterapia dentro de la cavidad pleural, requiriendo e incluyendo toracocentesis	22,00	0,00
96446	Administración de quimioterapia en la cavidad peritoneal, por catéter o puerto subcutáneo.	4,30	0,00
96450	Administración de quimioterapia, dentro del snc (ej. Intratecal) requiriendo e incluyendo punción lumbar	9,80	3,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
96521	Llenado y mantenimiento de bomba de infusión portátil	9,00	0,00
96522	Llenado y mantenimiento de bomba implantable o reservorio, sistémico, (ej. Intravenoso, intra arterial)	10,00	0,00
96523	Irrigación de dispositivos de acceso venoso implantado para sistemas de liberación de drogas. No reportar con 96523.	4,50	0,00
96542	Inyección de quimioterapia, subaracnoidea o intraventricular a través de reservorio subcutáneo, uno o varios agentes. Para terapia radiactiva, usar el código 79005	19,50	0,00
96549	Procedimientos de quimioterapia no listados	CM (criterio medico)	0,00

PROCEDIMIENTOS DERMATOLOGICOS ESPECIALES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
96567	Terapia fotodinámica mediante aplicación externa de luz para destrucción de lesiones malignas o premalignas, cutáneas o de mucosa adyacente, por activación de droga fotosensitiva, cada sesión	14,90	0,00
96570	Terapia fotodinámica mediante aplicación endoscópica de luz para ablación de tejido normal, por activación de droga fotosensitiva, primeros 30 minutos (anótelo separadamente en adición al código para endoscopia o endoscopia de pulmón y esófago)	13,70	0,00
96571	Terapia fotodinámica mediante aplicación endoscópica de luz para ablación de tejido normal, por activación de droga fotosensitiva. Cada 15 minutos adicionales. (anótelo separadamente en adición al código para endoscopia o endoscopia de pulmón y esófago)	6,90	0,00
96900	Actinoterapia (rayos ultravioleta)	3,00	0,00
96902	Examen microscópico de cabellos extraídos por el examinador, para determinar contaje de telogenos y anagenos o alguna anormalidad estructural del cabello	5,00	0,00
96904	Fotografía integumentaria de cuerpo completo para monitorización de pacientes de alto riesgo con síndrome de nevus displasico o historia de nevus displasicos, o pacientes con historia familiar o personal de melanoma	12,00	0,00
96910	Fotoquimioterapia con ultravioleta b (tratamiento de goekerman) o petrolatum y ultravioleta b	3,00	0,00
96912	Psoralens y ultravioleta a (puva)	4,30	0,00
96913	Fotoquimioterapia (goekerman y/o puva) para dermatosis fotosensible por lo menos 4 a 8 horas de cuidado bajo supervisión directa del médico (incluye aplicación de medicación y vendajes)	21,10	0,00
96920	Tratamiento laser para enfermedad inflamatoria cutánea (psoriasis); área total menor a 250 2	10,00	0,00
96921	Tratamiento laser para enfermedad inflamatoria cutánea (psoriasis); área total menor a 250 a 500 cm2	10,00	0,00
96922	Más de 500 cm2	10,00	0,00
96999	Procedimientos dermatológicos especiales no listados	CM (criterio medico)	0,00

MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

*Aplica FCM de Evaluación y Manejo

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
97001	Evaluación de terapia física	16,00	0,00
97002	Reevaluación de terapia física	10,80	0,00
97003	Evaluación de terapia ocupacional	16,00	0,00
97004	Reevaluación de terapia ocupacional	10,80	0,00
97005	Evaluación de entrenamiento atlético	16,00	0,00
97006	Reevaluación de entrenamiento atlético	10,80	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
97010	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; compresas calientes o frías.	2,00	0,00
97012	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; tracción mecánica	4,50	0,00
97014	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; estimulación eléctrica	3,50	0,00
97016	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; dispositivos vasoneumaticos	4,50	0,00
97018	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; baño de parafina	3,00	0,00
97022	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; hidromasaje	4,50	0,00
97024	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; diatermia	3,00	0,00
97026	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; infrarrojo	2,00	0,00
97028	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; ultravioleta	4,00	0,00
97032	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; estimulación manual eléctrica, cada 15 minutos	4,50	0,00
97033	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; iontoforesis, cada 15 minutos	5,00	0,00
97034	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; baños de contraste, cada 15 minutos	4,00	0,00
97035	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; ultrasonido, cada 15 minutos	4,00	0,00
97036	Aplicación de una modalidad en una o más áreas; tanque de hubbard, cada 15 minutos	5,50	0,00
97110	Procedimiento terapéutico, en una o más áreas, cada 15 minutos; ejercicios terapéuticos para aumentar la fuerza y el tono, amplitud de movimiento y flexibilidad	5,00	0,00
97112	Procedimiento terapéutico, en una o más áreas, cada 15 minutos; reeducación neuromuscular de movimiento, balance, coordinación, postura y propiocepcion	5,00	0,00
97113	Procedimiento terapéutico, en una o más áreas, cada 15 minutos; terapia acuática con ejercicios terapéuticos	4,00	0,00
97116	Procedimiento terapéutico, en una o más áreas, cada 15 minutos; entrenamiento de marcha	7,00	0,00
97124	Procedimiento terapéutico, en una o más áreas, cada 15 minutos; masaje, cualquier tipo	5,50	0,00
97140	Técnicas de terapia manual (ej.: movilizacion-manipulacion, drenaje linfático manual, tracción manual) una o más regiones cada 15 minutos.	6,00	0,00
97150	Procedimiento terapéutico en grupo. Dos o más individuos.	5,00	0,00
97530	Actividades terapéuticas, con contacto directo con el paciente (uso de actividades dinámicas para mejorar el rendimiento funcional), cada 15 minutos	5,00	0,00
97532	Descompresión vertebral axial dinámica, progresiva; a través de ciclos de detraccion-relajacion de tensión con tiempo variable con monitoreo continuo, registro e interpretación, por sesión.	28,00	0,00
97535	Autocuidado o entrenamiento para cuidado en casa (ej. Actividades del diario vivir, entrenamiento compensatorio, preparación de comidas, procedimientos de seguridad e instrucciones en el uso del equipo de adaptación) contacto directo del paciente con el proveedor, cada 15 min	7,50	0,00
97537	Entrenamiento en reintegración en trabajo/comunidad (ej. Realizar compras, transportación, manejo de dinero, actividades laborales) contacto directo del paciente con el proveedor, cada 15 min	7,50	0,00
97542	Entrenamiento para manejo de silla de ruedas, cada 15 minutos	7,50	0,00
97545	Acondicionamiento/endurecimiento para el trabajo; 2 horas iniciales	24,00	0,00
97546	Acondicionamiento/endurecimiento para el trabajo; cada hora adicional (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	12,00	0,00

CUIDADO DE HERIDAS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
97597	Retiro de tejido desvitalizado de herida, debridamiento selectivo, sin anestesia (ej. Jet de agua de alta presión con o sin succión, debridamiento selectivo con tijeras, bisturí o fórceps), con o sin aplicación	11,10	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	tópica, evaluación de la herida e instrucciones para cuidado posterior, cada sesión, área total de herida menor a 20 cm2		
97598	Retiro de tejido desvitalizado de herida, debridamiento selectivo, sin anestesia (ej. Jet de agua de alta presión con o sin succión, debridamiento selectivo con tijeras, bisturí o fórceps), con o sin aplicación tópica, evaluación de la herida e instrucciones para cuidado posterior, cada sesión, área total de herida mayor a 20 cm2	14,10	0,00
97602	Retiro de tejido desvitalizado de herida, debridamiento no selectivo, sin anestesia (ej. Apósito mojado a húmedo, enzimática, abrasión) con aplicación tópica, evaluación de la herida e instrucciones para manejo posterior, cada sesión	10,00	0,00
97605	Terapia de herida con presión negativa (ej. Colección de drenaje asistido por vacío) con aplicación tópica, evaluación de la herida e instrucciones para manejo posterior, cada sesión, área total de herida menor a 50 cm2	5,00	0,00
97606	Terapia de herida con presión negativa (ej. Colección de drenaje asistido por vacío) con aplicación tópica, evaluación de la herida e instrucciones para manejo posterior, cada sesión, área total de herida mayor a 50 cm2	5,50	0,00

OTROS PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
97750	Prueba o medida del estado físico (ej.: capacidad funcional musculo-esquelética), cada 15 minutos.	9,50	0,00
97755	Evaluación de la tecnología para asistencia (ej. Para recuperación, aumento o compensación de función existente, optimización funcional y/o maximización de accesibilidad ambiental) contacto directo de paciente a proveedor, reporte escrito, cada 15 min	5,00	0,00
97760	Entrenamiento y manejo ortopédico (incluye evaluación y colocación) extremidad superior, extremidad inferior y/o tronco, cada 15 min	2,50	0,00
97761	Entrenamiento prostético extremidad superior e inferior, cada 15 minutos	4,80	0,00
97762	Chequeo de uso ortopédico/prostético, paciente establecido, cada 15 minutos	3,00	0,00

TERAPIA NUTRICIONAL

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
97802	Terapia medica nutricional; valoración inicial e intervención, individual, cara a cara con paciente, cada 15 minutos	14,00	0,00
97803	Revaloración e intervención, individual, cada 15 minutos	9,00	0,00
97804	Revaloración e intervención grupal (2 o más individuos) cada 30 minutos	8,00	0,00

ACUPUNTURA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
97810	Acupuntura, 1 o más agujas, sin estimulación eléctrica, 15 minutos iniciales, contacto directo con paciente	5,40	0,00
97811	Acupuntura, 1 o más agujas. Sin estimulación eléctrica, cada 15 minutos adicionales, con reinserción de agujas. (anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	4,50	0,00
97813	Acupuntura, 1 o más agujas con estimulación eléctrica, 15 minutos iniciales	5,80	0,00
97814	Acupuntura, 1 o más agujas. Con estimulación eléctrica, cada 15 minutos adicionales. (anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	5,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
98925	Tratamiento manipulativo osteopatico, involucrando 1 a 2 regiones del cuerpo	7,50	0,00
98926	Tratamiento manipulativo osteopatico, involucrando 3 o 4 regiones involucradas	10,00	0,00
98927	Tratamiento manipulativo osteopatico, involucrando 5 o 6 regiones involucradas	12,00	0,00
98928	Tratamiento manipulativo osteopatico, involucrando 7 u 8 regiones involucradas	14,00	0,00
98929	Tratamiento manipulativo osteopatico, involucrando 9 a 10 regiones involucradas	15,00	0,00
98940	Tratamiento quiropráctico manipulativo; espinal, 1 o 2 regiones	8,00	0,00
98941	Tratamiento quiropráctico manipulativo; espinal, 3 o 4 regiones	9,20	0,00
98942	Tratamiento quiropráctico manipulativo; espinal, 5 regiones	10,40	0,00
98943	Tratamiento quiropráctico manipulativo; espinal extraespinal, 1 o más regiones	7,50	0,00

OTROS SERVICIOS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
99175	Administración de ipecacuana o similares para emesis, y observación continua hasta lograr eliminación del veneno en el estomago	7,00	0,00
99183	Atención y supervisión de terapia con oxígeno hiperbárico, por sesión	14,00	0,00
99190	Ensamblaje y operación de bomba con oxigenador o intercambiador de calor (con o sin monitoreo de electrocardiograma y/o presión arterial); cada hora	86,00	0,00
99191	Ensamblaje y operación de bomba con oxigenador o intercambiador de calor (con o sin monitoreo de electrocardiograma y/o presión arterial); 45 minutos	64,00	0,00
99192	Ensamblaje y operación de bomba con oxigenador o intercambiador de calor (con o sin monitoreo de electrocardiograma y/o presión arterial); 30 minutos	42,50	0,00
99195	Flebotomía terapéutica (procedimiento separado)	5,00	0,00

CAPITULO VI

COMPONENTE DE IMAGENOLOGIA

CONTENIDO

COMPONENTE DE RADIOLOGÍA

CABEZA Y CUELLO
TORAX, COLUMNA Y PELVIS
EXTREMIDADES
ABDOMEN
APARATO GENITOURINARIO
CARDIOVASCULAR
ULTRASONIDO DIAGNOSTICO
ONCOLOGIA RADIOLOGICA
MEDICINA NUCLEAR

El valor de honorarios médicos en imagen para el caso de aplicación del presente tarifario, está integrado al componente técnico-institucional, por lo tanto **NO** se reconocerá el cobro de honorarios médicos de manera independiente.

Excepto en aquellos exámenes y procedimientos indicados con asterisco en la sección B capítulo III " Contenido de servicios de diagnostico, exámenes y procedimientos numeral 2.- Imagen", donde se considera que interviene de manera directa un profesional medico debido a la complejidad del procedimiento, donde **SI** se reconocerá el planillaje de honorarios por separado.

CABEZA Y CUELLO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
70010	Melografía, fosa posterior, supervisión radiológica e interpretación.	5,10	5,00
70015	Cisternografia, contraste positivo, supervisión radiológica e interpretación.	5,10	0,00
70030	Examen radiológico del ojo, para detección de cuerpo extraño.	1,10	0,00
70100	Examen radiológico de mandíbula; parcial, menos de 4 proyecciones.	1,00	7,00
70110	Examen radiológico de mandíbula; completa, mínimo 4 proyecciones.	1,40	7,00
70120	Examen radiológico, mastoides; menos de 3 proyecciones por lado.	1,00	7,00
70130	Examen radiológico, mastoides; completo, mínimo de 3 proyecciones por lado.	2,00	0,00
70134	Examen radiológico, meato auditivo interno, completo.	1,80	7,00
70140	Examen radiológico, huesos de la cara; menos de 3 proyecciones.	1,00	0,00
70150	Examen radiológico, huesos de la cara; completa, mínimo 3 proyecciones.	1,40	7,00
70160	Examen radiológico, huesos nasales, completo, mínimo 3 proyecciones.	1,00	0,00
70170	Dacriocistografia, conducto nasolacrimal, supervisión radiológica e interpretación.	1,60	7,00
70190	Examen radiológico; foramina óptica.	1,00	
70200	Examen radiológico; orbitas, completo, mínimo 4 proyecciones.	1,40	7,00
70210	Examen radiológico, senos nasales y paranasales, completo, menos de 3 proyecciones.	1,00	0,00
70220	Examen radiológico, senos nasales y paranasales, completo, mínimo 3 proyecciones.	1,40	7,00
70240	Examen radiológico de silla turca.	1,00	0,00
70250	Examen radiológico, cráneo; menos de 4 proyecciones.	1,30	7,00
70260	Examen radiológico completo, mínimo 4 proyecciones.	2,00	7,00
70300	Examen radiológico de dentadura, una proyección.	0,60	0,00
70310	Examen parcial, menos de la boca completa.	0,90	7,00
70320	Examen parcial, completa, toda la boca.	1,30	7,00
70328	Examen radiológico, articulación temporomandibular, boca abierta y cerrada, unilateral.	1,00	7,00
70330	Examen radiológico, articulación temporomandibular, boca abierta y cerrada, bilateral.	1,40	7,00
70332	Artrografía de la articulación temporomandibular, supervisión radiológica e interpretación.	3,20	0,00
70336	Resonancia magnética de articulación (es) temporomandibular (es).	10,00	7,00
70350	Cefalograma ortodontico.	1,00	7,00
70355	Ortopantograma.	1,20	7,00
70360	Examen radiológico de cuello, tejidos blandos.	1,00	7,00
70370	Faringe o laringe, incluyendo fluoroscopia y/o técnica de magnificación.	1,80	0,00
70371	Evaluación del lenguaje y del complejo dinámico faríngeo por grabación en cine o video.	4,90	7,00
70373	Laringografia con contraste, supervisión radiológica e interpretación.	3,00	0,00
70380	Examen radiológico de glándulas salivales por cálculos.	1,00	0,00
70390	Sialografía, supervisión radiológica e interpretación.	2,30	7,00
70450	Tac, cabeza o cerebro, sin medio de contraste.	5,40	0,00
70460	Tac, cabeza o cerebro con material de contraste.	6,50	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
70470	Tac de cabeza o cuello; sin material de contraste, seguido de material de contraste para los nuevos cortes.	7,40	7,00
70480	Tac, orbitas, silla turca, fosa posterior, oído externo, medio o interno, sin material de contraste.	7,50	7,00
70481	Tac, orbitas, silla turca, fosa posterior, oído externo, medio o interno. Con material de contraste.	8,00	0,00
70482	Sin material de contraste, seguido de material de contraste para los nuevos cortes.	8,50	7,00
70486	Tac de área maxilo facial; sin material de contraste.	6,50	7,00
70487	Tac de área maxilo facial; con material de contraste.	7,50	7,00
70488	Sin material de contraste, seguido de material de contraste para los nuevos cortes	8,00	0,00
70490	Tac de tejidos blandos del cuello, sin material de contraste.	7,50	0,00
70491	Tac de tejidos blandos del cuello, con material de contraste.	8,00	7,00
70492	Tac de tejidos blandos del cuello, sin material de contraste, seguido de material de contraste para los nuevos cortes.	8,50	7,00
70496	Angio tac, cabeza, sin contraste, seguido de material de contraste y cortes subsiguientes, incluido imágenes post procesamiento.	9,00	7,00
70497	Angio tac, cuello, sin contraste, seguido de material de contraste y cortes subsiguientes, incluido imágenes post procesamiento.	9,00	7,00
70498	Angiografía tac computarizada de cuello con material de contraste incluye imágenes no contratadas, y el procesamiento de imágenes	9,00	0,00
70540	Resonancia magnética de orbita, cara y cuello, sin material de contraste.	10,00	0,00
70542	Resonancia magnética de orbita, cara y cuello, con material de contraste.	12,00	7,00
70543	Resonancia magnética de orbita, cara y cuello, sin material de contraste, seguido de material de contraste para las nuevas secuencias.	15,00	7,00
70544	Angioresonancia de cabeza, sin material de contraste.	10,00	7,00
70545	Angioresonancia de cabeza, con material de contraste.	12,00	7,00
70546	Angioresonancia de cabeza, sin material de contraste, seguido de material de contraste para las nuevas secuencias.	15,00	0,00
70547	Angioresonancia del cuello sin material de contraste.	10,00	7,00
70548	Angioresonancia del cuello con material de contraste.	12,00	7,00
70549	Angioresonancia del cuello sin material de contraste, seguido de material de contraste para las nuevas secuencias.	15,00	7,00
70551	Resonancia magnética de cerebro, incluyendo tallo cerebral, sin contraste.	0,00	5,00
70552	Resonancia magnética de cerebro, incluyendo tallo cerebral, con contraste.	0,00	7,00
70553	Resonancia magnética de cerebro, incluyendo tallo cerebral, sin contraste, seguido de material de contraste para las siguientes secuencias.	15,00	0,00
70554	Resonancia magnética funcional de cerebro, incluido test de selección y administración de movimientos repetitivos del cuerpo y o estimulación visual, que no requiera de médico o psicólogo	8,00	0,00
70555	Resonancia magnética funcional de cerebro, incluido test de selección y administración de movimientos repetitivos del cuerpo y o estimulación visual, que requiera de médico o psicólogo para administración de la totalidad del test neurofuncional.	10,00	7,00
70557	Resonancia magnética de cerebro (incluyendo tallo cerebral y base del cráneo) durante procedimiento intracraneal abierto (ej.: para acceder a tumor residual o residuo de malformación vascular); sin medio de contraste.	10,00	7,00
70558	Resonancia magnética de cerebro (incluyendo tallo cerebral y base del cráneo) durante procedimiento intracraneal abierto (ej.: para acceder a tumor residual o residuo de malformación vascular); con medio de contraste.	12,00	7,00
70559	Resonancia magnética de cerebro (incluyendo tallo cerebral y base del cráneo) durante procedimiento intracraneal abierto (ej.: para acceder a tumor residual o residuo de malformación vascular), sin contraste, seguido de material de contraste para las siguientes secuencias.	15,00	0,00

TORAX, COLUMNA Y PELVIS

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
71010	Examen radiológico del tórax, una proyección, frontal.	1,00	0,00
71015	Examen radiológico del tórax, una proyección, stereo, frontal.	1,20	0,00
71020	Examen radiológico del tórax, dos proyecciones, frontal y lateral.	1,30	0,00
71021	Examen radiológico del tórax, dos proyecciones, frontal y lateral con procedimiento lordotico apical.	1,50	7,00
71022	Examen radiológico del tórax, dos proyecciones, frontal y lateral con proyecciones oblicuas.	1,80	7,00
71023	Examen radiológico del tórax, dos proyecciones, frontal y lateral, con fluoroscopia.	2,00	7,00
71030	Examen radiológico de tórax completo, mínimo 4 proyecciones.	7,80	0,00
71034	Examen radiológico de tórax completo, mínimo 4 proyecciones. Con fluoroscopia.	2,80	7,00
71035	Examen radiológico de tórax, proyecciones especiales (ej.: decúbito lateral, estudios bucky).	1,50	7,00
71040	Broncografia, unilateral, supervisión radiológica e interpretación.	3,50	0,00
71060	Broncografia, bilateral, supervisión radiológica e interpretación.	4,50	0,00
71090	Colocación de marcapaso, fluoroscopia y radiografía, supervisión radiológica e interpretación.	3,30	7,00
71100	Examen radiológico de costillas, unilateral, 2 proyecciones.	1,50	7,00
71101	Incluyendo tórax postero-anterior, mínimo 3 proyecciones.	1,70	7,00
71110	Examen radiológico de costillas, bilateral, 3 proyecciones.	1,70	0,00
71111	Incluyendo tórax postero-anterior, mínimo 4 proyecciones.	1,90	0,00
71120	Examen radiológico, esternón, mínimo 2 proyecciones.	1,00	7,00
71130	Articulación o articulaciones esternoclaviculares, mínimo 3 proyecciones.	1,20	0,00
71250	Tac de tórax, sin medio de contraste.	7,00	7,00
71260	Tac de tórax. Con material de contraste.	7,70	7,00
71270	Tac de tórax, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones.	8,70	0,00
71275	Angiotac, del tórax sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones, incluyendo procesamiento posterior de las imágenes.	9,00	0,00
71550	Resonancia magnética de tórax (ej.: para evaluación de linfadenopatia hiliar y mediastinal), sin medio de contraste.	10,00	7,00
71551	Resonancia magnética de tórax (ej.: para evaluación de linfadenopatia hiliar y mediastinal). Con material de contraste.	12,00	0,00
71552	Resonancia magnética de tórax (ej.: para evaluación de linfadenopatia hiliar y mediastinal). Sin material de contraste, seguido por material de contraste y secuencias posteriores	15,00	7,00
71555	Angioresonancia de tórax (excluyendo miocardio), con o sin material de contraste.	11,00	7,00
72010	Examen radiológico, columna, completo, estudio supervisado anteroposterior y lateral.	2,60	0,00
72020	Examen radiológico, columna, una proyección, nivel específico.	1,00	0,00
72040	Examen radiológico, columna cervical; dos o tres proyecciones.	1,00	7,00
72050	Examen radiológico, columna cervical; mínimo 4 proyecciones.	1,70	0,00
72052	Examen radiológico, columna cervical; completa, incluyendo estudios oblicuos y flexión y/o extensión.	2,00	0,00
72069	Examen radiológico, columna, toracolumbar, de pie (escoliosis).	1,20	0,00
72070	Examen radiológico, columna torácica, dos proyecciones.	1,30	7,00
72072	Examen radiológico, columna torácica, 3 proyecciones.	1,40	7,00
72074	Examen radiológico, columna torácica, torácica, mínimo 4 proyecciones.	1,20	0,00
72080	Examen radiológico, toraxolumbar, dos proyecciones.	1,50	0,00
72090	Estudio de escoliosis, incluyendo estudios supino y de pie.	1,60	7,00
72100	Examen radiológico, columna lumbosacra, 2 o 3 proyecciones.	1,30	0,00
72110	Examen radiológico, columna lumbosacra, mínimo 4 proyecciones.	1,80	7,00
72114	Examen radiológico, columna lumbosacra. Completa, incluyendo proyecciones curvas.	2,00	7,00
72120	Examen radiológico, columna lumbosacra, solamente proyecciones curvas, mínimo 4 proyecciones.	1,30	0,00
72125	Tac de columna cervical, sin material de contraste.	6,80	7,00
72126	Tac de columna cervical, con material de contraste.	7,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
72127	Tac de columna cervical, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones.	7,20	0,00
72128	Tac de columna dorsal, sin material de contraste.	6,80	0,00
72129	Tac de columna dorsal, con material de contraste.	7,00	7,00
72130	Tac de columna dorsal, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones.	7,20	7,00
72131	Tac de columna lumbar, sin material de contraste.	6,80	7,00
72132	Tac de columna lumbar, con material de contraste.	7,00	0,00
72133	Tac de columna lumbar, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones.	7,20	0,00
72141	Resonancia magnética del canal espinal y sus contenidos, cervical, sin material de contraste.	0,00	7,00
72142	Resonancia magnética del canal espinal y sus contenidos, cervical, con material de contraste.	0,00	7,00
72146	Resonancia magnética del canal espinal y sus contenidos, torácica, sin material de contraste.	0,00	7,00
72147	Resonancia magnética del canal espinal y sus contenidos, torácica, con material de contraste.	0,00	7,00
72148	Resonancia magnética del canal espinal y sus contenidos, lumbar, sin material de contraste.	0,00	7,00
72149	Resonancia magnética del canal espinal y sus contenidos, lumbar, con material de contraste.	12,00	7,00
72156	Resonancia magnética del canal espinal y sus contenidos, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secuencias; cervical.	15,00	7,00
72157	Resonancia magnética del canal espinal y sus contenidos, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secuencias; torácica.	15,00	7,00
72158	Resonancia magnética del canal espinal y sus contenidos, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secuencias; lumbar.	15,00	0,00
72159	Angioresonancia de canal espinal y sus contenidos, con o sin material de contraste.	11,00	0,00
72170	Examen radiológico, de pelvis, una o dos proyecciones.	1,00	7,00
72190	Examen radiológico, de pelvis completa, mínimo 3 proyecciones.	1,30	7,00
72191	Angiotac, de pelvis, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones, incluyendo procesamiento posterior de las imágenes.	9,00	7,00
72192	Tac de pelvis, sin material de contraste.	6,00	7,00
72193	Tac de pelvis con material de contraste.	6,50	7,00
72194	Tac de pelvis sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secuencias.	7,00	0,00
72195	Resonancia magnética de pelvis sin material de contraste.	10,00	7,00
72196	Resonancia magnética de pelvis con material de contraste.	0,00	7,00
72197	Resonancia magnética de pelvis, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secuencias.	15,00	0,00
72198	Angioresonancia de pelvis, con o sin material de contraste.	11,00	0,00
72200	Examen radiológico, articulaciones sacroiliacas, menos de 3 proyecciones.	1,30	7,00
72202	Examen radiológico, articulaciones sacroiliacas, 3 o más proyecciones.	1,40	0,00
72220	Examen radiológico, sacro y coxis, mínimo 2 proyecciones.	1,30	0,00
72240	Melografía, cervical, con supervisión radiológica e interpretación.	4,50	5,00
72255	Melografía, torácica, con supervisión radiológica e interpretación.	4,20	5,00
72265	Melografía, lumbosacra, con supervisión radiológica e interpretación.	4,20	0,00
72270	Melografía, dos o más regiones (ej.: lumbar/torácica, cervical/torácica, lumbar/cervical, lumbar/torácica/cervical), con supervisión radiológica e interpretación.	6,00	0,00
72275	Epidurografia, con supervisión radiológica e interpretación.	6,00	5,00
72285	Discografia, cervical o torácica, con supervisión radiológica e interpretación.	4,50	0,00
72291	Vertebroplastia percutánea o aumento vertebral, incluyendo creación de cavidad, cada cuerpo vertebral, con guía fluoroscopica; supervisión	4,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	radiológica e interpretación		
72292	Con guía por tac	4,00	0,00
72295	Discografia lumbar, con supervisión radiológica e interpretación.	4,50	5,00

EXTREMIDADES

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
73000	Examen radiológico de clavícula, completo.	0,90	0,00
73010	Examen radiológico de escapula, completo.	1,00	7,00
73020	Examen radiológico, hombro, una proyección.	0,80	7,00
73030	Examen radiológico, hombro completa, mínimo 2 proyecciones.	1,10	7,00
73040	Examen radiológico, hombro, artrografía; supervisión radiológica e interpretación.	3,50	0,00
73050	Examen radiológico; articulaciones acromioclaviculares, bilateral, con o sin colocación de peso.	1,00	7,00
73060	Examen radiológico; humero, mínimo 2 proyecciones.	1,00	7,00
73070	Examen radiológico, codo, dos proyecciones.	0,80	7,00
73080	Examen radiológico, codo, completo, mínimo 3 proyecciones.	1,00	7,00
73085	Examen radiológico, codo, artrografía; supervisión radiológica e interpretación.	3,50	0,00
73090	Examen radiológico, antebrazo, dos proyecciones.	1,00	7,00
73092	Examen radiológico, miembro superior, niños, mínimo 2 proyecciones.	1,00	0,00
73100	Examen radiológico, muñeca, dos proyecciones.	1,00	7,00
73110	Examen radiológico, muñeca, completo, mínimo 3 proyecciones.	1,10	7,00
73115	Examen radiológico, muñeca, artrografía; supervisión radiológica e interpretación.	3,20	0,00
73120	Examen radiológico, mano, 2 proyecciones.	0,80	7,00
73130	Examen radiológico, mano, mínimo 3 proyecciones.	1,00	7,00
73140	Examen radiológico, dedo (s), mínimo 2 proyecciones.	0,80	0,00
73200	Tac, miembro superior, sin material de contraste.	6,00	7,00
73201	Tac, miembro superior, con material de contraste.	6,50	0,00
73202	Tac, miembro superior, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones.	7,00	7,00
73206	Angiotac, miembro superior, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones, incluyendo procesamiento posterior de las imágenes.	9,00	0,00
73218	Resonancia magnética, miembro superior, diferente a las articulaciones, sin medio de contraste.	10,00	0,00
73219	Resonancia magnética, miembro superior, diferente a las articulaciones, con medio de contraste.	12,00	7,00
73220	Resonancia magnética, miembro superior, diferente a las articulaciones, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secuencias.	15,00	0,00
73221	Resonancia magnética, cualquier articulación de miembro superior, sin medio de contraste.	10,00	7,00
73222	Resonancia magnética, cualquier articulación de miembro superior, con medio de contraste.	12,00	7,00
73223	Resonancia magnética, cualquier articulación de miembro superior, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secuencias.	15,00	0,00
73225	Angioresonancia, miembro superior, con o sin material de contraste.	11,00	7,00
73500	Examen radiológico, cadera unilateral, una proyección.	1,00	7,00
73510	Examen radiológico, cadera unilateral completo, mínimo 2 proyecciones.	1,00	7,00
73520	Examen radiológico, caderas bilateral, mínimo 2 proyecciones de cada cadera, incluyendo proyección anteroposterior de pelvis.	1,40	0,00
73525	Examen radiológico, cadera, artrografía; supervisión radiológica e interpretación.	3,50	7,00
73530	Examen radiológico, cadera, durante procedimiento operatorio.	1,80	7,00
73540	Examen radiológico, pelvis y caderas, infante o niño, mínimo 2	1,00	

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	proyecciones.		0,00
73542	Examen radiológico, artrografía de articulación sacroiliaca, con supervisión radiológica e interpretación.	3,70	0,00
73550	Examen radiológico, fémur, dos proyecciones.	1,00	7,00
73560	Examen radiológico, rodilla; una o 2 proyecciones.	0,90	7,00
73562	Examen radiológico, rodilla; 3 proyecciones.	1,00	7,00
73564	Examen radiológico, rodilla; completa, 4 o más proyecciones.	1,20	7,00
73565	Examen radiológico, ambas rodillas, de pie, anteroposterior.	0,90	7,00
73580	Examen radiológico, rodilla, artrografía; supervisión radiológica e interpretación.	3,30	0,00
73590	Examen radiológico; tibia y peroné, dos proyecciones.	0,80	7,00
73592	Examen radiológico, miembro inferior, infante, mínimo 2 proyecciones.	0,80	7,00
73600	Examen radiológico, tobillo, dos proyecciones.	0,80	-
73610	Examen radiológico, tobillo, completa, mínimo 3 proyecciones.	1,00	7,00
73615	Examen radiológico, tobillo, artrografía; supervisión radiológica e interpretación.	3,50	-
73620	Examen radiológico, pie, dos proyecciones.	0,90	7,00
73630	Examen radiológico, pie, completo, mínimo 3 proyecciones.	1,10	7,00
73650	Examen radiológico, calcáneo, mínimo 2 proyecciones.	0,80	7,00
73660	Examen radiológico, dedo (s) de los pies, mínimo 2 proyecciones.	0,70	7,00
73700	Tac, miembro inferior, sin material de contraste.	6,00	0,00
73701	Tac, miembro inferior, con material de contraste.	6,50	7,00
73702	Sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones.	7,00	0,00
73706	Angiotac, extremidad inferior, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones, incluyendo procesamiento posterior de las imágenes.	9,00	7,00
73718	Resonancia magnética, miembro inferior, diferente a las articulaciones, sin material de contraste.	10,00	7,00
73719	Resonancia magnética, miembro inferior, diferente a las articulaciones con material de contraste.	12,00	0,00
73720	Resonancia magnética, miembro inferior, diferente a las articulaciones, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secuencias.	15,00	0,00
73721	Resonancia magnética de cualquier articulación de miembro inferior, sin material de contraste.	10,00	7,00
73722	Resonancia magnética de cualquier articulación de miembro inferior, con material de contraste.	12,00	7,00
73723	Resonancia magnética de cualquier articulación de miembro inferior, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secuencias.	15,00	0,00
73725	Angioresonancia de miembro inferior, con o sin material de contraste.	11,00	0,00

ABDOMEN

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
74000	Examen radiológico, abdomen, único, proyección anteroposterior.	1,00	7,00
74010	Anteroposterior y proyecciones adicionales oblicuas y en cono.	1,20	0,00
74020	Completa, incluyendo proyecciones decúbito y/o de pie.	1,60	7,00
74022	Completa, serie para abdomen agudo, incluyendo proyecciones supina, de pie, y/o decúbito y tórax de pie.	1,90	7,00
74150	Tac, abdomen, sin material de contraste.	7,00	0,00
74160	Tac, abdomen, con material de contraste.	7,40	7,00
74170	Tac, abdomen, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones.	8,00	7,00
74175	Angiotac de abdomen, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones, incluyendo procesamiento posterior de las imágenes.	9,00	0,00
74176	Tomografía computarizada de abdomen y pelvis, sin material de contraste	8,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
74177	Tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste	8,50	0,00
74178	Tomografía computarizada de abdomen y pelvis sin material de contraste, en una parte del cuerpo,	9,40	0,00
74181	Resonancia magnética, abdomen, sin material de contraste.	0,00	7,00
74182	Resonancia magnética, abdomen, con material de contraste.	12,00	7,00
74183	Resonancia magnética, abdomen, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secuencias.	15,00	7,00
74185	Angioresonancia, abdomen, con o sin material de contraste.	11,00	7,00
74190	Peritoneograma (ej.: luego de inyección de aire o contraste), supervisión radiológica e interpretación.	5,80	0,00
74210	Examen radiológico; faringe y/o esófago cervical.	2,00	0,00
74220	Examen radiológico; esófago.	2,60	7,00
74230	Evaluación de la función deglutoria, con cineradiografia y/o video.	3,10	7,00
74235	Remoción de cuerpo(s) extraño(s) del esófago, con uso de catéter balón, supervisión radiológica e interpretación.	6,60	0,00
74240	Examen radiológico, tracto gastrointestinal superior, con o sin placas tardías, sin kub.	4,00	7,00
74241	Examen radiológico, tracto gastrointestinal superior, con o sin placas tardías, con kub.	4,10	0,00
74245	Examen radiológico con intestino delgado, incluye múltiples series de placas.	5,00	7,00
74246	Examen radiológico, tracto gastrointestinal superior, contraste con aire, con bario específico de alta densidad, agente efervescente, con o sin glucagón; con o sin placas tardías, sin kub.	4,00	0,00
74247	Examen radiológico, tracto gastrointestinal superior, contraste con aire, con bario específico de alta densidad, agente efervescente, con o sin glucagón; con o sin placas tardías, con kub.	4,10	0,00
74249	Examen radiológico, tracto gastrointestinal superior, contraste con aire, con bario específico de alta densidad, agente efervescente, con o sin glucagón; con seguimiento a través del intestino delgado.	5,20	7,00
74250	Examen radiológico, intestino delgado, incluye múltiples series de placas.	2,80	0,00
74251	Examen radiológico, intestino delgado, incluye múltiples series de placas. Por tubo de enteroclisis.	4,20	7,00
74260	Examen radiológico, intestino delgado, incluye múltiples series de placas. Duodenografia hipotónica.	3,00	7,00
74270	Examen radiológico, colon; enema de bario, con o sin kub.	4,00	0,00
74280	Examen radiológico, colon; enema de bario. Contraste con aire, con bario especifico de alta densidad, con o sin glucagón.	5,50	7,00
74283	Enema terapéutico, contraste o aire, para reducción de intususcepción u otra obstrucción intraluminal. (ej.: íleo por meconio).	6,80	0,00
74290	Colecistografia con contraste oral.	1,80	0,00
74291	Colecistografia con contraste oral. Examen adicional o repetido o examen de varios días.	1,20	7,00
74300	Col angiografía y/o pancreatografia; intraoperatoria, supervisión radiológica e interpretación.	2,40	0,00
74301	Col angiografía y/o pancreatografia; un set adicional intraoperatorio, supervisión radiológica e interpretación. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,10	0,00
74305	Col angiografía y/o pancreatografia; a través de un catéter existente, supervisión radiológica e interpretación.	2,50	0,00
74320	Col angiografía, percutánea, transhepatica, supervisión radiológica e interpretación.	3,20	0,00
74327	Remoción de cálculo de la vía biliar en un postoperatorio, percutáneo vía tubo en t, canastilla, (ej.: técnica de burhenne), supervisión radiológica e interpretación.	15,00	0,00
74328	Cateterización endoscópica del conducto biliar, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
74329	Cateterización endoscópica del conducto pancreático, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
74330	Cateterización endoscópica combinada del conducto pancreático y biliar, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
74340	Introducción de un tubo gastrointestinal largo (ej.: miller-abbott), incluye	3,30	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	múltiples fluoroscopias y placas, supervisión radiológica e interpretación.		
74355	Colocación percutánea de tubo de enteroclisis, supervisión radiológica e interpretación.	4,30	0,00
74360	Dilatación intraluminal de estenosis y/o obstrucciones (ej.: esófago), supervisión radiológica e interpretación.	3,10	0,00
74363	Dilatación percutánea transhepatica de estenosis de conducto biliar con o sin colocación de stent, supervisión radiológica e interpretación.	17,00	0,00

APARATO GENITOURINARIO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
74400	Pielografia intravenosa, con o sin kub, con o sin tomografía.	2,80	7,00
74410	Urografía, infusión, técnica al goteo o en bolo.	3,00	7,00
74415	Urografía, con nefrotomografia.	3,00	7,00
74420	Urografía retrograda, con o sin kub.	2,00	0,00
74425	Urografía anterógrada, (pielostograma, nefrostograma, asostograma), supervisión radiológica e interpretación.	2,00	0,00
74430	Cistografía, mínimo 3 proyecciones, supervisión radiológica e interpretación.	2,00	0,00
74440	Vasografia, vesiculografia, o epididimografia, supervisión radiológica e interpretación.	2,00	0,00
74445	Cuerpo cavernosografia, supervisión radiológica e interpretación.	6,50	0,00
74450	Uretrocistografia, retrograda, supervisión radiológica e interpretación.	2,00	0,00
74455	Uretrocistografia, miccional, supervisión radiológica e interpretación.	2,20	0,00
74470	Examen radiológico, estudio de quiste renal, translumbar, visualización con contraste, supervisión radiológica e interpretación.	3,20	0,00
74475	Introducción de catéter en la pelvis renal para drenaje y/o inyección, percutánea, supervisión radiológica e interpretación.	4,50	0,00
74480	Introducción de catéter ureteral o stent en el uréter a través de la pelvis renal para drenaje y/o inyección, percutánea, supervisión radiológica e interpretación.	8,50	0,00
74485	Dilatación de nefrostomia, uréteres, o uretra, supervisión radiológica e interpretación.	3,20	0,00
74710	Pelvimetria, con o sin localización de la placenta.	2,00	0,00
74740	Histerosalpingografia, supervisión radiológica e interpretación.	2,00	5,00
74742	Cateterización transcervical de trompa de Falopio, supervisión radiológica e interpretación.	3,60	0,00
74775	Perineograma (ej.: vaginograma, para determinación de sexo o extensión de anomalías).	3,50	0,00

CARDIOVASCULAR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
75557	Resonancia magnética cardiaca para morfología sin material de contraste.	11,00	0,00
75559	Resonancia magnética cardiaca para morfología con imágenes de estrés	14,00	0,00
75561	Resonancia magnética cardiaca para función, con o sin morfología, estudio completo con material de contraste	12,00	0,00
75563	Resonancia magnética cardiaca con imágenes de estrés	14,00	0,00
75565	Resonancia magnética cardiaca, para mapeo de velocidad de flujo (lístelo separadamente en adición al código del procedimiento primario)	0,50	0,00
75600	Aortografia torácica, sin serialografia, supervisión radiológica e interpretación.	2,50	5,00
75605	Aortografia torácica por serialografia, supervisión radiológica e interpretación.	3,80	5,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
75625	Aortografia abdominal por serialografia, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	5,00
75630	Aortografia abdominal más arterias iliofemorales bilaterales, catéter, por serialografia, supervisión radiológica e interpretación.	12,00	5,00
75635	Angiotac, aorta abdominal y arterias iliofemorales bilaterales, valoración de flujo miembro inferior, supervisión radiológica e interpretación, sin material de contraste, seguido de material de contraste, para las siguientes secciones, incluyendo procesamiento posterior de las imágenes.	9,00	5,00
75650	Angiografía, cervicocerebral, catéter, incluyendo vaso de origen, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	5,00
75658	Angiografía, braquial, retrograda, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	0,00
75660	Angiografía de carótida externa unilaterial selectiva, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	0,00
75662	Angiografía de carótida external bilateral selectiva, supervisión radiológica e interpretación.	10,00	0,00
75665	Angiografía, carótida, cerebral, unilateral, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	5,00
75671	Angiografía, carótida, cerebral, bilateral, supervisión radiológica e interpretación.	10,00	0,00
75676	Angiografía, carótida, cervical, unilateral, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	0,00
75680	Angiografía, carótida, cervical, bilateral, supervisión radiológica e interpretación.	10,00	5,00
75685	Angiografía, vertebral, cervical y/o intracraneal, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	5,00
75705	Angiografía, espinal, selectiva, supervisión radiológica e interpretación.	6,00	0,00
75710	Angiografía, extremidad, unilaterial, supervisión radiológica e interpretación.	3,00	0,00
75716	Angiografía, extremidad, bilateral, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	5,00
75722	Angiografía, renal, unilateral, selectiva (incluye aortograma por flush), supervisión radiológica e interpretación.	5,00	0,00
75724	Angiografía, renal, bilateral (incluye aortograma por flush), supervisión radiológica e interpretación.	7,50	5,00
75726	Angiografía, visceral, selectiva o supraselectiva (con o sin aortograma por flush), supervisión radiológica e interpretación.	7,50	5,00
75731	Angiografía, adrenal, unilateral, selectiva, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	5,00
75733	Angiografía, adrenal, bilateral, selectiva, supervisión radiológica e interpretación.	7,50	0,00
75736	Angiografía, pélvica, selectiva o supraselectiva, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	0,00
75741	Angiografía, pulmonar, unilateral, selectiva, supervisión radiológica e interpretación.	6,40	5,00
75743	Angiografía, pulmonar, bilateral, selectiva, supervisión radiológica e interpretación.	7,20	5,00
75746	Angiografía, pulmonar, no selectiva, por catéter o inyección intravenosa, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	0,00
75756	Angiografía, mamaria interna, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	0,00
75774	Angiografía, selectiva, cada vaso adicional estudiado, supervisión radiológica e interpretación. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	2,30	0,00
75791	Angiografía, stunt arteriovenosos ej. Fistula para diálisis / trasplante, completa evaluación de acceso para diálisis, incluye fluoroscopia, documentación de imagen y reporte (incluye inyección de contraste y todo lo necesario, para obtener la imagen de la anastomosis arterial y arterias adyacentes, a través del registro de todo el flujo venoso, incluyendo la vena cava inferior y superior) supervisión radiológica e interpretación.	10,30	5,00
75801	Linfangiografia, extremidad solamente, unilateral, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
75803	Linfangiografia, extremidad solamente, bilateral, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	0,00
75805	Linfangiografia, pélvica/abdominal, unilateral, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	0,00
75807	Linfangiografia, pélvica/abdominal, bilateral, supervisión radiológica e interpretación.	5,40	0,00
75809	Shuntograma para investigación de un shunt no vascular previamente colocado (ej.: leveen, shunt ventriculoperitoneal), supervisión radiológica e interpretación.	2,00	0,00
75810	Esplenoportografia, supervisión radiológica e interpretación.	3,20	0,00
75820	Flebografía, extremidad, unilateral, supervisión radiológica e interpretación.	2,30	5,00
75822	Flebografía, extremidad, bilateral, supervisión radiológica e interpretación.	3,40	0,00
75825	Flebografía, cava inferior, con serialografia, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
75827	Flebografía, cava superior, con serialografia, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	5,00
75831	Flebografía, renal, unilateral, selectiva, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	5,00
75833	Flebografía, renal, bilateral, selectiva, supervisión radiológica e interpretación.	6,00	0,00
75840	Flebografía, adrenal, unilateral, selectiva, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	5,00
75842	Flebografía, adrenal, bilateral, selectiva, supervisión radiológica e interpretación.	6,00	5,00
75860	Flebografía, seno o yugular, catéter, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
75870	Flebografía, seno superior sagital, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	5,00
75872	Flebografía, epidural, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
75880	Flebografía, orbital, supervisión radiológica e interpretación.	3,00	0,00
75885	Portografia transhepatica percutánea, con evaluación hemodinámica, supervisión radiológica e interpretación.	6,00	5,00
75887	Portografia transhepatica percutánea, sin evaluación hemodinámica, supervisión radiológica e interpretación.	6,00	0,00
75889	Flebografía, hepática, cuna o libre, con evaluación hemodinámica, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
75891	Flebografía, hepática, cuna o libre, sin evaluación hemodinámica, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
75893	Toma de muestras venosas a través de catéter, con o sin angiografía (ej.: para hormona paratiroidea, renina), supervisión radiológica e interpretación.	14,00	5,00
75894	Terapia transcateter; embolización, cualquier método, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	7,00
75896	Terapia transcateter, infusión, cualquier método (ej.: trombolisis, diferente a coronaria), supervisión radiológica e interpretación.	5,00	0,00
75898	Angiografía a través de un catéter existente para estudio de seguimiento para terapia transcateter; embolización o infusión.	9,50	0,00
75900	Cambio de un catéter arterial previamente colocado durante terapia trombolítica, con monitoreo por contraste, supervisión radiológica e interpretación.	8,00	5,00
75901	Remoción mecánica de material obstructivo peri catéter (ej.: fibrina), de dispositivo venoso central, por un acceso venoso diferente, supervisión radiológica e interpretación.	3,00	0,00
75902	Remoción mecánica de material obstructivo intraluminal (intracateter), de dispositivo venoso central a través del lumen del dispositivo, supervisión radiológica e interpretación.	2,50	0,00
75940	Colocación percutánea de filtro ivc, supervisión radiológica e interpretación.	2,50	0,00
75945	Ultrasonido intravascular (no de vaso coronario), supervisión radiológica e interpretación, vaso inicial.	2,00	0,00
75946	Ultrasonido intravascular (no de vaso coronario), supervisión	2,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	radiológica e interpretación. Cada vaso adicional no coronario (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).		
75952	Reparo endovascular de aneurisma aórtico abdominal infrarenal o disección, supervisión radiológica e interpretación.	9,00	0,00
75953	Colocación de prótesis de extensión proximal o distal para reparo endovascular de aneurisma aórtico infrarenal o de arteria iliaca, pseudoaneurisma, o disección, supervisión radiológica e interpretación.	3,00	0,00
75954	Reparo endovascular de aneurisma, pseudoaneurisma, malformación arteriovenosa o trauma de arteria iliaca, supervisión radiológica e interpretación.	3,00	0,00
75956	Reparo endovascular de aorta torácica descendente (ej: aneurisma, pseudoaneurisma, disección ulcera penetrante, hematoma intramural, o daño traumático); incluye cobertura del origen de la arteria subclavia, endoprotesis inicial más extensión de aorta torácica descendente si se requiere, hasta el nivel del origen de la arteria celiaca; supervisión radiológica e interpretación.	23,00	0,00
75957	Reparo endovascular de aorta torácica descendente (ej: aneurisma, pseudoaneurisma, disección ulcera penetrante, hematoma intramural, o daño traumático); incluye cobertura del origen de la arteria subclavia, endoprotesis inicial más extensión de aorta torácica descendente si se requiere, hasta el nivel del origen de la arteria celiaca; sin cobertura del origen de la arteria subclavia; supervisión radiológica e interpretación.	19,00	0,00
75958	Colocación de extensión proximal para reparo endovascular de aorta torácica descendente (ej: aneurisma, pseudoaneurisma, disección ulcera penetrante, hematoma intramural, o daño traumático); supervisión radiológica e interpretación.	12,00	0,00
75959	Colocación de extensión distal de prótesis (tardía) después del reparo indovascular de aorta torácica descendente, según sea necesario, hasta el nivel de origen de la arteria celiaca, supervisión radiológica e interpretación.	10,00	0,00
75960	Introducción transcateter de un stent intravascular (excepto coronaria, carótida y vertebral), percutáneo y/o abierta, supervisión radiológica e interpretación, cada vaso.	4,00	0,00
75961	Recuperación transcateter, percutáneo, de cuerpo extraño intravascular (ej: catéter arterial o venoso fracturado), supervisión radiológica e interpretación.	10,00	0,00
75962	Angioplastia transluminal por balón; arteria periférica, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
75964	Angioplastia transluminal por balón, cada arteria periférica adicional, supervisión radiológica e interpretación (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	4,00	0,00
75966	Angioplastia transluminal por balón, renal o de otra arteria visceral, supervisión radiológica e interpretación.	5,00	0,00
75968	Angioplastia transluminal por balón, cada arteria visceral adicional, supervisión radiológica e interpretación. (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	5,00	0,00
75970	Biopsia transcateter, supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
75978	Angioplastia transluminal por balón, venosa (ej: estenosis subclavia), supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
75980	Drenaje biliar percutáneo transhepatico con monitoreo con contraste, supervisión radiológica e interpretación.	8,00	0,00
75982	Colocación de catéter de drenaje percutáneo para drenaje biliar combinado interno o externo o stent de drenaje para drenaje biliar interno en pacientes con obstrucción biliar inoperable, supervisión radiológica e interpretación.	11,00	0,00
75984	Cambio de tubo percutáneo o catéter de drenaje con monitoreo por contraste (ej: abscesos en sistema gastrointestinal, genitourinario) supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
75989	Guía radiológica para drenaje percutáneo de absceso, o recolección de muestra (ej: fluoroscopia, ultrasonido o tac), con colocación de catéter, supervisión radiológica e interpretación.	15,00	0,00
76000	Fluoroscopia (procedimiento separado), hasta una hora de tiempo médico, diferente a 71023 o 71034 (ej: fluoroscopia cardiaca).	1,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
76001	Fluoroscopia, tiempo medico mayor a una hora, asistiendo a un médico no radiólogo (ej: nefrostolitotomia, ercp, broncoscopía, biopsia transbronquial).	3,80	7,00
76010	Examen radiológico desde la nariz al recto para cuerpo extraño, una placa, niño.	1,00	7,00
76080	Examen radiológico, absceso, fistula o estudio de tracto sinusoidal, supervisión radiológica e interpretación.	3,20	0,00
76098	Examen radiológico, espécimen quirúrgico.	0,80	7,00
76100	Examen radiológico, sección del cuerpo en un solo plano (ej: tomografía), diferente a urografía.	3,40	0,00
76101	Examen radiológico, movimiento complejo (ej: hipercicoidal), sección del cuerpo (ej: politomografia de mastoides, diferente a urografía, unilateral).	3,40	0,00
76102	Examen radiológico, movimiento complejo (ej: hipercicoidal), sección del cuerpo (ej: politomografia de mastoides, diferente a urografía, bilateral.)	3,50	7,00
76120	Cineradiografia/videoradiografia, excepto donde esta específicamente incluido.	2,20	7,00
76125	Cineradiografia/videoradiografia de complemento para examen de rutina (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,50	0,00
76140	Consulta de examen de rayos x realizado en otro lugar, reporte escrito.	2,50	0,00
76150	Xeroradiografia.	2,00	7,00
76350	Substracción en conjunción con estudios contrastados.	1,80	7,00
76380	Estudio de seguimiento por tac, limitado o localizado.	4,80	0,00
76390	Espectroscopia por resonancia magnética.	8,00	0,00
76496	Procedimientos fluoroscopicos no listados (ej: diagnostica, intervencionista)	CM (criterio medico)	0,00
76497	Procedimientos tomográficos no listados (ej: diagnostica, intervencionista).	CM (criterio medico)	7,00
76498	Procedimientos de resonancia magnética no listados (ej: diagnostica, intervencionista).	CM (criterio medico)	0,00

ULTRASONIDO DIAGNOSTICO

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
76506	Ecoencefalografia, tiempo real con documentación de imagen (escala de grises) (para determinación de tamaño ventricular, delineación de contenido cerebral y detección de masas de fluido u otras anormalidad intracraneales), incluyendo encefalografía como componente secundario, cuando está indicado.	3,80	0,00
76510	Ultrasonido oftálmico, diagnostico; b scan y a scan cuantitativo, realizado durante la misma cita con el paciente.	6,80	7,00
76511	Ultrasonido oftálmico, diagnostico; b scan y a scan cuantitativo solamente	3,50	7,00
76512	Ultrasonido oftálmico, diagnostico; b scan (con o sin a scan no cuantitativo superimpuesto).	3,80	0,00
76513	Ultrasonido de segmento anterior, b scan de inmersión o biomicroscopia de alta resolución	3,80	0,00
76514	Paquimetria corneal, uni o bilateral (determinación de grosor corneal).	0,50	0,00
76516	Biometría oftálmica por ultrasonografía, a scan	3,20	0,00
76519	Biometría oftálmica por ultrasonografía, a scan, con cálculo de medida de lente intraocular.	3,20	7,00
76529	Ultrasonido oftálmico para localización de cuerpo extraño.	3,50	0,00
76536	Ecografía, tejidos blandos de cabeza y cuello (ej: tiroides, paratiroides, parótida), tiempo real con documentación de imágenes.	3,40	7,00
76604	Ecografía, tórax, incluye mediastino, tiempo real con documentación de imágenes.	3,00	7,00
76645	Ecografía, mama (s), (uni o bilateral), tiempo real con documentación de imágenes.	3,50	0,00
76700	Ultrasonido abdominal, tiempo real con documentación de imágenes;	4,80	

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	completo.		7,00
76705	Ultrasonido abdominal, tiempo real con documentación de imágenes; limitada (ej: un solo órgano, cuadrante, seguimiento).	3,50	0,00
76770	Ecografía, retroperitoneal (ej: renal, aorta, ganglios), tiempo real con documentación de imágenes, completa.	4,40	7,00
76775	Ecografía, retroperitoneal (ej: renal, aorta, ganglios), tiempo real con documentación de imágenes, limitada.	3,50	7,00
76776	Ecografía de riñón trasplantado, tiempo real, con doppler, con documentación de imágenes,	3,00	0,00
76800	Ecografía, canal espinal y sus contenidos.	5,20	7,00
76801	Ultrasonido, de útero gestante, a tiempo real con documentación de imagen, evaluación materna y fetal, primer trimestre (menor a 14 semanas), abordaje transabdominal, primera gestación o única.	2,50	0,00
76802	Ultrasonido, de útero gestante, a tiempo real con documentación de imagen, evaluación materna y fetal, primer trimestre (menor a 14 semanas), abordaje transabdominal, cada gestación adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	2,00	0,00
76805	Ultrasonido, de útero gestante, a tiempo real con documentación de imagen, evaluación materna y fetal, primer trimestre (mayor a 14 semanas), abordaje transabdominal, primera gestación o única.	5,50	7,00
76810	Ultrasonido, de útero gestante, a tiempo real con documentación de imagen, evaluación materna y fetal, primer trimestre (mayor a 14 semanas), abordaje transabdominal, cada gestación adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	4,10	0,00
76811	Ultrasonido, de útero gestante, a tiempo real con documentación de imagen, evaluación materna y fetal, más un examen anatómico detallado de la anatomía fetal, abordaje transabdominal, primera gestación o única.	7,00	0,00
76812	Ultrasonido, de útero gestante, a tiempo real con documentación de imagen, evaluación materna y fetal, más un examen anatómico detallado de la anatomía fetal, abordaje transabdominal, cada gestación adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	3,50	0,00
76813	Ultrasonido, de útero gestante, a tiempo real con documentación de imagen, medición de grosor nucal en el primer trimestre, abordaje transabdominal o transvaginal, primera gestación o única.	5,00	7,00
76814	Ultrasonido, de útero gestante, a tiempo real con documentación de imagen, medición de grosor nucal en el primer trimestre, abordaje transabdominal o transvaginal, cada gestación adicional (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	4,00	0,00
76815	Ecografía, útero gestante, tiempo real con documentación de imágenes, limitada (ej: frecuencia cardiaca, localización placentaria, posición fetal y/o evaluación cualitativa del volumen de líquido amniótico), uno o más fetos.	3,50	0,00
76816	Ecografía de útero gestante, tiempo real con documentación de imagen, seguimiento (ej: evaluación de tamaño fetal por medición de parámetros estándar de crecimiento y volumen de líquido amniótico, reevaluación de órganos y sistemas sospechosos o confirmados de anormales en estudios previos), abordaje transabdominal, por feto.	3,30	0,00
76817	Ecografía de útero gestante, tiempo real con documentación de imagen, transvaginal.	2,50	0,00
76818	Perfil biofísico fetal, con test sin stress.	4,50	0,00
76819	Perfil biofísico fetal, sin test “no stress”.	4,30	7,00
76820	Doppler fetal de arteria umbilical.	2,20	0,00
76821	Doppler fetal de arteria cerebral media.	3,00	0,00
76825	Ecocardiografía fetal, sistema cardiovascular, tiempo real con documentación de imagen (2d) con o sin registro en modo m.	4,30	0,00
76826	Ecocardiografía fetal, sistema cardiovascular, tiempo real con documentación de imagen (2d) con o sin registro en modo m. Repetido o de seguimiento.	4,10	7,00
76827	Ecocardiograma doppler, fetal, sistema cardiovascular, onda pulsátil y/o onda continua, completo.	4,20	7,00
76828	Ecocardiograma doppler, fetal, sistema cardiovascular, onda pulsátil y/o onda continua, completo. Repetido o de seguimiento.	3,50	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
76830	Ecografía transvaginal.	4,30	0,00
76831	Histerosonografia, con o sin doppler color.	4,30	0,00
76856	Ecografía pélvica, no obstétrica, tiempo real con documentación de imágenes, completa.	4,00	0,00
76857	Ecografía pélvica, no obstétrica, tiempo real con documentación de imágenes. Limitada o de seguimiento (ej: parar folículos).	2,10	7,00
76870	Ecografía, escroto y sus contenidos.	3,50	7,00
76872	Ecografía transfretar.	6,80	0,00
76873	Estudio de volumen prostático para planificar tratamiento con braquiterapia (procedimiento separado).	8,00	0,00
76881	Ultrasonido, extremidad, no vascular, tiempo real con imágenes de documentación completas	2,80	0,00
76882	Limitada, anatómica especifica.	1,90	0,00
76885	Ecografía de caderas de niños, tiempo real con documentación de imágenes, dinámica (ej: requiriendo manipulación).	4,50	7,00
76886	Ecografía de caderas de niños, tiempo real con documentación de imágenes. Limitado, estático (no requiere manipulación por el medico).	4,00	7,00
76930	Guía ecográfica para pericardiocentesis, supervisión radiológica e interpretación.	3,80	7,00
76932	Guía ecográfica para biopsia endomiocardica, supervisión radiológica e interpretación.	4,20	7,00
76936	Reparación de compresión por guía ecográfica de seudoaneurisma o fistula arteriovenosa (incluye diagnostico ecográfico, compresión de la lesión e imagen).	7,00	0,00
76937	Guía ecográfica para acceso vascular, que requiere evaluación ultrasonografica de potenciales sitios de acceso, documentación de las características del vaso seleccionado, visualización ecográfica a tiempo real de la introducción de la aguja, con registro permanente y reporte (anote separadamente en adición al código del procedimiento primario).	0,80	0,00
76940	Guía ecográfica para ablación tisular y monitoreo	4,90	0,00
76941	Guía ecográfica para transfusión fetal intrauterina o cordocentesis, supervisión radiológica e interpretación.	4,20	7,00
76942	Guía ecográfica para biopsia por aguja (ej: biopsia, aspiración, inyección, localización de dispositivo), supervisión radiológica e interpretación.	4,00	0,00
76945	Guía ecográfica para toma de muestras de vellosidades coriónicas, supervisión radiológica e interpretación.	3,70	0,00
76946	Guía ecográfica para amniocentesis, supervisión radiológica e interpretación.	2,50	0,00
76948	Guía ecográfica para aspiración de ovulo, supervisión radiológica e interpretación.	2,10	7,00
76950	Guía ecográfica para colocación de campos de radiación.	3,30	0,00
76965	Guía ecográfica para aplicación de radioelemento intestinal.	7,80	7,00
76970	Estudio ecográfico de seguimiento (especificar).	2,30	7,00
76975	Ecoendoscopia gastrointestinal, supervisión radiológica e interpretación.	5,80	0,00
76977	Medida de densidad mineral ósea por ultrasonido e interpretación, sitio (s) periférico (s), cualquier método.	3,00	7,00
76998	Guía ecográfica intraoperatoria.	5,40	7,00
76999	Procedimientos ecográficos no listados (ej: diagnósticos, intervencionistas).	-	7,00
77001	Guía fluoroscopica para colocación de dispositivo de acceso venoso central, recolocación (catéter solamente o completo), o remoción (incluye guía fluoroscopica para acceso vascular y manipulación del catéter, con las inyecciones de contraste que sean necesarias a través del sitio de acceso o del catéter con flebografía relacionada, supervisión radiológica e interpretación y documentación radiológica de la posición final del catéter). (Anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,00	0,00
77002	Guía fluoroscopica para colocación de aguja (ej: biopsia, aspiración, inyección, localización de dispositivo).	3,10	0,00
77003	Guía fluoroscopica y localización de aguja o punta de catéter para procedimientos de inyección terapéutica o diagnostica espinal o paraespinal (epidural, transforaminal epidural, subaracnoidea, articulación facetaria paravertebral, nervio de articulación facetaria paravertebral o	4,00	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	articulación sacro ilíaca). Incluyendo destrucción por agente neurolitico.		
77011	Guía por tac para localización estereotáxica.	7,00	7,00
77012	Guía por tac para colocación de aguja (ej: biopsia, aspiración, inyección, localización de dispositivo), supervisión radiológica e interpretación.	7,00	0,00
77013	Guía tomográfica y monitoreo de ablación visceral.	7,00	7,00
77014	Guía por tac para colocación de campos para terapia de radiación.	4,80	0,00
77021	Guía por resonancia magnética para colocación de aguja (ej: para biopsia, aspiración por aguja, inyección, o localización de dispositivo), supervisión radiológica e interpretación.	10,00	0,00
77022	Guía por resonancia magnética y monitoreo de ablación visceral.	10,00	7,00
77031	Localización estereotáxica para biopsia de mama o colocación de aguja (ej: para localización de alambre o para inyección), cada lesión, supervisión radiológica e interpretación.	9,40	0,00
77032	Guía mamográfica para colocación de aguja, mama, (ej: para localización de alambre o para inyección), cada lesión, supervisión radiológica e interpretación.	3,30	0,00
77051	Detección por computadora (análisis algorítmico computarizado de datos de imágenes digitales para detección de lesión), con revisión posterior del médico para interpretación, con o sin digitalización de las placas radiográficas; mamografía diagnostica (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	0,20	0,00
77052	Mamografía de screening (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	0,20	0,00
77053	Ductograma mamario o galactograma, ducto único, supervisión radiológica e interpretación.	2,00	0,00
77054	Ductograma mamario o galactograma, múltiples ductos, supervisión radiológica e interpretación.	2,50	0,00
77055	Mamografía unilateral.	1,40	7,00
77056	Mamografía bilateral.	2,40	7,00
77057	Mamografía de screening, bilateral, (dos proyecciones en cada mama).	2,40	7,00
77058	Resonancia magnética, mama, sin y/o con material de contraste, unilateral.	11,00	0,00
77059	Resonancia magnética, mama, sin y/o con material de contraste bilateral.	17,50	7,00
77071	Examen radiológico, proyecciones con stress, cualquier articulación, stress aplicado por el medico (incluyen proyecciones comparativas).	1,20	0,00
77072	Estudios de edad ósea.	1,00	7,00
77073	Estudios de longitud ósea. (scanograma).	1,50	7,00
77074	Examen radiológico, serie ósea, limitada, (ej: para metástasis).	2,80	7,00
77075	Examen radiológico, serie ósea, completo (todo el esqueleto).	3,50	0,00
77076	Examen radiológico, serie ósea, infante.	1,50	7,00
77077	Examen radiológico. Serie articular, una proyección, una o más articulaciones (especificar).	1,70	7,00
77078	Tac, estudio de densidad mineral ósea, uno o más sitios, esqueleto axial. (ej. Cadera, pelvis y columna).	1,40	0,00
77079	Esqueleto periférico (ej: radio, muñeca, talón).	1,40	0,00
77080	Densitometría ósea, uno o más sitios, esqueleto axial (caderas, pelvis, columna).	1,30	7,00
77081	Esqueleto periférico (ej: radio, muñeca, talón).	1,00	7,00
77082	Evaluación de fractura vertebral.	0,70	7,00
77083	Fotodensitometria, uno o más sitios.	1,00	0,00
77084	Resonancia magnética de flujo sanguíneo a la medula ósea.	10,00	0,00

ONCOLOGIA RADIOLOGICA

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
77261	Planificación de tratamiento terapéutico radiológico, simple.	10,20	0,00
77262	Planificación de tratamiento terapéutico radiológico. Intermedio.	13,00	0,00
77263	Planificación de tratamiento terapéutico radiológico complejo.	18,00	0,00
77280	Establecimiento de campo por ayuda simulada, radiología terapéutica,	3,90	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	simple.		
77285	Establecimiento de campo por ayuda simulada, radiología terapéutica, intermedio.	6,00	0,00
77290	Establecimiento de campo por ayuda simulada, radiología terapéutica. Complejo.	8,80	0,00
77295	Establecimiento de campo por ayuda simulada, radiología terapéutica. Tri-dimensional.	20,00	0,00
77299	Procedimientos no listados, radiología terapéutica, clínica, planificación de tratamiento.	CM(criterio medico)	0,00
77300	Calculo básico de la dosificación de radiación, eje central, dosis profunda, tdf, nsd, cálculo del brecha, factor fuera del eje, factores inhomogeneticos del tejido, como se requieren durante el curso del tratamiento, solamente cuando están prescritos por el médico tratante.	3,50	0,00
77301	Planificación de radioterapia de intensidad modulada, incluye histogramas volumétricos de dosificación para especificaciones de estructura parcial de tolerancia	37,00	0,00
77305	Teleterapia, plan de isodosis (calculo a mano o computarizado); simple, uno o dos paralelos opuestos, con puertos no modificados dirigidos a una sola área de interés.	4,00	0,00
77310	Teleterapia, plan de isodosis (calculo a mano o computarizado); intermedio, 3 o más puertos de tratamiento dirigidos a una sola área de interés.	6,00	0,00
77315	Teleterapia, plan de isodosis (calculo a mano o computarizado); complejo, (manto o y invertida, puertos tangenciales, uso de cunas, compensadores, bloque complejo, haz rotacional o consideraciones especiales del haz)	8,90	0,00
77321	Plan especial de teleterapia, partículas, hemicuerpo, cuerpo total.	5,30	0,00
77326	Calculo de isodosis de braquiterapia; simple (cálculo realizado desde un solo plano, de uno a cuatro fuentes/cinta de aplicación, braquiterapia remota posterior a la carga, 1 a 8 fuentes).	5,00	0,00
77327	Cálculo de isodosis de braquiterapia; intermedio (cálculo realizado desde multiplanos, de 5 a 10 fuentes/cinta de aplicación, braquiterapia remota posterior a la carga, 9 a 12 fuentes).	8,00	0,00
77328	Calculo de isodosis de braquiterapia; complejo (plan de isodosis en múltiples planos, cálculos de volumen de implantes, sobre 10 fuentes/ cintas usadas, reconstrucción espacial especial, braquiterapia remota posterior a la carga sobre 12 fuentes).	11,50	0,00
77331	Dosimetría especial (ej: tld, microdosimetria) (especifique), solo cuando sea prescrito por el médico tratante.	4,90	0,00
77332	Dispositivos de tratamiento, diseño y construcción; simple, (bloque simple, bolo simple).	3,10	0,00
77333	Dispositivos de tratamiento, diseño y construcción; intermedio (bloques múltiples, stents, bloques picados, bolos especiales).	4,70	0,00
77334	Dispositivos de tratamiento, diseño y construcción; complejo (bloques irregulares, escudos especiales, compensadores, cunas, moldes o yesos).	7,10	0,00
77336	Continuidad en las consultas al médico-físico, incluye valoración de parámetros de tratamiento, seguridad en la cantidad de la dosis administrada y revisión de la documentación del tratamiento del paciente en soporte con el radioterapeuta, reportado por semana de terapia.	8,50	0,00
77370	Consulta especial al médico-físico en radiación.	9,50	0,00
77371	Radiocirugía estereotáxica, para administración de tratamiento radiactivo, curso completo de tratamiento de lesión cerebral, una sola sesión con cobalto 60	95,00	0,00
77372	Radiocirugía estereotáxica, para administración de tratamiento radiactivo, curso completo de tratamiento de lesión cerebral, con acelerador lineal	70,00	0,00
77373	Terapia radiactiva corporal estereotáxica, para tratamiento, cada fracción, de 1 o más lesiones, incluyendo guía de imagen; curso completo que no exceda las 5 fracciones	130,00	0,00
77399	Procedimientos no listados de radioterapia, dosimetría, y dispositivos de tratamiento y servicios especiales.	CM(criterio medico)	0,00
77401	Liberación de radiación para tratamiento, superficial u ortovoltaje.	6,50	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
77402	Liberación de radiación para tratamiento, a una sola área, con puerto simple o puertos opuestos paralelos, con o sin bloques simples; hasta 5 mev.	6,50	7,00
77403	Liberación de radiación para tratamiento, a una sola área, con puerto simple o puertos opuestos paralelos, con o sin bloques simples; de 6 a 10 me v.	7,00	7,00
77404	Liberación de radiación para tratamiento, a una sola área, con puerto simple o puertos opuestos paralelos, con o sin bloques simples; de 11 a 19 mev.	8,00	0,00
77406	Liberación de radiación para tratamiento, a una sola área, con puerto simple o puertos opuestos paralelos, con o sin bloques simples; 20 o más mev.	9,00	0,00
77407	Liberación de radiación para tratamiento, 2 áreas separadas de tratamiento, 3 o más puertos sobre un área de tratamiento, uso de múltiples bloques, hasta 5 mev.	8,50	0,00
77408	Liberación de radiación para tratamiento, 2 áreas separadas de tratamiento, 3 o más puertos sobre un área de tratamiento, uso de múltiples bloques, de 6 a 10 me v.	9,00	7,00
77409	Liberación de radiación para tratamiento, 2 áreas separadas de tratamiento, 3 o más puertos sobre un área de tratamiento, uso de múltiples bloques, de 11 a 19 mev.	10,00	0,00
77411	Liberación de radiación para tratamiento, 2 áreas separadas de tratamiento, 3 o más puertos sobre un área de tratamiento, uso de múltiples bloques, 20 o más mev.	11,00	0,00
77412	Liberación de radiación para tratamiento, 3 o más áreas separadas de tratamiento, puertos tangenciales, cunas, haz rotacional, compensadores, haz especial de partículas (electrones o neutrones), hasta 5 mev.	10,50	0,00
77413	Liberación de radiación para tratamiento, 3 o más áreas separadas de tratamiento, puertos tangenciales, cunas, haz rotacional, compensadores, haz especial de partículas (electrones o neutrones) de 6 a 10 me v.	11,00	7,00
77414	Liberación de radiación para tratamiento, 3 o más áreas separadas de tratamiento, puertos tangenciales, cunas, haz rotacional, compensadores, haz especial de partículas (electrones o neutrones) de 11 a 19 mev.	12,00	7,00
77416	Liberación de radiación para tratamiento, 3 o más áreas separadas de tratamiento, puertos tangenciales, cunas, haz rotacional, compensadores, haz especial de partículas (electrones o neutrones) 20 o más mev.	13,00	7,00
77417	Película para los puertos de radioterapia.	1,00	7,00
77418	Tratamiento de intensidad modulada, campos/arcos simples o múltiples, por rayos temporalmente modulados binarios, dinámicos, por sesión.	CM(criterio medico)	7,00
77421	Guía radiológica estereoscopica para localizar target de volumen para dar radiación	2,00	0,00
77422	Tratamiento con radiación con neutrones de alta energia, área única, sin bloqueo o bloqueo simple	1,00	0,00
77423	Tratamiento con radiación con neutrones de alta energía; sitios múltiples, con bloqueo o compensación	1,00	0,00
77427	Manejo de radioterapia, cinco tratamientos.	34,00	0,00
77431	Manejo de radioterapia con curso completo de terapia, consistente en uno o dos fracciones solamente.	11,00	0,00
77432	Manejo de radioterapia estereotáxica de lesiones cerebrales (curso completo de tratamiento, consistente en una sesión).	48,00	0,00
77470	Radioterapia especial (ej: irradiación de cuerpo total, irradiación del hemicuerpo, per oral, endocavitaria o cono de irradiación intraoperatoria).	4,20	0,00
77499	Procedimientos no listados, manejo terapéutico de la radioterapia.	CM(criterio medico)	0,00
77520	Administración de tratamiento protónico, simple, sin compensación.	CM(criterio medico)	0,00
77522	Administración de tratamiento protónico, simple con compensación.	CM(criterio medico)	0,00
77523	Administración de tratamiento protónico, intermedio	CM(criterio medico)	0,00
77525	Administración de tratamiento protónico, complejo	CM(criterio medico)	0,00
77600	Hipertermia, generada externamente, superficial (ej: a una profundidad de	8,80	

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	4 0 o menos).		0,00
77605	Hipertermia, generada externamente, profunda (más de 4 0).	11,70	7,00
77610	Hipertermia generada por sondas intersticiales; 5 o menos aplicadores intersticiales.	8,80	0,00
77615	Hipertermia generada por sondas intersticiales; más de 5 aplicadores intersticiales.	11,70	7,00
77620	Hipertermia generada por sonda intracavitaria.	8,80	7,00
77750	Infusión o instilación de un radioelemento en solución (incluye cuidado de seguimiento por 3 meses).	25,70	0,00
77761	Aplicación intracavitaria de radioelemento; simple.	21,00	0,00
77762	Aplicación intracavitaria de radioelemento; intermedio.	30,00	7,00
77763	Aplicación intracavitaria de radioelemento; complejo.	45,00	7,00
77776	Aplicación intersticial de radioelemento; simple.	26,10	7,00
77777	Aplicación intracavitaria de radioelemento; intermedio.	39,10	7,00
77778	Aplicación intracavitaria de radioelemento; complejo.	58,00	7,00
77785	Remoción después de una baja dosis de una raquiterapia radicular de 1 canal	6,00	7,00
77786	Remoción después de una baja dosis de una raquiterapia radicular de 2 a 12 canales	13,00	7,00
77787	Remoción después de una baja dosis de una raquiterapia radicular sobre 12 canales	19,00	7,00
77789	Aplicación de radioelemento superficial.	5,80	7,00
77790	Supervisión, manejo y carga de radioelemento.	5,80	0,00
77799	Procedimientos no listados, de braquiterapia clínica.	CM(criterio medico)	0,00

MEDICINA NUCLEAR

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
78000	Captación tiroidea; una determinación.	1,00	0,00
78001	Captación tiroidea; múltiples determinaciones.	1,50	0,00
78003	Captación tiroidea; estimulación, supresión (no incluye los estudios de captación iniciales.	1,80	0,00
78006	Imagen de tiroides, con captación, una determinación.	3,00	0,00
78007	Imagen de tiroides, con captación, determinaciones múltiples.	3,00	0,00
78010	Imágenes de tiroides, solamente.	2,20	0,00
78011	Imágenes de tiroides, con flujo vascular.	2,60	0,00
78015	Imágenes de metástasis de carcinoma tiroideo; área limitada (ej: cuello y tórax solamente.	3,80	0,00
78016	Imágenes de metástasis de carcinoma tiroideo, con estudios adicionales. (Ej: recuperación urinaria).	4,80	0,00
78018	Agentes de metástasis de carcinoma tiroideo. Cuerpo total.	5,80	0,00
78020	Captación de metástasis de carcinoma tiroideo (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	1,80	0,00
78070	Imágenes de paratiroides.	4,00	0,00
78075	Imágenes de suprarrenales, corteza y/o medula.	4,50	0,00
78099	Procedimientos no listados endocrinológicos de medicina nuclear.	CM(criterio medico)	0,00
78102	Imágenes de medula ósea; área limitada.	3,30	0,00
78103	Imágenes de medula ósea múltiples áreas.	4,30	0,00
78104	Imágenes de medula ósea cuerpo total.	4,80	0,00
78110	Técnica de dilución de volumen radiofarmaceutica para volumen plasmático (procedimiento separado); una muestra.	1,00	0,00
78111	Técnica de dilución de volumen radiofarmaceutica para volumen plasmático (procedimiento separado); varias muestras.	1,30	0,00
78120	Determinación devolumen glóbulos rojos (procedimiento separado), una muestra.	1,30	0,00
78121	Determinación del volumen de glóbulos rojos (procedimiento separado), varias muestras.	1,70	0,00
78122	Determinación de volumen de sangre total, incluyendo medición separada	2,50	0,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
	de volumen de glóbulos rojos y plasma (técnica radiofarmaceutica de dilución de volumen).		
78130	Estudio de sobrevida de glóbulos rojos.	3,50	0,00
78135	Cinética diferencial órgano/tejido (ej: secuestro hepático y/o esplénico).	3,80	0,00
78140	Secuestro de glóbulos rojos marcados, diferencia órgano/tejido (ej: secuestro hepático y/o esplénico).	3,80	0,00
78185	Imágenes del bazo solamente, con o sin flujo vascular.	2,50	0,00
78190	Cinética, estudio de sobrevida plaquetaria, con o sin localización diferencial entre órgano/tejido.	5,00	0,00
78191	Estudio de sobrevida plaquetaria.	3,50	0,00
78195	Imágenes de ganglios y vasos linfáticos.	4,00	7,00
78199	Procedimientos no listados de sistema hematopoyético, reticuloendotelial y linfático en medicina nuclear.	CM(criterio medico)	0,00
78201	Imágenes de hígado, solamente estático.	2,50	7,00
78202	Imágenes de hígado, con flujo vascular.	3,00	7,00
78205	Imágenes de hígado (spect).	4,00	7,00
78206	Imágenes de hígado (spect). Con flujo vascular.	5,00	7,00
78215	Imágenes de bazo e hígado, solamente estática.	2,90	7,00
78216	Imágenes de bazo e hígado. Con flujo vascular.	3,40	7,00
78220	Estudio de función hepática, con agentes hepatobiliares, con imágenes seriadas.	3,00	0,00
78223	Imágenes del sistema ductal hepatobiliar, incluyendo vesícula, con o sin intervención farmacológica, con o sin medida cuantitativa de función vesicular.	4,80	7,00
78230	Imágenes de glándulas salivales.	2,50	7,00
78231	Imágenes de glándulas salivales. Con imágenes seriadas.	3,00	0,00
78232	Estudio de función de glándulas salivales.	2,80	0,00
78258	Motilidad esofágica.	4,20	0,00
78261	Imágenes de mucosa gástrica.	4,00	0,00
78262	Estudio de reflujo gastroesofágico.	4,00	7,00
78264	Estudio de vaciamiento gástrico.	4,50	7,00
78267	Test de urea en aliento, c-14 (isotópico), adquisición para análisis	0,30	0,00
78268	Test de urea en aliento, c-14 (isotópico), análisis	3,00	0,00
78270	Estudio de absorción de vitamina b12 (test de Schilling), sin factor intrínseco.	1,30	0,00
78271	Estudio de absorción de vitamina b12 (test de Schilling), con factor intrínseco.	1,40	7,00
78272	Estudios combinados de absorción de vitamina b12, con o sin factor intrínseco.	2,00	0,00
78278	Imágenes para sangrado digestivo agudo.	5,50	7,00
78282	Perdidas gastrointestinales de proteínas.	3,00	7,00
78290	Imágenes de intestino (ej: mucosa gástrica ectópica, localización de un divertículo de Meckel, vólvulo).	4,00	0,00
78291	Test de permeabilidad para derivación peritoneo venosa.	4,90	7,00
78299	Procedimientos no listados gastrointestinales, medicina nuclear.	CM (criterio medico)	0,00
78300	Imágenes de articulaciones y/o huesos; área limitada.	3,50	7,00
78305	Imágenes de articulaciones y/o huesos; múltiples áreas.	4,50	7,00
78306	Imágenes de articulaciones y/o huesos; cuerpo total.	4,50	7,00
78315	Imágenes de articulaciones y/o huesos; estudio de 3 fases.	5,00	7,00
78320	Imágenes de articulaciones y/o huesos; tomografico (spect).	5,80	7,00
78350	Densitometría ósea, uno o más sitios; por fotón único.	1,20	0,00
78351	Densitometría ósea, uno o más sitios; por fotón dual.	1,40	7,00
78399	Procedimientos no listados musculo-esqueléticos, medicina nuclear	CM(criterio medico)	0,00
78414	Determinación de hemodinámica central c-v,con o sin intervención farmacológica o ejercicio, determinación única o múltiple	5,00	7,00
78428	Detección de shunt cardiaco	4,50	7,00
78445	Imágenes de flujo vascular no cardiaco (ej: angiografía o flebografía).	3,00	7,00
78456	Imagen de trombosis venosa aguda, péptido.	5,00	7,00
78457	Imágenes de trombosis venosa (ej: flebografía); unilateral.	4,50	0,00
78458	Imágenes de trombosis venosa (ej: flebografía); bilateral.	5,00	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
78459	Tomografía por emisión de positrones (pet), de miocardio, evaluación metabólica.	10,00	7,00
78466	Imágenes miocárdicas de infarto reciente, planar; cuali o cuantitativas.	3,90	7,00
78468	Imágenes miocárdicas de infarto reciente, planar; con fracción de eyección por técnica del primer paso.	4,50	0,00
78469	Imágenes miocárdicas de infarto reciente, planar; con spect, con o sin cuantificación.	5,10	7,00
78472	Imagen de reserva sanguínea cardiaca, estudio planar simple en reposo o stress (ej: ejercicio y/o fármacos), estudio de movimiento de la pared más fracción de eyección con o sin procesamiento cuantitativo adicional.	5,50	0,00
78473	Múltiples estudios, estudio de movimiento de la pared más fracción de eyección, en reposo y en stress (ejercicio y/o farmacológico), con o sin cuantificación adicional.	7,20	5,00
78481	Imagen de reserva sanguínea cardiaca (planar), técnica del primer paso; estudio único, en reposo o con stress (ejercicio y/o farmacológico), estudio de movimiento de la pared más fracción de eyección, con o sin cuantificación.	5,50	0,00
78483	Múltiples estudios, en reposo o con stress (ejercicio y/o farmacológico), estudio de movimiento de la pared más fracción de eyección, con o sin cuantificación.	7,20	0,00
78491	Imagen miocárdica, tomografía con emisión de positrones (pet), perfusión; estudio único, en reposo o en stress.	10,00	7,00
78492	Estudios múltiples en reposo o stress	10,00	0,00
78494	Imagen de reserva sanguínea cardiaca, spect, en reposo, estudio de movimiento de la pared más fracción de eyección, con o sin procesamiento cuantitativo.	5,00	7,00
78496	Imagen de reserva sanguínea cardiaca, estudio único, en reposo, son fracción de eyección ventricular derecha por técnica del primer paso (anote separadamente en adición del código del procedimiento primario).	2,50	0,00
78499	Procedimientos cardiovasculares no listados de medicina nuclear.	CM(criterio medico)	0,00
78580	Imagen de perfusión pulmonar, particularizada.	4,40	7,00
78584	Imagen de perfusión pulmonar, particularizada, con ventilación; inhalación única.	5,50	0,00
78585	Imagen de perfusión pulmonar, particularizada, con ventilación; reinhalacion y lavado, con o sin inhalación única.	6,00	7,00
78586	Imagen de ventilación pulmonar, aerosol, proyección única.	2,50	7,00
78587	Imagen de ventilación pulmonar, aerosol, múltiples proyecciones (ej: anterior, posterior, laterales).	2,80	0,00
78588	Imagen de percusión pulmonar particularizada, con imagen de ventilación, aerosol, una o múltiples proyecciones.	5,00	0,00
78591	Imagen de ventilación pulmonar, gaseosa, inhalación única, una proyección.	2,30	7,00
78593	Imagen de ventilación pulmonar, gaseosa, con reinhalacion y lavado, con o sin inhalación única; una proyección.	2,70	0,00
78594	Imagen de ventilación pulmonar, gaseosa, con reinhalacion y lavado, con o sin inhalación única; múltiples proyecciones (ej: anterior, posterior, laterales).	3,00	7,00
78596	Estudios de función pulmonar cuantitativa diferencial (ventilación/perfusión).	7,50	0,00
78599	Procedimientos no listados respiratorios de medicina nuclear.	-	7,00
78600	Imagen del cerebro como procedimiento limitado, estático.	2,50	0,00
78601	Imagen del cerebro como procedimiento limitado, con flujo vascular.	3,00	7,00
78605	Imagen del cerebro, estudio completo, estático.	3,00	7,00
78606	Imagen del cerebro, estudio completo, con flujo vascular.	3,50	7,00
78607	Imagen del cerebro, estudio completo, tomografía spect.	6,90	7,00
78608	Imagen del cerebro, tomografía por emisión de positrones (pet), evaluación metabólica.	10,00	0,00
78609	Imagen del cerebro, tomografía por emisión de positrones (pet), evaluación de perfusión.	10,00	7,00
78610	Imagen del cerebro, flujo vascular solamente.	1,70	7,00

CODIGO	DESCRIPCION	HONORARIOS MEDICOS UVR	ANESTESIA UVR
78630	Imagen de flujo de lcr (no incluye introducción de material) cisternografia.	4,00	0,00
78635	Imagen de flujo de lcr (no incluye introducción de material) ventriculografía.	3,50	7,00
78645	Imagen de flujo de lcr (no incluye introducción de material). Evaluación de shunt.	3,50	7,00
78647	Imagen de flujo de lcr (no incluye introducción de material). Spect.	5,70	7,00
78650	Detección y localización de fuga de lcr.	3,50	7,00
78660	Dacriocistografia radiofarmaceutica.	3,00	0,00
78699	Procedimientos no listados del sistema nervioso, medicina nuclear.	CM(criterio medico)	0,00
78700	Imagen de morfología renal	2,50	7,00
78701	Imagen de morfología renal. Con flujo vascular.	2,80	7,00
78707	Imagen de morfología renal con flujo vascular y función; estudio único sin intervención farmacológica.	5,30	0,00
78708	Estudio único con intervención farmacológica (ej: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina y/o diurético).	7,00	0,00
78709	Estudios múltiples con y sin intervención farmacológica (ej: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina y/o diurético).	8,40	0,00
78710	Imagen mediante spect.	3,70	7,00
78725	Estudio de función del riñón, sin imagen radioisotopica.	2,00	0,00
78730	Estudio de residuo urinario vesical. (anótelo separadamente en adición al código de procedimiento primario)	2,30	7,00
78740	Estudio para reflujo ureteral (cistograma miccional radio farmacéutico)	3,50	0,00
78761	Imagen testicular con flujo vascular.	4,20	7,00
78799	Procedimientos no listados del aparato genitourinario, medicina nuclear	CM(criterio medico)	0,00
78800	Localización radiofarmaceutica de tumor, área limitada.	3,80	7,00
78801	Localización radiofarmaceutica de tumor. Múltiples áreas.	4,50	7,00
78802	Localización radiofarmaceutica de tumor. Cuerpo total, imagen de un solo día.	5,00	7,00
78803	Localización radiofarmaceutica de tumor. Spect.	6,10	0,00
78804	Cuerpo total, requiriendo dos o más días de imágenes.	2,60	0,00
78805	Localización radiofarmaceutica de absceso, área limitada.	4,00	7,00
78806	Localización radiofarmaceutica de absceso. Cuerpo total.	4,70	7,00
78807	Localización radiofarmaceutica de absceso. Spect.	6,90	0,00
78811	Imagen de tumor, tomografía por emisión de positrones (pet); área limitada (ej: tórax, cabeza/cuello).	5,00	0,00
78812	Base de cráneo a mitad del muslo.	6,10	0,00
78813	Cuerpo total.	6,30	7,00
78814	Imagen de tumor, tomografía por emisión de positrones (pet); con tomografía axial computarizada concurrente, para corrección de la atenuación y localización anatómica, área limitada. (Ej: tórax, cabeza/cuello).	6,90	0,00
78815	Imagen de tumor, tomografía por emisión de positrones (pet). Base de cráneo a mitad del muslo.	7,70	0,00
78816	Imagen de tumor, tomografía por emisión de positrones (pet). Cuerpo total.	7,80	7,00
78999	Procedimientos no listados misceláneos de medicina nuclear.	-	7,00
79005	Terapia radiofarmaceutica, por administración oral.	7,40	0,00
79101	Terapia radiofarmaceutica, por administración intravenosa.	8,10	0,00
79200	Terapia coloidea radioactiva intracavitaria.	11,50	7,00
79300	Terapia coloidea radioactiva intestinal.	25,00	0,00
79403	Terapia radiofarmaceutica, anticuerpos monoclonales radiomarcados por infusión intravenosa	5,70	0,00
79440	Terapia radiofarmaceutica intraarticular.	11,50	7,00
79445	Terapia radiofarmaceutica, por administración intraarterial.	10,00	0,00
79999	Procedimientos terapéuticos radiofarmaceuticos, no listados.	CM(criterio medico)	0,00

SECCION E

PRESTACIONES INTEGRALES

1. DEFINICIONES

La presente normativa considerará la implementación de paquetes de prestaciones por tarifa integral, que son un conjunto de prestaciones integrales para la atención de problemas de salud específicos, la tarifa integral está compuesta por el valor monetario de servicios profesionales, servicios institucionales, de laboratorio e imagen; incluye, medicamentos, exámenes preoperatorios, postoperatorios y hasta 3 consultas post-egreso al primer mes del egreso. En los casos quirúrgicos incluye las visitas post-quirurgicas del médico cirujano principal, hasta el alta del paciente. Es decir que, en las tarifas establecidos en el Tarifario para cada paquete está incluido en una sola tarifa todo el costo de la atención medica no complicada y sin comorbilidades.

Los conjuntos integrales se irán desarrollando conforme se prioricen en la Red Pública Integral de Salud y se incorporarán con referencia a protocolos/guías de práctica clínica con evidencia científica, debidamente consensuados, se prohíbe que las instituciones de la Red Publica Integral de Salud tengan otros paquetes propios o negocien paquetes fuera de los indicados en este instrumento.

Incluye paquetes en tres tipos de atención:

1. Atención ambulatoria, que comprende:
   - Acciones de promoción de la salud
   - Atención preventiva por ciclo de vida
   - Visita domiciliaria
   - Diálisis peritoneal y Hemodiálisis para enfermos crónicos

   Para tratamientos de hemodiálisis se reconoce el paquete integral de 12 a 14 sesiones mensuales. No se podrá volver a utilizar el filtro; tratamientos inferiores a esta base se facturará en forma proporcional a las 13 sesiones promedio establecidas.

   Se incluye el manejo clínico integral, diálisis, medicamentos, dispositivos médicos, acceso vascular, exámenes de laboratorio pre y post hemodiálisis, atención integral a patología concomitante manejo de las complicaciones que no requieran hospitalización. (observar anexo 1 del presente tarifario)

2. Atención ambulatorio y/o hospitalaria que comprende Manejo del Dolor

3. Atención hospitalaria clínica o quirúrgica en la cual se han priorizado paquetes de prestaciones integrales, en los precios establecidos para cada paquete esta incluido en una sola tarifa todo el costo de la atención no complicada; incluye servicios profesionales, servicios institucionales, de laboratorio e imagen; además, medicamentos, exámenes preoperatorios, postoperatorios y la consulta post-operatoria al acto operatorio.(detallado en anexo 3 del presente tarifario)

CONTENIDO

1. AMBULATORIAS

Los que se refieren a la atención ambulatoria, se incluye a las acciones de promoción de la salud, prevención de la salud. El asterisco indica que se excluye dispositivos médicos identificables. Se aplican Unidades de Valor Relativo (UVR) Servicios Institucionales, excepto en paquetes de hemodiálisis y diálisis peritoneal donde su valor esta expresado en valor integral en dólares americanos.

1.1 ACCIONES DE PROMOCION A GRUPOS DE FAMILIAS

CODIGO	DESCRIPCION	UVR NIVEL DE COMPLEJIDAD		
		UVR I	UVR II	UVR III
	ACCIONES DE PROMOCION A GRUPOS DE FAMILIAS			
99401	INFORMACION, CAPACITACION, EDUCACION EN SALUD Y/ O INTERVENCIONES DE REDUCCION DE FACTORES DE RIESGO PROVISTAS A UN INDIVIDUO CON CARACTERISTICAS SIMILARES (PROCEDIMIENTO SEPARADO); TIEMPO DE DURACION 15 MINUTOS	0,75	0,75	0,75
99403	INFORMACION, CAPACITACION, EDUCACION EN SALUD Y/ O INTERVENCIONES DE REDUCCION DE FACTORES DE RIESGO PROVISTAS A UN INDIVIDUO CON CARACTERISTICAS SIMILARES (PROCEDIMIENTO SEPARADO); TIEMPO DE DURACION 45 MINUTOS	2,24	2,24	2,24
99404	CONSEJERIA EN MEDICINA PREVENTIVA Y/O REDUCCION DE FACTORES DE RIESGO PROPORCIONADO A UN INDIVIDUO. TIEMPO DE DURACION 60 MINUTOS	2,99	2,99	2,99
99411	INFORMACION, CAPACITACION, EDUCACION EN SALUD Y/ O INTERVENCIONES DE REDUCCION DE FACTORES DE RIESGO PROVISTAS A GRUPOS DE INDIVIDUOS CON CARACTERISTICAS SIMILARES (PROCEDIMIENTO SEPARADO); TIEMPO DE DURACION 30 MINUTOS	1,68	1,68	1,68
99412	INFORMACION, CAPACITACION, EDUCACION EN SALUD Y/ O INTERVENCIONES DE REDUCCION DE FACTORES DE RIESGO PROVISTAS A GRUPOS DE INDIVIDUOS CON CARACTERISTICAS SIMILARES (PROCEDIMIENTO SEPARADO); TIEMPO DE DURACION 60 MINUTOS	3,37	3,37	3,37

1.2 ATENCION PREVENTIVA POR CICLOS DE VIDA

La atención preventiva se expresa por ciclo de vida de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), en la tabla siguiente se encuentra descrita por ciclo de vida; se realiza en el primer nivel de atención, incorpora el numero de atenciones establecidas. El prestador tiene la obligación de mantener el registro de atención preventiva en el carnet, cuando se cumpla los eventos establecidos se hará acreedor al incentivo de calidad.

Atención preventiva Integral ciclo de vida	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN SIMPLIFICADA	VALOR UNITARIO
RECIEN NACIDO 8 a 28 DIAS	99381	Consulta preventiva inicial, consejería, detección de riesgos, entrega de ordenes de exámenes si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de vacunas y micronutrientes si requiere 30 a 45 minutos. Incluye la consulta al octavo día de RN.. En este período deberá realizarse el Tamizaje neonatal para lo cual deberá facturarse por separado.	23,67
1 mes a 1 año	99391	Control de crecimiento y desarrollo subsecuente, consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, entrega de ordenes de exámenes si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de	19,94

Atención preventiva Integral ciclo de vida	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN SIMPLIFICADA	VALOR UNITARIO
		vacunas, micronutrientes y antiparasitarios si requiere 30 - 45 min. Se deberá realizar **cinco veces** en el primer año de vida	
1 año a 4 años	99392	Control de crecimiento y desarrollo , consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, entrega de ordenes de exámenes si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de vacunas, micronutrientes y antiparasitarios 30- 45 min. Se deberá realizar **tres veces** en el primer año de vida	21,18
5 año a 10 años	99384	Control de crecimiento y desarrollo, consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, tamizaje de violencia, entrega de ordenes de exámenes si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de vacunas, micronutrientes y antiparasitarios 30- 45min. Se deberá realizar **dos veces** en el primer año de vida	22,43
11 años y 19 años	99394	Control preventivo y manejo del adolescente, consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, tamizaje de violencia, entrega de ordenes de exámenes si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de vacunas, micronutrientes y antiparasitarios 30 -45 min. Se deberá realizar **dos veces** en el primer año de vida	23,67
20 años y 49 años	99395	Control preventivo y manejo del adolescente y adulto joven, consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, tamizaje de violencia, entrega de ordenes de exámenes de laboratorio según norma, si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de vacunas, micronutrientes y antiparasitarios 30-45 min, Se deberá realizar **una vez** en el primer año de vida	24,92
50 años y 64 años	99396	Control preventivo y manejo del adulto, consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, tamizaje de violencia/depresión, entrega de ordenes de exámenes de laboratorio según norma, si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; entrega de vacunas, micronutrientes y antiparasitarios 30 -45 min. Se deberá realizar **una vez** en el primer año de vida	26,17
Mayor 65 años	99397	Control preventivo y manejo del adulto mayor, consejería, estimulación temprana, detección de riesgos, entrega de ordenes de exámenes de laboratorio según norma, si requiere, vigilancia y aplicación de esquema de vacunación; tamizaje de violencia/depresión, entrega de vacunas, micronutrientes y antiparasitarios 30 - 45min. Se deberá realizar **una vez** en el primer año de vida	27,41

NOTA: Incluye las consultas de control de exámenes que se solicitan y las referencias que se requiera sea a odontología, especialidades médicas, etc., en el mismo establecimiento o hacia otro nivel de complejidad de la RED territorial asignada.

Los dispositivos médicos identificables se facturarán por separado de acuerdo a las normas establecidas.

1.3 CONTROL PRENATAL

La atención de control prenatal se diferencia para embarazo **sin riesgo o normal**, se ejecuta principalmente en primer nivel; y con riesgo- ARO I, II,III, que deberá ser detectado en rimar nivel y referido al Hospital General correspondiente a su Red territorializada.

El prestador tiene la obligación de mantener el registro de atención prenatal en el carnet, cuando se cumpla los eventos establecidos se hará acreedor al incentivo de calidad.

1.3.1 Control Prenatal sin riesgo- Normal

Código	Descripción	Cantidad	Valor Total
1.	**ATENCION INTEGRAL A EMBARAZO SIN RIESGO**		
59425	Atención prenatal de 4 a 6 consultas, incluye la asesoría/consejería; la primera consulta debe ser antes de la 20ava semana	1	254,56
	Además incluye:		

Código	Descripción	Cantidad	Valor Total
	Ultrasonido obstétrico transvaginal/ pélvico	2	
	1 Evaluación fetal básica (ultimo trimestre)	1	
	Hemograma completo	1	
	EMO	2	
	Cultivo orina, si necesario	1	
	Creatinina en sangre	1	
	Glucosa en sangre	1	
	Prueba de sífilis cualitativa	1	
	Prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2 2	1	
	Tipificación de sangre; ABO, RH	1	
	Citopatología cervical o vaginal	1	
	Vacunación TT	1	
	Ácido fólico 150 – 300 ug. / día Tabletas	270	
	Sulfato ferroso 200 – 300 mg	32	
200001	Atención odontológica general	2	18,84
	TOTAL		**273,40**

1.3.2 CONTROL PRENATAL CON RIESGO

Código	Descripción	Cantidad	Valor Total
1.	**ATENCION INTEGRAL A EMBARAZO CON RIESGO – ARO I, II, III.**		
59426	Atención prenatal más de 7 consultas, incluye la asesoría/consejería; la primera consulta debe ser antes de la 20ava semana	1	302,29
	Además incluye:		
	Ultrasonido obstétrico transvaginal/ pélvico	2	
	1 Evaluación fetal básica (ultimo trimestre)	1	
	Hemograma completo	1	
	Medición de hemoglobina	1	
	EMO	2	
	Cultivo orina, si necesario	2	
	Creatinina en sangre	1	
	Glucosa en sangre	1	
	Prueba de sífilis cualitativa	2	
	Prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2 2	2	
	Tipificación de sangre; ABO, RH	1	
	Citopatología cervical o vaginal	1	
	Vacunación TT	1	
	Ácido fólico 150 – 300 ug. / día	270	
	Sulfato ferroso 200 – 300 mg	32	
200001	Atención odontológica general	2	18,84
	TOTAL		**321,13**

Nota: Los dispositivos médicos identificables se facturarán por separado de acuerdo a las normas establecidas. En caso de prescripciones adicionales de acuerdo al caso clínico, se facturaran los exámenes de diagnóstico y tratamiento pertinentes.

1.3 ATENCION EXTRAMURAL A LA FAMILIA.-VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria es parte importante de la implementación del MAIS y se considera una tarifa integral, en el valor incluye la visita domiciliaria y subsecuente, por evento, realizada por diferentes profesionales: médicos, enfermeras, tecnólogos y otros, es decir, mano de obra no medica, movilización, equipos y dispositivos médicos fungibles para la elaboración de HISTORIA CLINICA FAMILIAR. Se considerará el total de personas que realizan la visita (promedio entre 45-60 minutos).

CODIGO	DESCRIPCION	UVR

		UVR I	UVR II	UVR III
398101	VISITA INICIAL A LA FAMILIA: PROMOCION Y PREVENCION- DETECCION DE RIESGO, FICHA FAMILIAR SEGÚN NORMA 45-60 MIN	4,1	4,1	4,1
398152	VISITA SUBSECUENTE: EVALUACION DE CAMBIOS, A FAMILIAS DE RIESGO 30 MIN	3,08	3,08	3,08
398203	VISITA INICIAL: INTERVENCION DE MEDIANA COMPLEJIDAD, A PERSONAS DE RIESGO DETECTADO EN LA FAMILIA, O, PACIENTE EN SEGUIMIENTO, INCLUYE VALORACION, TOMA DE MUESTRAS. 25 MIN	3,59	3,59	3,59
398254	VISITA SUBSECUENTE DE MEDIANA COMPLEJIDAD, INCLUYE INSUMOS FUNGIBLES 15 MIN	2,98	2,98	2,98
398305	VISITA INICIA DE ALTA COMPLEJIDADL: ENFOQUE DE INTERVENCION CLINICA Y QUIRURGICA A PACIENTES QUE REQUIEREN VALORACION DE CAPACIDADES FUNCIONALES, AJUSTES A PLAN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS COMO CONTROL COSTOMIZADOS, ENTRE OTROS, INCLUYE INSUMOS FUNGIBLES	3,9	3,9	3,9
398356	VISITA SUBSECUENTE ALTA COMPLEJIDAD, INCLUYE INSUMOS FUNGIBLES, 30-45 MIN	3,03	3,03	3,03
99339	SUPERVISIÓN MÉDICA INDIVIDUAL DE UN PACIENTE EN CASA, QUE REQUIEREN COMPLEJAS MODALIDADES DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA QUE IMPLICA EL DESARROLLO MÉDICO DE CABECERA Y / O REVISIÓN DE PLANES DE ATENCIÓN, LA REVISIÓN DE LOS INFORMES POSTERIORES DEL ESTADO DEL PACIENTE, REVISIÓN DE LABORATORIO Y OTROS ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN (INCLUYENDO LLAMADAS TELEFÓNICAS) A LOS EFECTOS DE LAS DECISIONES DE EVALUACIÓN O EL CUIDADO DE LA SALUD PROFESIONAL (S), MIEMBRO DE LA FAMILIA (S), SUSTITUTO QUE TOMA DECISIONES (S) (POR EJEMPLO, LEGAL TUTOR) Y / O CUIDADOR CLAVE (S) INVOLUCRADAS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE, LA INTEGRACIÓN DE LOS NUEVOS INFORMACIÓN EN EL PLAN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y / O AJUSTE DE MÉDICOS TRATAMIENTO, DENTRO DE UN MES CALENDARIO; 15-29 MINUTOS	19,5	0,00	0,00
99340	SUPERVISIÓN MÉDICA INDIVIDUAL DE UN PACIENTE EN CASA, QUE REQUIEREN COMPLEJAS MODALIDADES DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA QUE IMPLICA EL DESARROLLO MÉDICO DE CABECERA Y / O REVISIÓN DE PLANES DE ATENCIÓN, LA REVISIÓN DE LOS INFORMES POSTERIORES DEL ESTADO DEL PACIENTE, REVISIÓN DE LABORATORIO Y OTROS ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN (INCLUYENDO LLAMADAS TELEFÓNICAS) A LOS EFECTOS DE LAS DECISIONES DE EVALUACIÓN O EL CUIDADO DE LA SALUD PROFESIONAL (S), MIEMBRO DE LA FAMILIA (S), SUSTITUTO QUE TOMA DECISIONES (S) (POR EJEMPLO, LEGAL TUTOR) Y / O CUIDADOR CLAVE (S) INVOLUCRADAS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE, LA INTEGRACIÓN DE LOS NUEVOS INFORMACIÓN EN EL PLAN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y / O AJUSTE DE MÉDICOS TRATAMIENTO, DENTRO DE UN MES CALENDARIO; 30 MINUTOS O MAS.	5	0,00	0,00
99340	SUPERVISIÓN MÉDICA INDIVIDUAL DE UN PACIENTE EN CASA, QUE REQUIEREN COMPLEJAS MODALIDADES DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA QUE IMPLICA EL DESARROLLO MÉDICO DE CABECERA Y / O REVISIÓN DE PLANES DE ATENCIÓN, LA REVISIÓN DE LOS INFORMES POSTERIORES DEL ESTADO DEL PACIENTE, REVISIÓN DE LABORATORIO Y OTROS ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN (INCLUYENDO LLAMADAS TELEFÓNICAS) A LOS EFECTOS DE LAS DECISIONES DE EVALUACIÓN O EL CUIDADO DE LA SALUD PROFESIONAL (S), MIEMBRO DE LA FAMILIA (S), SUSTITUTO QUE TOMA DECISIONES (S) (POR EJEMPLO, LEGAL TUTOR) Y / O CUIDADOR CLAVE (S) INVOLUCRADAS EN EL CUIDADO DEL PACIENTE, LA INTEGRACIÓN DE LOS NUEVOS INFORMACIÓN EN EL PLAN DE TRATAMIENTO MÉDICO Y / O AJUSTE DE MÉDICOS TRATAMIENTO, DENTRO DE UN MES CALENDARIO; 30 MINUTOS O MAS.	5	0,00	0,00

1.4 PAQUETES DE HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL

CODIGO	PROCEDIMIENTO	TOTAL TARIFA INTEGRAL USD. $	VALOR TOPE X SESION USD. $
	HEMODIALISIS Y DIALISS		
70100150	HEMODIALISIS SIN REUSO DE FILTRO, PAQUETE DE 12 -14 SESIONES**	$ 1.456	$ 112,00

CODIGO	PROCEDIMIENTO	TOTAL TARIFA INTEGRAL USD. $	VALOR TOPE X SESION USD. $
70100160	DIALISIS PERITONEAL MANUAL, PAQUETE MENSUAL **	1.190	0,00
70100165	DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA, PAQUETE MENSUAL **	1.300	0,00
** Incluye: Manejo clínico integral, diálisis, medicamentos, dispositivos médicos, acceso vascular de primera vez, exámenes de laboratorio pre y post hemodiálisis, manejo de las complicaciones establecidas que no requieran hospitalización (observar anexo 1)			

2. ATENCIONES AMBULATORIAS Y/O HOSPITALARIAS.-

2.1. Manejo del Dolor

Son paquetes de atención integral de acuerdo a la complejidad procedimientos ambulatorios y hospitalarios que son los referidos al manejo del dolor, se aplica el factor de conversión monetaria (FCM) de servicios institucionales.

CODIGO	DESCRIPCION	UVR SEGUNDO NIVEL	UVR TERCER NIVEL
	MANEJO DEL DOLOR *		
121059	ACUPUNTURA CON ESTIMULACIÓN	2,53	2,53
121058	ACUPUNTURA SIN ESTIMULACIÓN	2,96	2,96
121123	APOYO TERAPÉUTICO INDIVIDUAL 4 SESIONES	9,02	9,02
121035	BLOQUEO ARTICULACIÓN O NERVIO ARTICULACIÓN DE FACETA:NIVEL ÚNICO (LUMBAR O SACRO) 4 SESIONES	9,74	9,74
121051	BLOQUEO GANGLIO ESTRELLADO (SUBSECUENTE HASTA 4 SESIONES)	9,74	9,74
121029	BLOQUEO NERVIO ILIOHIPOGÁSTRICO O ILIOINGUINAL 4 SESIONES	9,74	9,74
121033	BLOQUEO ARTICULACIONES DE FACETA CERVICAL Y TORÁCICO 4 SESIONES	9,74	9,74
121053	BLOQUEO SIMPATICO LUMBAR (DIAG. O PRIME) SUBSECUENTE HASTA 4 SESIONES	9,74	9,74
121052	BLOQUEO SIMPATICO LUMBAR (DIAG O PRIME) 4 SESIONES	12,99	12,99
121050	BLOQUEO GANGLIO ESTRELLADO (DIAGNÓSTICO O PRIMARIO) 4 SESIONES	16,24	16,24
121031	BLOQUEO NERVIO CIÁTICO 4 SESIONES	12,99	12,99
121023	BLOQUEO NERVIO ESPINAL ACCESORIO 4 SESIONES	9,74	9,74
121020	BLOQUEO NERVIO FACIAL 4 SESIONES	9,74	9,74
121022	BLOQUEO NERVIO FRÉNICO 4 SESIONES	12,99	12,99
121027	BLOQUEO NERVIO INTERCOSTAL 4 SESIONES	6,50	6,50
121021	BLOQUEO NERVIO OCCIPITAL MAYOR O MENOR 4 SESIONES	9,74	9,74
121032	BLOQUEO NERVIO PERIFÉRICO 4 SESIONES	6,50	6,50
121030	BLOQUEO NERVIO PUDENDO 4 SESIONES	12,99	12,99
121026	BLOQUEO NERVIO SUPRAESCAPULAR 4 SESIONES	9,74	9,74
121019	BLOQUEO NERVIOSO TRIGÉMINO 4 SESIONES	9,74	9,74
121025	BLOQUEO PLEXO BRAQUIAL 4 SESIONES	12,99	12,99
121024	BLOQUEO PLEXO CERVICAL 4 SESIONES	12,99	12,99
121044	CADA NIVEL EXTRA INYECCION NEUROLIT. INTERCOSTAL 4 SESIONES	9,74	9,74
121034	CADA NIVEL EXTRA MISMO PROCEDIMIENTO HASTA 4 POR VEZ Y POR NIVEL	4,87	4,87
121046	CADA NIVEL EXTRA NEUROLISIIS ARTICULACIÓN FACETA LUMBAR 4 SESIONES	10,82	10,82

CODIGO	DESCRIPCION	UVR SEGUNDO NIVEL	UVR TERCER NIVEL
121122	CONSULTA APOYO TERAPEÚTICO FAMILIAR CON PRESENCIA DE PACIENTE, (CADA 15 MINUTOS) 4 SESIONES	4,81	4,81
121121	CONSULTA APOYO TERAPEÚTICO INDIVIDUAL, (CADA 15 MINUTOS) 4 SESIONES	4,21	4,21
121018	EPIDURAL CONTINÚA ANESTÉSICO ESTEROIDES LUMBAR O SACRA 4 SESIONES	10,1	10,1
121054	EPIDUROLISIS 4 SESIONES	22,73	22,73
121049	EPIDUROGRAFIA 4 SESIONES	12,63	12,63
121041	INYECCIÓN ANESTÉSICA Y/ O ESTEROIDES PLEXO CELIACO X LADO CON O SIN MONITOREO RADIOLÓGICO 4 SESIONES	12,63	12,63
121015	INYECCIÓN EPIDURAL DE ESTEROIDES CERVICAL O TORÁXICO 4 SESIONES	10,1	10,1
121016	INYECCIÓN EPIDURAL DE ESTEROIDES LUMBAR O SACRA 4 SESIONES	7,58	7,58
121038	INYECCIÓN EPIDURAL TRANSFORAMINAL LUMBAR O SACRA PRIMER NIVEL 4 SESIONES	10,1	10,1
121037	INYECCIÓN EPIDURAL TRANSFORAMINAL CERVICAL O TORACICA 4 SESIONES	10,1	10,1
121040	INYECCIÓN NEUROLITICA GANGLIO ESTRELLADO 4 SESIONES	20,21	20,21
121042	INYECCIÓN NEURILITICA NERVIO TRIGÉMINO 4 SESIONES	17,68	17,68
121056	INYECCIÓN NEUROLITICA SUBARACNOIDEA CADA NIVEL ADICIONAL 4 SESIONES	10,1	10,1
121055	INYECCIÓN NEUROLÍTICA SUBARACNOIDEA 4 SESIONES	15,16	15,16
121013	INYECCIÓN ARTICULACIÓN SACRO ILIACA 4 SESIONES	7,58	7,58
121043	INYECCIÓN NEUROLÍTICA INTERCOSTAL 4 SESIONES	12,63	12,63
121047	INYECCIÓN NEURÓLITICA NERVIO PUDENDO 4 SESIONES	20,21	20,21
121048	INYECCIÓN NEUROLÍTICA OTRO NERVIO PERIFÉRICO 4 SESIONES	12,63	12,63
121061	INYECCIÓN NEUROLÍTICA LUMBAR O TORÁXICA, Y ARTICULACIONES INTERFACETARIAS 4 SESIONES	12,63	12,63
121036	MISMO PROCEDIMIENTO CADA NIVEL EXTRA HASTA 4 POR VEZ NIVEL	3,79	3,79
121039	MISMO PROCEDIMIENTO NIVEL EXTRA HASTA 4 SESIONES	5,05	5,05
121045	NEUROLISIS ARTICULACIÓN DE FACETA LUMBAR O SACRA O NERVIO ARTICULACIÓN DE FACETA 4 SESIONES	12,63	12,63
121011	PUNTOS DE GATILLO - PRIMERO TRATAMIENTO INTEGRADO INYECCIÓN BANDA TENDINOSA, LIGAMENTO	2,53	2,53
121012	PUNTOS DE GATILLO - (SUBSECUENTES) CADA UNO	1,26	1,26
121017	SEGUIMIENTO DIARIO DE INYECCION EPIDURAL	2,68	2,68
121014	SEGUNDA ARTICULACION MISMO PROCEDIMIENTO	5,05	5,05
121028	SUBSECUENTES MISMO PROCEDIMIENTO, BLOQUEO NERVIO INTERCOSTAL	2,53	2,53
	* INCLUYE SERVICIOS INSTITUCIONALES Y HONORARIOS MÉDICOS, EXCLUYE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS		
	INTERVENCIONISMO EN DOLOR *		
121060	INTERVENCIONISMO EN DOLOR CON RADIOFRECUENCIA 1 A 2 POR AÑO	175,4	175,4
121062	INTERVENCIONISMO EN DOLOR NEUROLOCALIZACIÓN 1 A 2 POR AÑO	82,5	82,5
121063	INTERVENCIONISMO EN DOLOR CON MEDICAMENTOS HASTA DOS NIVELES HASTA 2 POR AÑO	82,5	82,5

CODIGO	DESCRIPCION	UVR SEGUNDO NIVEL	UVR TERCER NIVEL
121064	INTERVENCIONISMO EN DOLOR CON MEDICAMENTOS ADEMÁS DE DOS NIVELES HASTA 2 POR AÑO	115,5	115,5
Serán realizados por especialistas certificados y se incluirá, de ser requerido sala de cirugía, soporte anestésico y radioscopia para bloqueos centrales, columna, cráneo y miembros inferiores, deberá existir la justificación d uso de estos rubros			

NOTA: Cuando exista la realización de dos o más procedimientos, se aplicará la Política de procedimientos múltiples.

3. ATENCION AMBULATORIO Y/O HOSPITALARIA POR TARIFA INTEGRAL

En este tipo de paquetes la tarifa es integral, está compuesta en una sola tarifa expresada en dólares americanos, todo el costo de la atención medica no complicada, incluye servicios profesionales, servicios institucionales, de laboratorio e imagen; además, medicamentos, dispositivos médicos, exámenes preoperatorios y durante la estancia hospitalaria, las visitas post-quirúrgicas hasta el alta del paciente. Incluye hasta 3 consultas post-egreso. (detalle paquetes en anexo 2 del presente tarifario).

CODIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
70100001	PARTO NORMAL (incluye atención al recién nacido sano)*	658,34
70100002	CESAREA (incluye atención al recién nacido sano)	892,64
70100003	CESAREA MAS LIGADURA TUBARICA (incluye atención al recién nacido sano)	982,31
70100004	HISTERECTOMIA ABDDOMINAL	1.234,99
70100101	APENDICECTOMIA NO COMPLICADA	1027,31
70100102	APENDICETOMIA LAPAROSCOPICA	1.177,24
70100103	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	1.670,03
70100104	COLECISTECTOMIA ABDOMINAL	1.236,69
70100105	HEMORROIDECTOMIA	811,89
70100106	HERNIOPLASTIA INGUINAL (SIN MALLA)	$765,08
70100107	SALPINGECTOMIA ELECTIVA CON PERIDURAL	529,77
70100108	ARTROPLASTIA DE CADERA (NO INCLUYE PROTESIS)	3.393,06
70100109	ARTROSCOPIA DE RODILLA PARA REMODELACIÓN DE MEÑISCOS	1.449,69
70100110	ARTROSCOPIA DE RODILLA REPARACIÓN O AUMENTO O RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS CRUZADOS	2.145,64
70100111	ARTROSCOPIA DE RODILLA REPARACION DE MEÑISCOS	1.216,57
70100112	PROSTATECTOMIA ABDOMINAL	1.382,30
70100113	PROSTACTECTOMIA TRANSURETRAL CON GREEN LASER	2.750,00
70100114	PROTACTECTOMIA TRANSURETRAL CON LASER HOLMIO	1.400,00
70200006	PROSTATECTOMIA CON ABLATHERM	4,130,00
70100140	TRANSPLANTE RENAL DONANTE VIVO, INCLUYE ACTUALIZACION PREQUIRURGICA , CIRUGIA DEL DONANTE Y RECEPTOR *	14.850,00
70100145	TRANSPLANTE RENAL DONANTE CADAVERICO, INCLUYE ACTUALIZACIÓN PREQUIRUGICA, CIRUGIA DEL DONANTE Y RECEPTOR *El contenido en 2 del presente tarifario.	17.050,00
70200001	PET SCAN- CT. Incluye radiofármaco	1.733,00
70200005	PEM SCAN- CT. Incluye radiofármaco	1.650,00
70200002	GAMMA KNIFE (no perfección)	9.000,00
70200003	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA CON BIOPSIA	230,51
70200004	COLONOSCOPIA CON BIOPSIA	267,38
** Tarifa Integral, incluye dispositivos médicos utilizados en cada procedimiento (detalle en anexo 2 del presente tarifario)		

NOTA: Código 70100001, 7020003 y 7020004: se excluye el valor del Tamizaje Neonatal.

SECCION F
REGLAS DE FACTURACION

PROCEDIMIENTO DE COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Los detalles de este procedimiento están señalados en el "Manual de Ejecución del Proceso de Relacionamiento entre las instituciones de la Red Pública Integral de Servicios de Salud y de la Red Privada Complementaria" para la Atención de Pacientes y Reconocimiento Económico de los Servicios de Salud de Prestadores de Servicios de Salud, siendo necesario considerar los siguientes conceptos técnicos:

a. Los prestadores públicos y privados remitirán planillas detalladas que incluyan los gastos diarios por paciente (estado de cuenta/planillaje) en las que se especifiquen los honorarios médicos, servicios institucionales, laboratorio, imagen, medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos, excepto en el caso de prestaciones integrales (paquetes) en que solamente se remitirá planilla con un solo valor que corresponde al determinado para el paquete.

b. La documentación se entregará a la institución financiadora responsable del usuario, se entregarán en las unidades administradoras regionales/provinciales/ nacionales de compensación económica, definidas conforme en normativa vigente.

c. El pago de los gastos originados por la atención de salud que se brinde a los usuarios se realizará luego de los procedimientos normados relacionados con la revisión documental administrativa, la pertinencia médica, y liquidación de tarifas, denominada auditoría de facturación y calidad de las cuentas médicas.

d. Las planillas se consolidarán en una factura global mensual por servicio:
   - Una por atención de hospitalización o internamiento programados,
   - Una por atenciones en el servicio de emergencia (si son derivados a otros establecimiento de salud o al domicilio),
   - Una atención integral de casos de emergencia (servicios de emergencia, hospitalización u otros) y
   - Una por las atenciones de servicios ambulatorio.

Las facturas deberán cumplir, con los requisitos exigidos por el Servicios de Rentas Internas (SRI).

e. Para el caso de planillas por diálisis (hemodiálisis y/o diálisis peritoneal) enviarán una factura por mes por servicio agrupando a todos los pacientes que hayan recibido los servicios en ese periodo.

f. Para evitar anulación de facturas por débitos justificados o no, la unidad prestadora puede enviar una prefactura que luego será cambiada por la factura definitiva por el valor aceptado por la institución responsable del paciente.

g. Las facturas con alteraciones no serán objeto de pago

h. En el caso de procedimientos realizados en establecimientos de salud de primero y segundo nivel que no registre unidades de valor relativo en la columna pertinente, se utilizará para el reconocimiento económico lo siguiente:

si el establecimiento de salud es de segundo nivel el valor de unidades de valor relativo del tercer nivel menos el 10%, si el establecimiento de salud es de primer nivel y solo existe unidades de valor relativo en el tercer nivel menos el 20%.

REGLAS GENERALES DE FACTURACION

Se detallara lo siguiente en la planilla, según los componentes de la atención:

En los SERVICIOS AMBULATORIOS:

- Honorarios médicos
- Imagen
- Laboratorio
- Medicamentos
- Dispositivos médicos
- Servicios de hotelería (si aplica)

En los SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN O INTERNAMIENTO, se facturará los servicios, medicamentos y dispositivos médicos, por día, con los códigos respectivos, de la siguiente manera:

- Honorarios del médico tratante (inicial y subsecuentes)
- Interconsultas de otros especialistas (si es primera vez, las subsecuentes serán planilladas con la consulta subsecuente de hospitalización)
- Habitación
- Atención y cuidados clínicos
- Ración /dieta.
- Procedimientos técnicos – médicos, laboratorio e imagen
- Medicamentos
- Dispositivos médicos
- Derechos de salas
- Uso de equipos especializados (Terapia Intensiva u otros, sólo nivel 3)

Si el paciente ingresa por emergencia se facturara también este servicio.

En EVENTOS QUIRURGICOS Y CLINICOS EN HOSPITAL DEL DIA*:*

- Honorarios Médicos del cirujano y anestesiólogo
- Imagen
- Laboratorio
- Medicamentos
- Dispositivos médicos
- Derechos de hospital de día, uso de sala de operaciones, recuperación según sea el caso.

En los SERVICIOS DE EMERGENCIA, exclusivamente, se planillará de la siguiente manera:

- Cubículo de emergencia
- Honorarios del médico tratante
- Procedimientos técnicos – médicos, laboratorio e imagen
- Medicamentos,
- Dispositivos médicos

FACTURACIÓN POR PAQUETES DE PRESTACIONES

Los prestadores públicos y privados calificados/acreditados que establezcan convenios firmados o contratos para atenciones médicas con los respectivos financiadores del SNS, mediante la modalidad de paquetes, emitirán una planilla con el valor establecido para el paquete por cada paciente acompañada de los documentos técnicos (epicrisis, protocolo operatorio, formato de emergencia según la norma vigente emitidos por la ASN) que señalen el diagnóstico codificado por CIE-10, el código del paquete, el valor unitario del paquete, la cantidad y el valor total.

Para este tipo de facturación se emitirá factura global que cumplirá con los requisitos del Servicio de Rentas Internas, y que detalle los servicios atendidos, los valores unitarios, la cantidad de atenciones y el valor total de las atenciones brindadas en el prestador, este documento será presentado por el prestador al final del proceso previo a la acreditación de valores aceptados.

CANCELACION DE FACTURAS

Los procesos de compensación económica estarán sujetos a la dinámica, plataforma tecnológica y de soporte de cada institución con el objetivo de brindar flexibilidad a los acuerdos entre las instituciones responsables de la compensación económica, se establece el siguiente marco de referencia:

- La solicitud para la cancelación de las planillas del mes precedente se enviarán a las institución responsable del pago conforme a lo que establece el "Manual de Ejecución del Proceso de Relacionamiento entre las Instituciones de la Red Publica Integral de Salud y de la Red privada Complementaria para la Atención de Pacientes y Reconocimiento Económico de los Servicios de Salud", en los primeros 20 días calendario del mes siguiente de realizadas las atenciones.

- La orden de pago se efectuará en el término de cuarenta y cinco (45) días calendario posterior a la entrega de la documentación completa. El tiempo para el cumplimiento de esta condición correrá efectivamente desde el día que el financiador haya recibido COMPLETA la documentación.

- No serán reconocidos los gastos de servicios y suministros que no se atribuyen directamente a la atención de salud, que comprenden, entre otros, alimentación de acompañante/familiares y gastos de acompañante/familiares, utilización de servicios de telefonía, fax, correo, extras en la habitación, otros útiles de aseo personal no incluidos en el set básico y compensación económica de habitación preferencial.

- Los procedimientos con observaciones que generen atenciones no reconocidas para el pago, se devolverán al establecimiento de salud que prestó dicho servicio adjuntando el respectivo reporte/informe escrito de las razones de objeción sea de pertinencia medica y/o de liquidación financiera; en el caso, que no entregue de esta forma las objeciones, este evento será reportado por el establecimiento de salud a la autoridad pertinente del financiador a fin de que se tomen correctivos pertinentes.

El establecimiento de salud tiene hasta 30 días calendario para justificar las observaciones y enviar la documentación de sustento a la institución

financiadora que revisará lo justificado y pagará tales atenciones de ser procedente en el término de cuarenta y cinco (45) días calendario de haber recibido completa la documentación de respaldo. Sólo se aceptará la justificación por una sola vez las objeciones de una fecha dada.

- Pasado este tiempo de 30 días calendario, sin recibir los documentos que justifiquen las observaciones técnicas o financieras, se considerará el caso como cerrado y no se aceptará reclamo posterior. El tiempo para este proceso corre desde que efectivamente el prestador reciba la documentación de los servicios observados.

- Se aceptará una sola justificación por cada planilla observada, por tanto la unidad prestadora deberá asegurarse de incluir los justificativos de todas las observaciones médicas y/o financieras, no se tramitará pedidos posteriores de justificaciones.

- En caso de procedimientos observados que no fueran justificados y produzcan débitos definitivos, el establecimiento de salud no podrá requerir el pago al paciente o familiares; cualquier cobro en este sentido será motivo de la sanción que la respectiva norma señale.

- Si el prestador no cumple con las fechas establecidas, se dará por aceptada la objeción.

SECCION G

DISPOSICIONES NORMATIVAS PARA ACTUALIZACION DEL TARIFARIO

1. ACTUALIZACION DE TARIFARIO

El Tarifario será revisado anualmente por una Subcomisión Técnica de Revisión del Tarifario, designada por el Comité de Gestión de la Red, con los siguientes propósitos:

- Adicionar o eliminar códigos de acuerdo con el CPT (siglas en inglés-Terminología de Procedimientos Técnico Médicos comunes) y/o incluir o excluir prestaciones, procedimientos, servicios o paquetes de prestaciones, de acuerdo con los estudios de morbi-mortalidad de la población atendida, evaluación económica, innovaciones tecnológicas, que deben tener el correspondiente soporte de la evidencia científica.

- Sugerir los factores de conversión monetarios de servicios institucionales, de diagnóstico, otros procedimientos y honorarios médicos, con el fin de actualizar su valor.

- La Subcomisión Técnica de Revisión del Tarifario, estará conformada por un delegado titular y un suplente designados por la autoridad nominadora de las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud, será presidida por el delegado del MSP, cada año o a petición de la Autoridad Sanitaria Nacional las instituciones de la RPIS deberán enviar al MSP las designaciones de sus delegados que deberán cumplir un perfil mínimo requerible según la siguiente descripción:

  - Profesional con formación en Ciencias de la Salud, Economía o Ingeniería Comercial.
  - Con maestría o especialización en Salud Pública, Administración de Servicios de Salud, Economía de la Salud, Contabilidad y Costos.
  - Mínimo diez años de experiencia en el sector público, trabajando en administración de sistemas de salud, levantamiento de costos, auditoría médica, gestión de convenios y relaciones interinstitucionales.
  - Los delegados designados deben ser funcionarios de la institución que delega.

La Subcomisión Técnica de Revisión del Tarifario podrá requerir el apoyo de otros profesionales técnicos para tratar temas específicos, se podrán conformar los equipos de trabajo donde serán invitados profesionales del sector publico y sector privado.

La revisión del tarifario será permanente y se programará en el último trimestre del año las modificaciones que serán vigentes en la nueva versión de tarifario expedido por la Autoridad Sanitaria.

EVALUACION DEL TARIFARIO

La aplicación del tarifario y su uso en los diferentes prestadores/financiadores de la Red Publica Integral de Salud y Red Complementaria Privada, será evaluada por la instancia técnica definida por el Ministerio de Salud Publica como Autoridad Sanitaria Nacional.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO NO QUIRÚRGICO: Es el conjunto de actividades no instrumentales sobre el cuerpo humano, que se practican para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de enfermedades o accidentes.

ACTIVIDAD O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas.

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS BILATERALES: Son las operaciones iguales que se practican en un mismo acto quirúrgico, en órganos pares, o en elementos anatómicos de los dos miembros superiores o inferiores.

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MÚLTIPLES: Son las practicadas al mismo paciente, en uno o más actos quirúrgicos, por uno o más cirujanos.

ALOJAMIENTO CONJUNTO: Es la modalidad que involucra los procesos de atención del recién nacido normal, en la misma habitación de la madre.

AMBULANCIA: Unidad móvil aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes.

ÁREA DE ACCIÓN (AMBULANCIAS): Zona polarizada por un centro. Define el marco de referencia geográfico en el cual se efectúa la atención de emergencia.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA: Es un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una emergencia que comprende la organización de talento humano, materiales, tecnológicos y financieros, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad, previamente priorizado por el sistema de triaje definido por el Ministerio de Salud Pública. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que dispongan del servicio de emergencias, atenderán obligatoriamente estos casos, sin discriminación de raza, religión, condición social u otras causas ajenas a su razón de servicio.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA DE TIPO PREHOSPITALARIO: Es el proceso de cuidados de salud que requieren de un conjunto de recursos técnicos como equipamiento de cuidado intensivo, instrumental, materiales, equipo de radio y de talento humano capacitado en el manejo de emergencias los mismos que deberán estar disponibles para desplazarse en forma oportuna al lugar de ocurrencia de una emergencia, prestar la atención inicial por cualquier afección, mantener estabilizado el paciente durante su traslado a un Centro Hospitalario y a orientar respecto de las conductas provisionales que se deben asumir mientras se produce el contacto.

CAMA: Es aquella instalada para el uso exclusivo de los pacientes internados durante las 24 horas, se incluyen las incubadoras. Se excluyen las camas de trabajo de parto, de recuperación post-quirúrgica, de hidratación que se usen sólo para este fin, las de observación, las cunas complemento de la cama obstétrica, las localizadas en los servicios de rayos X, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y las de acompañante.

CAMA DE OBSERVACION: es aquella instalada y con recursos para uso de pacientes que no requieren ser hospitalizados. Para uso del tarifario se considerará una ocupación desde las seis hasta las 24 horas.

CIE 10: Décima Clasificación Internacional de Enfermedad de la Organización Mundial de la Salud.

CM (Criterio Médico): se refiere a la calificación que el profesional médico da a un procedimiento que efectúa a un paciente y que no se encuentra descrito en el Tarifario, con el objeto de calcular los honorarios correspondientes. Previa su facturación, el criterio médico deberá ser consultado con el financiador de la atención y si no se logra un acuerdo, será

resuelto el caso por la Comisión Técnica Interinstitucional que lo incluirá definitivamente en la respectiva revisión anual.

DIA CENSAL: para uso del tarifario se considerará para cálculo días censales de 24 horas desde el día de ingreso del paciente hospitalizado, no se tomará el día de alta, este concepto no aplica para uso de sal unidad de cuidados intensivos.

EMERGENCIA: Son los estados patológicos de manifestación súbita y grave, así como el caso de enfermos que hallándose bajo tratamiento, sufrieren agravamiento repentino, y de los accidentes que requieren de atención de salud inmediata, que al no ser otorgada podría poner en peligro la vida o dejar secuelas que afecten la integridad funcional u orgánica del paciente.

EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA: Es la actividad o procedimiento instrumental que se practica con fines diagnósticos o para valorar la efectividad del tratamiento.

FACTOR DE CONVERSIÓN: Es el valor monetario expresado en dólares americanos para establecer el reconocimiento de los costos directos e indirectos que son parte de la producción de los servicios de salud

LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO GENERAL (LG): Es aquel servicio de salud al que le compete analizar cualitativa y cuantitativamente muestras biológicas provenientes de individuos sanos o enfermos, en aspectos: físicos, químicos, bioquímicos, enzimáticos y básicos de microbiología, hematología, inmunología y endocrinología.

LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO ESPECIALIZADO (LE): Es aquel servicio de salud en el que se pueden realizar análisis clínicos generales y especializados, en una o más de las siguientes áreas: anatomía patológica y citología, microbiología, hematología, inmunología, endocrinología, biología molecular, toxicología y genética.

LICENCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD: Es el procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual la autoridad sanitaria nacional otorga el permiso de funcionamiento a los establecimientos de salud, publicas o privadas, según su capacidad resolutiva, niveles de atención y complejidad, previa verificación del cumplimiento de los requisitos o estándares mínimos indispensables.

NIVEL DE ATENCIÓN.- Conjunto de establecimientos de salud organizados bajo un marco jurídico, legal y normativo; con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades sentidas de salud de la población.

NIVEL DE COMPLEJIDAD.- Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, en relación al nivel de atención al que corresponde, alcanzado mediante la especialización y tecnificación de sus recursos. Guarda relación directa con la categorización de establecimientos de salud.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: El I Nivel de Atención es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del sistema, garantiza una referencia y contra referencia adecuada, asegurando la complejidad, continuidad e integralidad en la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a normas emitidas por la autoridad sanitaria. Es ambulatorio Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN: El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización básica y general. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio).

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: El III Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención de espacialidad y de especialidades y constituye el escalón de referencia inmediata del II Nivel de Atención. Se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas

exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio).

PRESTADORES DE SALUD: Son aquellos profesionales o establecimientos, autorizados para prestar servicios de salud debidamente calificados/acreditados por la Red Publica Integral de Salud.

REGIÓN OPERATORIA: Es la parte del cuerpo humano sobre la cual se practica una actividad o procedimiento quirúrgico.

REGISTRO CENSAL: Es la constancia documental de los pacientes que pasan el censo de medianoche en una cama hospitalaria durante 24 horas.

REINTERVENCIÓN POST-QUIRÚRGICA: Es la actividad o procedimiento instrumental que se practica con fines diagnósticos o para valorar la efectividad del tratamiento.

SERVICIO DE HABITACION: Es el conjunto de recursos físicos, humanos (excepto honorario médico), de equipamiento, alimentación, etc., para la atención de un paciente durante un período mínimo de 24 horas.

TRAUMA: Es una lesión física que pone en peligro la vida. Cumple un amplio espectro de severidad de menor a crítica, causada por una fuerza externa como por vehículos, violencia o caída, armas de fuego. Si los pacientes e trauma reciben atención apropiada durante la "hora dorada" (sesenta minutos después de la lesión), las probabilidades de supervivencia aumentan considerablemente.

TARIFA INTEGRAL: la tarifa integral está compuesta por el valor monetario de servicios profesionales, servicios institucionales, de laboratorio e imagen; además, medicamentos, exámenes preoperatorios y la consulta post-operatoria al acto operatorio.

UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO: Es el servicio destinado a pacientes críticos, con complicaciones no derivadas de un acto quirúrgico, que con excepción de la asistencia ventilatoria, se les brinda la misma atención que en la Unidad de Cuidado Intensivo bajo el cuidado del médico intensivista en la medida que el caso lo requiera.

UNIDADES DE VALOR RELATIVO: Son unidades que permiten transformar los recursos consumidos de una actividad en costos, detallados en un arancel que se asigna un puntaje a cada procedimiento medico.

URGENCIA: Es todo estado patológico de rápida instauración o por accidente fortuito que no pone en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que genera la necesidad imperiosa de recibir o brindar atención de salud.

VIA DE ACCESO: Es la entrada quirúrgica a un órgano o región
.
VISITA DOMICILIARIA: es la acción de salud extramural del equipo de salud, parte de las actividades de prevención y promoción de salud.

ANEXO No 1
DETALLE PAQUETE DE HEMODIALISIS

No	PRESTACIONES	Cada mes	Bimensual	Trimestral	Cuatro mestral	Anual
1.	Diálisis según normas internacionales	12 a 14 sesiones				
1.1	Materiales necesarios para las sesiones de Hemodiálisis estándar con bicarbonato y filtros nuevos	12 a 14				
2.	Confección de fístula arteriovenosa (una) y mantenimiento de accesos vasculares					1
3.	**ATENCION AMBULATORIO:**					
	Consulta externa de nefrología en forma mensual bajo cita previa y/o cuando lo requiere el paciente	1				
	Soporte clínico externo ambulatorio del equipo de apoyo (nutrición, psicología y trabajo social) en forma mensual y bajo cita previa	1				
	Interconsultas de especialidad según criterio del médico nefrólogo tratante (hasta 2 por un año): neumología, cardiología, gastroenterología, neurología y endocrinología). El uso de medicamentos se limitará a los indicados en lo que relaciona al suministro de medicamentos necesarios en el tratamiento ambulatorio para cubrir las patologías relacionadas con la IRC					2
4.	**EXAMENES DE LABORATORIO: mensualmente, bimestral, trimestral, cuatrimestral y anual**					
	Biometría Hemática Completa	1				
	Niveles Séricos:					
	Glucosa	1				
	Albúmina	1				
	BUN pre y post diálisis	1				
	Cr (Creatinina) pre y post diálisis	1				
	Na pre y post diálisis	1				
	K pre y post diálisis	1				
	Ca	1				
	TP, TTP	1				
	Fe sérico		1			
	Transferrina		1			
	%Sattransf.		1			
	Ferritina		1			
	P		1			
	FA		1			
	Trigliceridos ingreso del paciente y trimestral			1		
	Colesterol ingreso del paciente y trimestral			1		
	HbsAg		1			
	TGO		1			
	TGP		1			
	Anti HbsAg			1		
	HCV			1		
	HIV					1
	PTH				1	
	Tb Prueba cutánea de tuberculosis)				1	
5.	**Exámenes complementarios de IMAGENOLOGIA DIAGNOSTICA:**					
	-Electrocardiograma rutinario (una vez al año)					1
	-Ecocardiograma según necesidad (hasta por un año)					1
	-Endoscopia Alta (hasta una por un año según necesidad del médico)					2
	-Radiografía estándar de tórax (una por un año)					1
	-Ecografía de abdomen (una por un año según necesidad del médico)					1
6.	**TRATAMIENTO**					
	Suministro de medicamentos necesarios en el tratamiento ambulatorio para cubrir las patologías relacionadas con la	1				

No	PRESTACIONES	Cada mes	Bimensual	Trimestral	Cuatro mestral	Anual
	insuficiencia renal crónica conforme lo requiera:					
	• Tratamiento de la HTA (antihipertensivos): IECAS, bloqueadores AT1, Beta Bloqueadores, Calcio Antagonistas, Vasodilatadores, Alfa Bloqueadores).	1				
	• Tratamiento de la enfermedad ósea (Quelantes de fósforo), activadores de vitamina D en caso de ser necesario	1				
	• Tratamiento de la anemia secundaria a la IRC (Hierro intravenoso y Eritropoyetina Alfa o Beta)	1				
	• Tratamiento ambulatorio de las complicaciones del acceso vascular (antibióticos si el caso lo requiere)	1				
	• Tratamiento de la diabetes (insulina, hipoglicemiantes orales, en caso de necesidad)	1				
	• Tratamiento de las deficiencias vitamínicas, coadyuvantes en el tratamiento de la IRC (vitamina B, vitamina C, vitamina D3, ácido fólico)	1				
	• Tratamiento de la dislípidemia (inhibidores de la HMG, COA y/o fibratos, según necesidad)	1				
	• Tratamiento de la gastritis aguda (inhibidores de la bomba de protones y antiácidos)	1				
	• Vacunación contra hepatitis B					1
	• Vacunación contra neumococo					
	• Transfusiones sanguíneas, si la necesidad (anemia aguda) está relacionada con la influencia renal crónica hasta 2 por año					2
7.	**EN CASO DE EMERGENCIA:**					
	Colocación de Catéter temporal (dos)					2
	Catéter permanente (uno)					1
	Colocación de injerto vascular (uno) de ser necesario					1
	Ecografía doppler y/o fistulografía (uno) justificada por Cirujano Vascular y Nefrólogo					1
	Medicamentos de emergencia para el manejo de complicaciones durante la terapia dialítica y cumplir los compromisos secundarios del paciente con insuficiencia renal crónica, antihipertensivos en caso de crisis, inotrópicos de acuerdo a estado cardiocirculatorio, analgésicos, sedantes en crisis convulsivas, antieméticos, antihistamínicos, cristaloides y/o expansores plasmáticos, soluciones hipertónicas, insulina cristalina y corticoide parenterales.	1				
	Transfusiones sanguíneas, si la necesidad está relacionada con la influencia renal crónica					
	Capacitación continua a pacientes y familia	1				
	Visitas domiciliarias	1				
	Talleres de terapia ocupacional	1				
8.	**OTROS**					
	Evaluación clínica periódica de pacientes, por equipo médico y de apoyo de la unidad renal para evaluar posibles candidatos al programa de trasplante					1
	Aplicación de normas de bioseguridad para evitar contaminaciones	1				
	Autorización del paciente para procedimiento de hemodiálisis					1
	Referencia a emergencia hospitalaria con F058 si se requiere.					

ANEXO No 2
DETALLE DE PAQUETES PRESTACIONES INTEGRALES

(expresado en US. dólares americanos)

A. QUIRURGICOS

CODIGO	PROCEDIMIENTO	TARIFA INTEGRAL US.DOLARES
70100001	PARTO NORMAL (incluye atención al recién nacido sano)*	658,34
70100002	CESAREA (incluye atención al recién nacido sano)	892,64
70100003	CESAREA MAS LIGADURA TUBARICA (incluye atención al recién nacido sano)	982,31
70100004	HISTERECTOMIA ABDDOMINAL	1.234,99
70100101	APENDICECTOMIA NO COMPLICADA	1027,31
70100102	APENDICETOMIA LAPAROSCOPICA	1.177,24
70100103	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	1.670,03
70100104	COLECISTECTOMIA ABDOMINAL	1.236,69
70100105	HEMORROIDECTOMIA	811,89
70100106	HERNIOPLASTIA INGUINAL (SIN MALLA)	$765,08
70100107	SALPINGECTOMIA ELECTIVA CON PERIDURAL	529,77
70100108	ARTROPLASTIA DE CADERA (NO INCLUYE PROTESIS)	3.393,06
70100109	ARTROSCOPIA DE RODILLA PARA REMODELACIÓN DE MEÑISCOS	1.449,69
70100110	ARTROSCOPIA DE RODILLA REPARACIÓN O AUMENTO O RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS CRUZADOS	2.145,64
70100111	ARTROSCOPIA DE RODILLA REPARACION DE MEÑISCOS	1.216,57
70100112	PROSTATECTOMIA ABDOMINAL	1.382,30
70100113	PROSTACTECTOMIA TRANSURETRAL CON GREEN LASER	2.750,00
70100114	PROTACTECTOMIA TRANSURETRAL CON LASER HOLMIO	1.400,00
70200006	CIRUGIA PROSTATICA CON ABLATHERM	4.130,00

Los Paquetes de Prestaciones Integrales antes detallados incluyen:

1. **Hospitalización:** Internamiento en habitación de dos camas, dieta hospitalaria, cuidado y manejo diario

2. **Quirófano**: Derechos de sala de cirugía, materiales de cirugía-materiales de uso menor (fungibles) que se utilicen en procedimientos quirúrgicos, consumo de oxígeno, monitoreo, instrumentación y uso de equipamiento e instrumental)
3. **Colocación de Vía Central al ingresar a quirófano.**
4. **Prácticas diagnósticas durante hospitalización** (laboratorio e imágenes)
5. **Medicamentos** (empleados en cirugía e internación).
6. **Dispositivos médicos, otros materiales y hemocompoenentes sanguíneos** (empleados en cirugía e internación)
7. **Honorarios profesionales** (componentes cirugía, anestesia, evaluación y manejo, las que necesite el paciente durante el lapso de internamiento)
8. **Consultas post-operatorias:** hasta 2 (dos) consultas de control posteriores a egreso del paciente
9. **Retiro de puntos y curaciones.**
10. **En hospitalización psiquiátrica el valor diario incluye:**
    - Habitación bipersonal de acuerdo a las necesidades del paciente que incluye aseo diario de la habitación con cambio de lencería
    - Cuidado y manejo diario de paciente hospitalizado (cuidados permanentes de enfermería)
    - Entrevista y examen psiquiátrico diagnostico
    - Pruebas psicológicas, con interpretación e informe
    - Psicoterapia individual o grupal.
    - Honorarios profesionales por evaluación médica diagnostica continua.
    - Administración y manejo de medicamentos de la especialidad
    - Psicoterapia médica individual
    - Terapia eletroconvulsiva (incluye monitoreo y convulsión única)

- Psicoterapia médica grupal interactiva por paciente (4 sesiones diarias)
- Manejo farmacológico incluyendo uso y revisión de medicación.
- Terapias de grupo en conjunción con grupos A.A.
- Preparación del reporte del paciente psiquiátrico, historia clínica-tratamiento
- Terapia ocupacional cotidiana.
- Ejercicios activos
- Actividades de la vida diaria
- Taller de conversación
- Taller de lectura
- Videoterapia
- Terapia de relajación
- Terapia recreativa
- Visitas familiares y estudio social
- Alimentación diaria (3 comidas)
- Lavado de ropa personal del paciente
- Útiles de aseo
- Medicamentos necesarios en el tratamiento de las enfermedades mentales hasta $100.00 (Cien 00/100 DOLARES AMERICANOS MENSUALES)
- Materiales como oxígeno, sondas, jeringuillas, gasas, apósitos, algodón, etc.; que se requiera para el tratamiento de la especialidad psiquiátrica

B. DIAGNÓSTICOS Y DE TRATAMIENTO

CODIGO	**DESCRIPCION**	**VALOR**
70200001	PET SCAN-CT. Incluye radiofármaco	1733,00
70200005	PEM SCAN . Incluye radiofármaco	1.650,00
70200002	GAMMA KNIFE (no Perfección)	9.000,00
70200003	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA CON BIOPSIA	230,51
70200004	COLONOSCOPIA CON BIOPSIA	267,38

Los Paquetes de Prestaciones Integrales antes detallados incluyen:

1. **Quirófano**: Derechos de sala de cirugía, materiales de cirugía-materiales de uso menor (fungibles) que se utilicen en procedimientos quirúrgicos, consumo de oxígeno, monitoreo, instrumentación y uso de equipamiento e instrumental, otros derechos de sala/procedimientos cuando proceda su uso)
2. **Colocación de Vía Central al ingresar a quirófano.**
3. **Medicamentos** (empleados en la realización del procedimiento).
4. **Dispositivos médicos y otros materiales** (empleados en la realización del procedimiento)
5. **Honorarios profesionales** (componentes cirugía, anestesia, evaluación y manejo que amerite el paciente durante la realización del procedimiento)
6. **Consultas post-operatorias:** hasta 2 (dos) consultas de control posteriores a egreso del paciente

TRASPLANTE RENAL ADULTO CON DONANTE VIVO

CODIGO	**DESCRIPCION**	**VALOR**
70100140	TRANSPLANTE RENAL DONANTE VIVO, INCLUYE ACTUALIZACION PREQUIRURGICA , CIRUGIA DEL DONANTE Y RECEPTOR *	14.850,00

El presente Procedimiento incluye:

1. **Nefrectomía y post-operatorio del donante**: hasta 5 días de habitación compartida de a dos, con medicamentos de soporte clínico.
2. **Implante renal** (trasplante)
3. **Receptor: primeras 24 horas en Unidad de Medicina Crítica**
4. **Hospitalización hasta un máximo de 7 días de internación** (en habitación individual con baño privado.
5. **Quirófano**: Gastos y derechos quirúrgicos, consumo de oxígeno, monitoreo, instrumentación y uso de equipamiento e instrumental especializado para la realización de la Nefrectomía del donante y el implante.
6. **Colocación de Vía Central al ingresar a quirófano.**
7. **Transfusiones hasta 2 UI de Glóbulos Rojos Concentrados y hasta 4UI de Plaquetas.**
8. **Prácticas diagnósticas durante hospitalización** (laboratorio e imágenes)

9. **Anatomía Patológica.**
10. **Material descartable**
11. **Medicamentos** (empleados en cirugía y sectores de internación).
12. **Medicación inmunosupresora de mantenimiento** hasta el alta del paciente.
13. **Laboratorio específico** (Dosaje de Ciclosporina o Rapamicina, dependiendo del esquema de cada paciente).
14. **Cistoscopia y extracción de catéter doble "J"**
15. **Honorarios profesionales**
16. **Consultas post-operatorias:** hasta quince días posteriores al acto operatorio

El tratamiento inmunosupresor es básicamente el mismo que en el trasplante de cadáver no complicado. Los cortos tiempos de isquemia en este tipo de trasplante hacen que sea muy rara la disfunción inicial del injerto, por lo que en principio no se emplea inducción con anticuerpos monoclonales ni gammaglobulinas policlonales, excepto en casos especiales, como es el caso de pacientes hiperinmunizados.

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR
70100145	TRANSPLANTE RENAL DONANTE CADAVERICO, INCLUYE ACTUALIZACIÓN PREQUIRUGICA, CIRUGIA DEL DONANTE Y RECEPTOR	17.050,00

El Presente Procedimiento Incluye:

1. **Procuración y Ablación de riñón del donante**

   1.1 Incluye la atención del donante cadavérico en la Unidad de Medicina Crítica hasta por 48 horas.
   1.2 Medicamentos y dispositivos médicos utilizados en el mantenimiento del donante cadavérico.

   1.3 Prácticas diagnósticas (laboratorio, imágenes, EEG, etc.)
   1.4 Genética Molecular (Histocompatibilidad: Tipificación HLA A, B y DR, del donante).
   1.5 Quirófano (gastos y derechos quirúrgicos, consumo de oxígeno, monitoreo, instrumentación y uso de equipamiento e instrumental especializado para la realización de la ablación renal cadavérica).
   1.6 Honorarios Profesionales (del Equipo de Procuración y Coordinación Hospitalaria)

2. Una sesión de diálisis previa al acto quirúrgico del trasplante.
3. Genética molecular (Cross-Match contra el donante)
4. Implante renal (trasplante).
5. Quirófano (gastos y derechos quirúrgicos, consumo de oxígeno, monitoreo, instrumentación y uso de equipamiento e instrumental especializado para la realización del trasplante).
6. Colocación de Vía Central al ingresar a quirófano.
7. Transfusiones hasta 4 UI de Glóbulos Rojos Concentrados y hasta 6 UI de Plaquetas.
8. Hospitalización hasta 48 horas en Unidad de Medicina Crítica.
9. Hospitalización hasta un máximo de 8 días de internación (en habitación individual con baño privado.
10. Prácticas diagnósticas (laboratorio e imágenes durante la internación).
11. Cistoscopia y extracción de catéter doble "J".
12. Sesiones de hemodiálisis a demanda (en caso de riñón disfuncionante).
13. Anatomía Patológica.
14. Material Descartable.
15. Medicamentos (empleados en cirugía y sectores de internación).
16. Medicación inmunosupresora de inducción y mantenimiento hasta el alta del paciente.
17. Laboratorio específico (Dosaje de Ciclosporina o Rapamicina, dependiendo del esquema de capa paciente).
18. Honorarios Profesionales
19. Consultas post-operatorias hasta quince días posteriores al acto operatorio

Otras alternativas para situaciones no previstas en los trasplantes indicadas en los incisos anteriores:

a) Cuando se presente un operativo de trasplante serán llamados siempre al menos dos pacientes de la lista institucional de acuerdo al orden previamente establecido, para que se realicen los exámenes de histocompatibilidad, Cross match y exámenes pre quirúrgicos; ya que la asignación del órgano será para aquel que se a más apto, de acuerdo a las normas del ONTOT. En caso de que el receptor no sea apto en ese operativo, los costos generados por la realización de estos estudios serán facturados en forma individual.

b) Aquellos pacientes que encontrándose en el operativo de trasplante, el mismo debiera interrumpirse por una indicación intra-operatoria en el receptor y el donante hubiera sido ablacionado en el Hospital: se procederá a facturar el 40% (cuarenta por ciento) del valor del presupuesto autorizado, aún si el trasplante no se hubiera llevado a cabo.

c) Aquellos pacientes que habiendo sido trasplantados y durante los días subsiguientes al acto quirúrgico deban ser sometidos a cirugías relacionadas con el implante: el costo de los mismos se encuentra incluido en los valores del presente módulo.

d) Aquellos pacientes que fallecieran durante el acto quirúrgico o en la primera semana posterior al mismo: se deberá pagar el 80% (ochenta por ciento) correspondiente al presupuesto de trasplante renal autorizado.

e) Aquellos pacientes que fallecieran o sean dados de alta con posterioridad al plazo indicado en el inciso anterior, determinarán el pago total (100%) del presupuesto de trasplante renal.

f) El presente módulo o paquete no incluye cualquier cirugía u otra prestación o insumo no mencionado precedentemente como incluida y que no esté relacionado con el trasplante.

g) Los procedimientos indicados de trasplante con donante vivo o cadavérico incluyen complicaciones hasta por un valor del tratamiento a cargo del prestador; si la complicación del paciente requiere un presupuesto mayor se solicitará autorización al financiador previa la facturación.

ANEXO No 3
LISTADO DE DISPOSITIVOS MEDICOS DE USO COLECTIVO Y/O MULTIPLE
SECCION A NORMAS GENERALES CAPITULO 2.6

PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS U HOSPITALARIOS

DISPOSITIVOS MEDICOS COLECTIVOS Y DE USO MULTIPLE SU COSTO ESTA INCLUIDO DENTRO DEL PROCEDIMIENTO MEDICO	DISPOSITIVOS MEDICOS IDENTIFICADOS DE MANERA INDIVIDUAL QUE DEBE SER FACTURADO EN UN PROCEDIMIENTO MEDICO
SERVICIO DE HABITACION	
ALGODÓN	SONDA NASOGASTRICA/SONDA VESICAL/FUNDA RECOLECTORA
TORUNDAS	SUTURA
APLICADORES	GUANTES ESTERILES
BAJALENGUAS	OXIGENO, AIRE COMPRIMIDO
GASAS	VASO HUMIFICADOR Y CANULA
COMPRESAS	PAÑALES
JERINGUILLAS	TIRILLAS HEMOGLUCOTEST
GUANTES DE MANEJO	YESOS/FERULAS, VENDAS ELASTICAS
RASURADORA	MEDIAS ANTIEMBOLICAS
APOSITOS	APOSITOS TRANSPARENTES SEMIPERMEABLES DE POLIURETANO CON ADESIVO O SIMILARES HIPOALERGENICO
DRENES	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (GORROS, MASCARRILLAS, BATAS) PARA EL MANEJO DE PACIENTES AISLADOS O DE CUIDADOS ESPECIAL Y EN CASOS DE PROCEDIMIENTOS JUSTIFICADOS
GASA VASELINADA (EXCEPTO QUEMADOS)	VESTUARIO DESECHABLE EN PACIENTES CON RIESGO
LANCETAS	SUPLEMENTO NUTRICIONAL
ESPARADRAPOS O SIMILARES	SONDAS DE ALIMENTACION ENTERAL Y FUNDA
VESTUARIO	COLCHON ANTIESCARAS (CASOS DEBIDAMENTE JUSTIFICADOS)
CAMPOS QUIRURGICOS O SIMILARES	EQUIPOS DE VENOCLISIS/LLAVE DE TRES VIAS/MICROGOTERO/CATLON/EQUIPO DE BOMBA
SOLUCIONES DESINFECTANTES DE TODO TIPO Y PRESENTACION	OTROS DISPOSITIVOS MEDICOS DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO REALIZADO DEBIDAMENTE JUSTIFICADO EN FUNCION A PROTOCOLOS
CEPILLOS QUIRURGICOS O SIMILARES	
FUNDAS DE BASURA O SIMILARES	
PAÑOS HUMEDOS	
MANTA/COLCHA TERMICA	
POMADAS Y ANESTESICOS LOCALES, CREMAS HUMECTAMENTES	
PROTECTOR DE CAMA	
VAJILLA DESECHALE	
RECIPIENTES RECOLECTORES DE SANGRE, ORINA Y HECES	
DISPOSITIVOS MEDICOS COLECTIVOS Y DE USO MULTIPLE SU COSTO ESTA INCLUIDO DENTRO	**DISPOSITIVOS MEDICOS IDENTIFICADOS DE MANERA INDIVIDUAL QUE DEBE SER FACTURADO**

DEL PROCEDIMIENTO MEDICO	EN UN PROCEDIMIENTO MEDICO
SALA DE CUIDADOS INTENSIVOS- SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS- SALA DE QUEMADOS	
ALGODÓN	SONDA NASOGASTRICA/SONDA VESICAL/FUNDA RECOLECTORA
TORUNDAS	VIA CENTRAL/ARTERIAL/SISTEMAS DE MONITORIZACION INVASIVA
APLICADORES	GUANTES ESTERILES
BAJALENGUAS	OXIGENO, AIRE COMPRIMIDO, GASES MEDICINALES
GASAS	FILTRO HUMIFICADOR Y ANTIBACTERIANO/INTERFASE PARA VENTILADOR/MASCARA NEBULIZADORA/FRASCO HUMIFICADOR
COMPRESAS	SUTURAS
JERINGUILLAS	APOSITOS TRANSPARENTES SEMIPERMEABLES DE POLIURETANO CON ADESIVO O SIMILARES HIPOALERGENICO
GUANTES DE MANEJO	PAÑALES
RASURADORA	TIRILLAS HEMOGLUCOTEST
APOSITOS	NUTRICION ENTERAL Y PARENTERAL
DRENES	MEDIAS ANTIEMBOLICAS, VENDAS ELASTICAS
CEPILLOS QUIRURGICOS O SIMILARES	EQUIPOS DE VENOCLISIS/LLAVE DE TRES VIAS/MICROGOTERO/CATLON/EQUIPO DE BOMBA
LANCETAS	OTROS DISPOSITIVOS MEDICOS DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO REALIZADO DEBIDAMENTE JUSTIFICADO EN FUNCION A PROTOCOLOS
GASA VASELINADA (EXCEPTO QUEMADOS)	
SONDA DE ALIMENTACION ENTERAL	
FUNDA/RECIPIENTE DE ALIMENTACION ENTERAL	
ESPARADRAPOS O SIMILARES	
CAMPOS QUIRURGICOS O SIMILARES	
VESTUARIO	
CREMAS HUMECTANTES	
POMADAS Y ANESTESICOS LOCALES	
SOLUCIONES DESINFECTANTES DE TODO TIPO Y PRESENTACION	
FUNDAS DE BASURA O SIMILARES	
PAÑOS HUMEDOS	
MANTA/COLCHA TERMICA	
PROTECTOR DE CAMA	
RECIPIENTES RECOLECTORES DE SANGRE, ORINA Y HECES	
USO DE VENTILADORES MECANICOS/CPAP/BPAP	
SET CORRUGADO DE VENTILADOR MECANICO/INTERFASE PARA VENTILADOR MECANICO/ADAPTADORES/TUBO EN T/TRAMPAS DE AGUA	

DISPOSITIVOS MEDICOS COLECTIVOS Y DE USO MULTIPLE SU COSTO ESTA INCLUIDO DENTRO DEL PROCEDIMIENTO MEDICO	DISPISITIVOS MEDICOS IDENTIFICADOS DE MANERA INDIVIDUAL QUE DEBE SER FACTURADO EN UN PROCEDIMIENTO MEDICO
SALA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	
ALGODÓN	SONDA NASOGASTRICA/SONDA VESICAL/FUNDA RECOLECTORA
TORUNDAS	SUTURA
APLICADORES	VENDA DE GASA/VENDAS DE GUATA, VENDAS ELASTICAS
BAJALENGUAS	GUANTES ESTERILES
GASAS	OXIGENO, AIRE COMPRIMIDO, GASES MEDICINALES
COMPRESAS	FILTRO HUMIFICADOR Y ANTIBACTERIANO/INTERFASE PARA VENTILADOR/MASCARA NEBULIZADORA/FRASCO HUMIFICADOR
JERINGUILLAS	PAÑALES
GUANTES DE MANEJO	TIRILLAS HEMOGLUCOTEST
RASURADORA	YESOS/FERULAS
APOSITOS	MEDIAS ANTIEMBOLICAS
DRENES	APOSITOS TRANSPARENTES SEMIPERMEABLES DE POLIURETANO CON ADESIVO O SIMILARES HIPOALERGENICO
CEPILLOS QUIRURGICOS O SIMILARES	EQUIPOS DE VENOCLISIS/LLAVE DE TRES VIAS/MICROGOTERO/CATLON/EQUIPO DE BOMBA
LANCETAS	OTROS DISPOSITIVOS MEDICOS DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO REALIZADO DEBIDAMENTE JUSTIFICADO EN FUNCION A PROTOCOLOS
CAMPOS QUIRURGICOS O SIMILARES	
ESPARADRAPOS O SIMILARES	
VESTUARIO	
SOLUCIONES DESINFECTANTES DE TODO TIPO Y PRESENTACION	
FUNDAS DE BASURA O SIMILARES	
PAÑOS HUMEDOS	
POMADAS-ANESTESISCOS LOCALES	
RECIPIENTES RECOLECTORES DE SANGRE, ORINA Y HECES	
MANTA/COLCHA TERMICA	
GASA VASELINADA (EXCEPTO QUEMADOS)	
USO DE EQUIPO DE NEBULIZACION	

SALA DE CIRUGIA - USO DE QUIROFANO- SALAS DE PROCEDIMIENTOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD- SALA DE PROCEDIMIENOS DE ALTA COMPLEJIDAD	
DISPOSITIVOS MEDICOS COLECTIVOS Y DE USO MULTIPLE SU COSTO ESTA INCLUIDO DENTRO DEL PROCEDIMIENTO MEDICO	**DISPOSITIVOS MEDICOS IDENTIFICADOS DE MANERA INDIVIDUAL QUE DEBE SER FACTURADO EN UN PROCEDIMIENTO MEDICO**
ALGODÓN	SONDA NASOGASTRICA/SONDA VESICAL/FUNDA RECOLECTORA
TORUNDAS	YESOS/FERULAS, VENDAS ELASTICAS
APLICADORES	GUANTES ESTERILES
COMPRESAS	APOSITOS TRANSPARENTES SEMIPERMEABLES DE POLIURETANO CON ADESIVO O SIMILARES HIPOALERGENICO
BAJALENGUAS	VENDA DE GASA/VENDAS DE GUATA
GASAS	OXIGENO, AIRE COMPRIMIDO, GASES MEDICINALES, OXIDO NITROSO
JERINGUILLAS	FILTRO HUMIFICADOR Y ANTIBACTERIANO/INTERFASE PARA VENTILADOR/MASCARA NEBULIZADORA/FRASCO HUMIFICADOR
GUANTES DE MANEJO	PUNTA DE ELECTRCAUTERIO
RASURADORA	TIRILLAS HEMOGLUCOTEST
APOSITOS	TUBOS ENDOTRAQUEAL
DRENES	MEDIAS ANTIEMBOLICAS
CEPILLOS QUIRURGICOS O SIMILARES	GRAPAS
LANCETAS	ELECTRODOS
GASA VASELINADA (EXCEPTO QUEMADOS)	AGUJA DE PUNCION LUMBAR
ESPARADRAPOS O SIMILARES	CLAMP UMBILICAL
CAMPOS QUIRURGICOS O SIMILARES	CANULA DE GUEDE/TUBO MAYO
VESTUARIO	PAÑALES
ROPA ESTERIL, GORROS, ZAPATONES, MASCARIILAS	SUTURAS/MALLAS
SOLUCIONES DESINFECTANTES DE TODO TIPO Y PRESENTACION	BISTURI ESPECIALES
FUNDAS DE BASURA O SIMILARES	SIERRAS/FRESAS
PAÑOS HUMEDOS	ROPA QUIRURGICA ESPECIAL EN CASO DE CIRUGIAS DE MUY ALTA Y ALTA COMPLEJIDAD
PROTECTOR DE CAMA	SONDAS ESPECIALES PARA PROCEDIMIENTOS CON LASER
MANTA/COLCHA TERMICA	EQUIPOS DE VENOCLISIS/LLAVE DE TRES VIAS/MICROGOTERO/CATLON/EQUIPO DE BOMBA
PLACA /CABLES ELECTROCAUTERIO	OTROS DISPOSITIVOS MEDICOS DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO REALIZADO DEBIDAMENTE JUSTIFICADO EN FUNCION A PROTOCOLOS
MANGUERA/RECEPTORES DE SUCCCION	COMPRESAS DESECHABLES (SOLO O PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS)
POMADAS-ANESTESICOS LOCALES	
SET CORRUGADO DE VENTILADOR MECANICO/INTERFASE PARA VENTILADOR MECANICO/ADAPTADORES/TUBO EN T/TRAMPAS DE AGUA	

ANEXO No 4
HOJA DE CUANTIFICACION RECURSOS UTILIZADOS EN LOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS

NOMBRE INSTITUCION:

CODIGO TARIDARIO SNS:

PROCEDIMIENTO:

Talento Humano						
Cargo	**Rem. Int. Mensual**	**Min. Mes**	**V. minuto**	**T. Utilizado**	**Pers. Interv.**	**Valor aplica**
						0,00
Total que aplica por talento humano						**0,00**

Materiales e insumos							
Producto	**Present compra**	**Precio**	**Unidad de uso**	**Rend.**	**V. unitario**	**Cant. Det. X prueba**	**Precio por prueba**
	galones		cc				0
	UNIDAD		unidad				0
	rollo de 100 mst		cm				0
Total que aplica por materiales e insumos							**0**

Depreciación							
Activo	**V. equipo / muebles**	**Tiempo Vida Util**	**Depreciac. Anual**	**Rend.**	**V. unitario minuto**	**Minutos utilizados**	**Precio por prueba**
Total que aplica por depreciación							**0**

Costos Indirectos			
Activo	**v. Unitario prorrateado**	**Cantidad**	**Precio por prueba**
			0
			0
Total que aplica por costo indirecto			**0**

Resumen General	
Talento Humano	0,00
Materiales e insumos	0,00
Depreciaciones	0,00
Costos Indirectos	0,00
Total de costo	0,00

Elaborado por

Responsable del Servicio